



**DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE APPLICATE A BENESSERE E
SOSTENIBILITÀ (SABS)**

XXXVIII CICLO

Dipartimento di Scienze Teoriche e Applicate (DiSTA)

Coordinatore Professor Carlo Baldari

**LA NARRAZIONE DELL'ESPERIENZA DI CEFALEA IN ETÀ
ADULTA: TRA REGOLAZIONE EMOTIVA E
ADATTAMENTO PSICOSOCIALE**

Settore Scientifico Disciplinare PSIC-03/A

Dottorando
Dott.ssa Alessandra Marelli

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alessandra Marelli'.

Tutor
Prof.ssa Venusia Covelli

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Venusia Covelli'.

A mamma e papà.

ABSTRACT

This doctoral dissertation investigates the role of narrative processes in the experience of primary headache in adult patients, with particular attention to psychosocial adaptation and emotional regulation.

Migraine and tension-type headaches are the most common forms of primary headache, one of the main causes of disability globally. Although traditionally viewed as a condition with a predominantly biological component, the literature increasingly shows that the experience of headache cannot be reduced to its symptomatic dimension alone. It's a multidimensional phenomenon in which biological, psychological, and relational factors are connected. Several studies have documented that primary headache is associated with high levels of psychological distress and dysfunction in emotional regulation and cognitive processes, modulating perceived pain intensity and disability. However, these processes have been primarily investigated from a clinical perspective, while the subjective dimension through which patients construct, redefine, and reprocess the experience of illness has been relatively underexplored.

Recent treatment approaches that integrate pharmacological interventions with non-pharmacological therapies reflect the condition's complexity. In this framework, expressive writing (EW) can be conceptualized as a narrative instrument that supports meaning-making processes and facilitates emotional processing. Although psychological aspects, the subjective and narrative aspects of illness are still unexplored. The present study aims to address this gap by integrating a narrative intervention into a mixed-methods design.

This quasi-experimental study aimed to: (1) quantitatively assess the effects of expressive writing, compared to a neutral writing condition, at the intrapsychic level (2) qualitatively explore the impact of headache on social life and family relationships, at the psychosocial level; and (3) exploratorily examine the contribution of narrative medicine as a theoretical and clinical framework for understanding and integrating patient's illness narratives.

Participants were recruited at the IRCCS "Carlo Besta" Neurological Institute in Milan between July 2023 and July 2024. 95 of the 126 patients, with tension-type headache or migraine (episodic and chronic), were randomly assigned to either the experimental condition

(Expressive Writing) or the control condition (Neutral Writing). 56 participants who completed the study protocol at baseline and follow-up were included in the final sample. Participants completed the protocol independently at home online. Participants completed the writing task at baseline (T0), as well as self-report instruments including the Migraine Disability Assessment Scale, the Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire, the Depression Anxiety Stress Scales-21, the Emotion Regulation Questionnaire, and the Pain Catastrophizing Scale, and also an open-ended question. They were contacted again three months later (T1) to complete the online surveys without repeating the writing assignment.

The findings demonstrated that the EW group showed a slight improvement in quality of life, reductions in psychological distress, and statistically significant increases in emotional regulation and pain catastrophizing. Qualitative results revealed recurring themes of disrupted identity, everyday functioning restrictions, relational distress, and progressive efforts to integrate headaches into personal narratives. Overall, the study highlights the clinical benefit of incorporating narrative medicine into patient-centered, biopsychosocial therapy models and supports the applicability of story-based therapies in primary headache care in adult patients.

Keywords: primary headache, expressive writing, emotional regulation, written emotional disclosure, psychosocial adaptation.

Sommario

INTRODUZIONE	7
PARTE 1	10
CAPITOLO 1	10
LA CEFALEA: DEFINIZIONE, IMPATTO E PROFILO PSICOLOGICO DEL PAZIENTE	10
1.1 Definizione ICHD-3, classificazione e incidenza.....	10
1.2 La cefalea e il suo impatto sulla salute e sulla qualità della vita e sulle relazioni familiari.....	14
1.3 Il paziente con cefalea dal punto di vista psicologico.....	18
CAPITOLO 2	23
I PERCORSI DI TRATTAMENTO DELLA CEFALEA E LA DIMENSIONE PSICOSOCIALE DELLA PRESA IN CARICO.....	23
2.1 La gestione farmacologica	23
2.2 Interventi non farmacologici	26
2.3 Interventi orientati alla regolazione emotiva: tra riduzione e elaborazione dell'esperienza.....	28
CAPITOLO 3	38
NARRAZIONE, RIELABORAZIONE DELL'ESPERIENZA E RELAZIONE DI CURA NELLA CEFALEA	38
3.1 Narrazione e dolore cronico	38
3.2 Scrittura espressiva e processi di elaborazione	41
3.3 La narrazione nella relazione di cura: prospettive di Medicina Narrativa	45
PARTE 2	51
CAPITOLO 4	51
OBIETTIVI E METODOLOGIA DELLA RICERCA	51
4.1 Razionale teorico e stato dell'arte.....	51
4.2 Obiettivi e ipotesi.....	54
4.3 Disegno di ricerca	56
4.4 Partecipanti.....	57
4.5 Procedura.....	57
4.6 Protocollo di ricerca.....	60
4.8 Strategia di analisi.....	65
CAPITOLO 5	67
RISULTATI E DISCUSSIONE.....	67

5.1 Partecipanti arruolati.....	67
5.2 Risultati quantitativi: effetti dell'Expressive Writing sui processi psicologici individuali	70
5.3 Risultati qualitativi: dimensioni psicosociali e relazionali dell'esperienza di cefalea ..	74
5.4 Integrazione dei risultati quantitativi e qualitativi	82
5.5 Discussione generale dei risultati	83
CAPITOLO 6	90
CONTRIBUTI DELLO STUDIO, LIMITI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO: IMPLICAZIONI E APPLICAZIONI	90
6.1 Contributi alla letteratura e implicazioni cliniche	90
6.2 Limiti dello studio	92
6.3 Prospettive di ricerca futura	95
6.4 Traduzione applicativa dei risultati: proposta di scheda narrativa	97
CONCLUSIONI.....	101
BIBLIOGRAFIA.....	104

INTRODUZIONE

La cefalea primaria rappresenta una delle condizioni neurologiche più diffuse e invalidanti a livello globale, associata a un rilevante burden individuale, sociale ed economico (Hus et al., 2025). Sebbene tradizionalmente inquadrata come disturbo con una componente prevalentemente biologica, la letteratura ha progressivamente evidenziato che l'esperienza della cefalea primaria non può essere ridotta alla sola dimensione sintomatologica, ma deve essere compresa come fenomeno complesso e multidimensionale, in cui fattori biologici, psicologici e relazionali risultano profondamente intrecciati (Gatchel et al., 2007; Leonardi & Raggi, 2019).

In particolare, numerosi studi hanno documentato che la cefalea primaria sia associata a elevati livelli di distress psicologico, difficoltà di regolazione emotiva e processi cognitivi disfunzionali, quali la tendenza alla catastrofizzazione del dolore e alla ruminazione, che contribuiscono a modulare l'intensità percepita del dolore e il grado di disabilità (Bottiroli et al., 2023; Simic, Savic & Knezevic, 2024).

Tuttavia, tali processi sono stati prevalentemente indagati in una prospettiva clinica e sintomatologica, mentre la dimensione attraverso cui l'esperienza della malattia viene costruita, interpretata e rielaborata dal soggetto risulta relativamente meno approfondita.

In questa prospettiva, il presente lavoro di ricerca si colloca nell'ambito della psicologia sociale e della salute, considerando la cefalea primaria non solo come condizione medica, ma anche come esperienza soggettiva e relazionale, costruita all'interno di specifici contesti sociali e culturali. L'attenzione si concentra sulla gestione della cefalea primaria, che si configura come un processo sviluppato in un contesto relazionale e simbolico: il modo in cui il dolore viene comunicato, interpretato e riconosciuto dagli altri significativi influenza la sua elaborazione emotiva e il grado di disabilità percepita dal soggetto. Le caratteristiche psicologiche associate alla cefalea primaria, quali la vulnerabilità agli affetti negativi, la tendenza alla ruminazione e le difficoltà nella regolazione delle emozioni, non si delineano solo come fattori clinici, ma come elementi che intervengono nei più ampi processi di adattamento psicosociale alla cronicità, contribuendo a modellare il significato attribuito alla malattia e il modo in cui essa viene integrata nella storia di vita della persona (Park & Folkman, 1997; McAdams, 2001).

All'interno di questo quadro teorico la cefalea primaria emerge come un'esperienza complessa, situata all'intersezione tra le dimensioni biologica, psicologica e relazionale, che richiede di essere compresa anche a partire dal vissuto soggettivo del paziente. In tale prospettiva, la narrazione assume un ruolo centrale come dispositivo attraverso cui l'esperienza del dolore può essere organizzata, espressa e rielaborata. In particolare, la scrittura espressiva (*Expressive Writing*, EW) si configura come uno strumento narrativo strutturato, in grado di facilitare i processi di elaborazione delle emozioni e di ristrutturazione cognitiva, con effetti documentati su diversi indicatori di benessere psicologico (Pennebaker & Chung, 2011). Parallelamente, la Medicina Narrativa offre una cornice relazionale e clinica che valorizza le narrazioni dei pazienti come fonte di conoscenza e elemento centrale della relazione di cura (Charon, 2006).

Alla luce di tali premesse, il presente lavoro di tesi si propone di esplorare il ruolo della narrazione, utilizzando il metodo della scrittura espressiva, nell'esperienza della cefalea primaria in età adulta, considerando due livelli di analisi complementari: una dimensione intrapsichica, relativa ai processi emotivi e cognitivi individuali, e una dimensione relazionale e psicosociale, relativa all'impatto dell'esperienza di malattia sulla vita quotidiana e sulle relazioni significative. Seguendo queste due traiettorie, gli obiettivi dello studio sono stati: (1) valutare se la partecipazione a un protocollo di scrittura espressiva fosse associata a cambiamenti nei processi psicologici e nella qualità della vita dei pazienti con cefalea primaria e (2) approfondire, attraverso l'analisi qualitativa delle narrazioni, i significati e le modalità di costruzione e di rielaborazione dell'esperienza del dolore. In modo più esplorativo, il presente studio di ricerca si proponeva inoltre di indagare il contributo della Medicina Narrativa come cornice per integrare le narrazioni dei pazienti nella pratica clinica. La struttura della tesi riflette questa articolazione teorica e metodologica ed è stata suddivisa in due parti.

La prima parte del presente lavoro di tesi è dedicata alla delineazione del quadro teorico di riferimento ed è articolata in tre capitoli. In particolare, il primo capitolo esamina la cefalea primaria in termini di inquadramento clinico, di effetti sulla qualità della vita e di aspetti psicologici. Il secondo capitolo discute i metodi di trattamento, con particolare attenzione agli interventi non farmacologici e ai processi emotivi che influenzano la gestione del dolore. Il terzo capitolo esplora i modi in cui la narrazione, la scrittura espressiva e la medicina narrativa intervengono nella rielaborazione dell'esperienza di malattia.

La seconda parte del presente lavoro di tesi presenta lo studio di ricerca ed è anch'essa suddivisa in tre capitoli. Il quarto capitolo illustra gli obiettivi e la metodologia della ricerca. Il quinto capitolo presenta i principali risultati quantitativi e qualitativi. Il sesto capitolo discute i risultati alla luce della letteratura, evidenziandone le implicazioni teoriche e applicative.

Nel loro insieme, i capitoli descrivono un percorso che va dalla descrizione della cefalea primaria come condizione clinica alla comprensione dei processi psicosociali che mediano l'esperienza della malattia, fino all'esplorazione della narrazione come mezzo di regolazione emotiva e di costruzione del significato. In questa prospettiva, la scrittura espressiva è vista come una pratica narrativa che influisce sui modi in cui il dolore viene vissuto, interpretato e incorporato nella storia personale; e la Medicina Narrativa come quadro interpretativo che consente la comprensione e la valorizzazione di questi processi di costruzione di significato, riconoscendo la narrazione del paziente come centrale nella rielaborazione dell'esperienza di malattia e nella relazione di cura

PARTE 1

CAPITOLO 1

LA CEFALEA: DEFINIZIONE, IMPATTO E PROFILO PSICOLOGICO DEL PAZIENTE

1.1 Definizione ICHD-3, classificazione e incidenza.

La cefalea primaria è una delle condizioni mediche più comuni a livello globale: oltre la metà della popolazione adulta riferisce di aver avuto almeno un episodio di cefalea primaria nell'ultimo anno (Overeem et al., 2025). Dati recenti riportano che nel 2023 circa 2,9 miliardi di persone nel mondo hanno sofferto di un disturbo cefalalgico, con un tasso standardizzato per età pari a circa 541,9 anni vissuti con disabilità (*Years Lived with Disability*, YLD) per 10.000 abitanti. Tali dati collocano la cefalea primaria al sesto posto tra i principali gruppi di condizioni responsabili di disabilità a livello globale (Hus et al., 2025).

La definizione e la classificazione delle cefalee proposte dall'*International Classification of Headache Disorders*, terza edizione (ICHD-3), rappresentano il riferimento nosografico principale per la codifica clinica e la ricerca, sebbene siano state oggetto di analisi e dibattiti critici anche in lavori recenti (Olesen, 2018; Olesen, 2025). L'ICHD-3 definisce la cefalea come un dolore localizzato nella regione del capo o del collo, variabile per modalità, durata e intensità, che può manifestarsi come condizione primaria, legata a meccanismi patogenetici propri del disturbo, oppure come condizione secondaria a patologie sistemiche o neurologiche sottostanti (Olesen, 2018). Secondo questa classificazione, le cefalee sono distinte in due macrocategorie: le *cefalee primarie*, non riducibili ad altre condizioni mediche di base, e le *cefalee secondarie*, dovute a condizioni mediche identificabili. Tra le cefalee primarie l'emicrania è la più importante (con una prevalenza in tutto il mondo pari al 14%) (Woldeamanuel & Cowan, 2017; Peters, 2019; Lipton et al., 2022).

Le **cefalee primarie** comprendono principalmente l'*emicrania*, la *cefalea di tipo tensivo* e le *cefalee trigemino-autonomiche*, mentre le **cefalee secondarie** sono attribuibili a cause specifiche quali trauma cranico, disturbi vascolari, infezioni, disturbi dell'omeostasi, neoplasie, uso o sospensione di farmaci e altre condizioni mediche identificabili (Olesen, 2018; Olesen, 2025). L'evidenza recente sottolinea che la corretta applicazione dei criteri ICHD-3 nella pratica clinica non sia sempre scontata, tanto che studi multicentrici hanno valutato la coerenza tra le diagnosi cliniche di cefalea e i criteri ICHD-3 a diversi livelli di cura, evidenziando discrepanze e la necessità di una formazione specifica per migliorare l'accuratezza diagnostica (Overeem et al., 2025; Zhang & Berk, 2025). Le cefalee primarie rappresentano circa il 90% dei casi nella popolazione generale, mentre il restante 10% è costituito da cefalee secondarie, che, pur essendo relativamente meno frequenti, rivestono un'importanza critica per la necessità di identificare tempestivamente cause potenzialmente gravi (Leonardi et al., 2024; Hus et al., 2025). Tra le cefalee primarie, la cefalea di tipo tensivo risulta quasi il doppio più prevalente rispetto all'emicrania nelle stime di prevalenza puntuale, ma l'emicrania è responsabile della quasi totalità degli anni vissuti con disabilità attribuiti alle cefalee, con stime recenti che indicano che circa il 90% del *burden* in YLD associato ai disturbi cefalalgici è imputabile all'emicrania (Hus et al., 2025; Gendolla et al., 2024). Questo divario riflette l'elevato peso disabilitante associato agli episodi di emicrania, per intensità del dolore, sintomi associati e durata degli attacchi, rispetto ai quadri di cefalea di tipo tensivo generalmente meno severi sul piano sintomatologico (Overeem et al., 2025).

L'*emicrania* si manifesta tipicamente con attacchi ricorrenti di dolore pulsante, generalmente unilaterale, di intensità moderata o severa, aggravato dall'attività fisica di *routine* e spesso accompagnato da nausea, vomito, fotofobia e fonofobia; un quadro che la letteratura più recente continua a considerare centrale nella definizione clinica del disturbo (Overeem et al., 2025). Una quota significativa di pazienti presenta inoltre aura, cioè sintomi neurologici focali e transitori che precedono o accompagnano l'attacco, tra cui disturbi visivi (lampi di luce e scotomi), disturbi sensoriali o del linguaggio, con un'evoluzione temporale tipica e una successiva risoluzione completa, come dettagliato nei criteri ICHD-3 e nelle revisioni cliniche più aggiornate (Olesen, 2018; Olesen, 2024). La diagnosi di emicrania si basa, in genere, sull'identificazione di almeno cinque attacchi che soddisfano i criteri clinici specifici in termini di durata, caratteristiche del dolore e sintomi associati, tenendo conto anche della presenza o

assenza di aura e di eventuali comorbidità, come ansia, depressione e disturbi del sonno, frequentemente riportate in studi recenti (Overeem et al., 2025).

La *cefalea di tipo tensivo*, invece, è caratterizzata da un dolore tipicamente bilaterale, di tipo costrittivo o gravativo, di intensità lieve o moderata, non peggiorato dall'attività fisica di *routine* e in genere non associato a intensa nausea o a marcati sintomi autonomici. Può presentarsi in forma episodica o cronica e, pur essendo spesso meno disabilitante rispetto all'emicrania in termini di singolo attacco, può determinare un carico complessivo rilevante quando la frequenza degli episodi è elevata (Gendolla et al., 2024).

Le *cefalee trigemino-autonomiche*, come la cefalea a grappolo, si distinguono per attacchi relativamente brevi ma estremamente intensi, localizzati in sede orbitale, sovraorbitale o temporale, associati a sintomi autonomici omolaterali (lacrimazione, rinorrea, congestione nasale, iniezione congiuntivale, ptosi, miosi) e, vengono considerate nella letteratura recente, un modello paradigmatico di disturbo a elevatissimo impatto sulla qualità della vita, nonostante la bassa prevalenza rispetto ad altre forme di cefalea primaria (Sacco et al., 2024; Overeem et al., 2025).

Recenti studi in letteratura hanno sottolineato che la probabilità di cefalea primaria è più elevata tra i 25 e i 55 anni di età (con prevalenza e incidenza maggiori nella fase di maggiore "produttività" della vita di un individuo) e che la prevalenza è maggiore nelle donne (20,7%) rispetto agli uomini (9,7%) (Burch, Rizzoli & Loder, 2018; Hus et al., 2025). In questo contesto la cefalea primaria emerge come un disturbo neurologico altamente e marcatamente disabilitante, associato a un rilevante carico individuale, sociale ed economico. È sempre più riconosciuta come una malattia cerebrale funzionale a decorso tempo-dipendente che, in una parte dei pazienti, può evolvere nel tempo verso forme più severe o croniche, determinando un incremento progressivo della disabilità nel corso della vita. Questa prospettiva dinamica della cefalea primaria ha contribuito a ridefinire i paradigmi terapeutici, enfatizzando l'importanza di un intervento precoce e di ottenere esiti clinici significativi. Tuttavia, nonostante i progressi nella comprensione della fisiopatologia (a livello neurochimico, neurofisiologico, di *neuroimaging* e genetico/epigenetico), la gestione della cefalea primaria nella pratica clinica continua a essere compromessa da sottodiagnosi, sottovalutazione e trattamento insufficiente (Barbanti et al., 2025).

Una parte di questa discrepanza deriva da un limite concettuale: mentre l'ICHD-3 ha consentito, nel corso di quasi quattro decenni, una descrizione sempre più raffinata degli attacchi, molta meno attenzione è stata dedicata al profilo complessivo della persona con cefalea primaria e alle sue traiettorie di malattia. Ciò risulta particolarmente critico nell'attuale scenario terapeutico, in cui strategie sia acute sia preventive richiedono un approccio realmente centrato sul paziente, che integri le manifestazioni cliniche, la storia di malattia, la risposta ai trattamenti e le interazioni con il sistema sanitario. In questa prospettiva, un rinnovato interesse per la complessità clinica ed esperienziale dei pazienti cefalogici non rappresenta un ritorno a un modello puramente descrittivo, bensì un passaggio necessario verso una medicina di precisione. I registri di patologia specifici offrono il quadro metodologico ideale per affrontare questa sfida, consentendo la raccolta sistematica e longitudinale di dati di *real life* che includono sia dimensioni malattia-correlate sia aspetti legati al paziente (Barbanti et al., 2025).

L'*Italian Migraine Registry* (I-GRANE) è stato istituito proprio per rispondere a questo bisogno, configurandosi come un'iniziativa prospettica, multicentrica e nazionale finalizzata a colmare le lacune cliniche ed epidemiologiche nella gestione dell'emicrania. È stata presa in considerazione questa forma di cefalea primaria poiché, come già specificato, è tra le più attenzionate in letteratura. Nato oltre un decennio fa con un focus iniziale sull'emicrania cronica e, successivamente, esteso all'emicrania episodica, I-GRANE aderisce ai criteri riconosciuti per i registri di patologia ed è stato concepito non come un semplice archivio informativo, ma come una piattaforma epidemiologica rigorosa, in grado di catturare i profili clinici e personali in evoluzione delle persone con cefalea in contesti assistenziali reali. In questo contesto, i dati di I-GRANE consentono di definire con maggiore precisione il profilo delle persone che soffrono di emicrania e che accedono ai centri specialistici italiani. In media si tratta di donne adulte, professionalmente attive, con un buon livello di istruzione, in relazioni stabili e con uno o due figli, che presentano una storia di malattia di lunga durata, spesso esordita in età adolescenziale o nella prima età adulta. Dal punto di vista dello stile di vita, la maggior parte dei pazienti è normopeso, con consumi di alcol e di caffeina generalmente contenuti. Tuttavia, oltre il 70% riferisce inattività fisica e circa un terzo riporta disturbi del sonno. Ciò crea un profilo in cui i fattori variabili possono contribuire alla cronicizzazione, alla disabilità e a una risposta inadeguata ai trattamenti (Barbanti et al., 2025). Sul piano clinico, secondo il registro I-GRANE, l'emicrania presenta un decorso protratto, con una durata di malattia di circa due

decenni. La frequenza media è di circa 10 attacchi al mese, mentre la cronicizzazione tende a manifestarsi molti anni dopo l'esordio; il che suggerisce un processo di progressione lento e multifattoriale. Il dolore è spesso unilaterale e pulsante e dura più di 24 ore in oltre la metà dei casi, suggerendo talora un trattamento acuto tardivo o non ottimale. Accanto ai sintomi tipici, il registro documenta un'elevata frequenza di manifestazioni non completamente catturate dai criteri ICHD-3, tra cui osmofobia, allodinia cutanea ictale, sintomi dopaminergici, sintomi autonomici cranici unilaterali, cefalalgia, vertigini e disturbi del sonno, che contribuiscono a delineare endofenotipi clinicamente rilevanti e potenzialmente utili per una personalizzazione diagnostico-terapeutica più fine (Barbanti et al., 2025).

1.2 La cefalea e il suo impatto sulla salute e sulla qualità della vita e sulle relazioni familiari

L'impatto della cefalea primaria sulla salute e sulla qualità della vita è stato ampiamente esplorato mediante strumenti di misura specifici per la cefalea e per la qualità della vita correlata alla salute, la cui rilevanza è stata ribadita anche nella letteratura più recente (Haywood et al., 2016). Tra i questionari più utilizzati impiegati per la valutazione dell'impatto specifico dell'emicrania, figurano il *Migraine Disability Assessment* (MIDAS), e il *Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire* (MSQ) impiegati per valutare la funzionalità e la qualità della vita dei pazienti (de Almeida Soares et al., 2024). Negli ultimi anni, la letteratura ha evidenziato la necessità di affiancare agli strumenti tradizionali, misure più ampie e multidimensionali, in grado di cogliere non solo la disabilità e la qualità della vita, ma anche l'impatto della cefalea primaria sulle diverse aree di funzionamento quotidiano. In questa direzione si collocano strumenti più recenti, come l'*Headache Disability Inventory* (HDI), sviluppato nell'ambito dei disturbi cefalogici e non limitato alla sola emicrania, ma esteso all'intero spettro delle cefalee primarie e secondarie, che consente di valutare sia la componente funzionale sia quella emotiva della disabilità legata alla cefalea (Rosa et al. 2025).

Studi osservazionali e clinici recenti hanno documentato una stretta associazione tra la frequenza degli attacchi, l'intensità del dolore, la presenza di sintomi associati, come nausea, fotofobia, fonofobia e allodinia, e un peggioramento dei punteggi di qualità della vita. I soggetti con emicrania episodica ad alta frequenza e, soprattutto, con emicrania cronica riportano livelli di disabilità più elevati, indicativi di una maggiore interferenza con il funzionamento quotidiano, il lavoro, le attività domestiche e il tempo libero (Rondinella & Silipo, 2023;

Gendolla et al., 2024). In coorti di pazienti seguiti nella pratica clinica reale, l'aumento del numero di giorni di cefalea nell'arco di un mese si associa non solo a un incremento della disabilità specifica, ma anche a un deterioramento della qualità della vita, suggerendo un impatto trasversale sulla percezione generale della salute fisica e mentale, sulla vitalità, sul funzionamento sociale e sul benessere emotivo (Haneke et al., 2024; Vernieri et al., 2024). Inoltre, i dati empirici recenti sull'emicrania cronica e resistente al trattamento hanno evidenziato un peso aggiuntivo legato alla perdita di produttività (assenteismo e presenteismo), con costi indiretti che, in alcuni casi, superano i costi sanitari diretti. Questa evidenza sottolinea l'importanza di interventi mirati per contrastare gli attacchi, migliorare la qualità della vita dei pazienti e ridurre le limitazioni alle attività importanti. (Rondinella & Silipo, 2023; Gendolla et al., 2024). La letteratura ha inoltre confermato e ampliato questo quadro, evidenziando una relazione diretta tra la frequenza dei giorni di cefalea, il grado di disabilità legato alla cefalea primaria e gli *outcome* occupazionali: all'aumentare della frequenza dei giorni di cefalea primaria aumentano la probabilità di disoccupazione legata alla malattia, il presenteismo e i costi indiretti, con un impatto particolarmente marcato nelle donne e nei pazienti con forme di cefalea ad alta frequenza (Shapiro et al., 2023; Cordona-Roca et al., 2025). I *trial* clinici che hanno utilizzato il MSQ evidenziano che la cefalea primaria compromette significativamente la qualità della vita dei pazienti, rendendo più difficile lavorare e partecipare alla vita sociale, favorendone l'evitamento per paura di un attacco e provocando un carico emotivo significativo, caratterizzato da frustrazione, senso di colpa, imprevedibilità e preoccupazione anticipatoria. I pazienti con emicrania cronica presentano punteggi più bassi rispetto a quelli con emicrania episodica; ciò suggerisce che l'emicrania cronica ha un impatto più diffuso sul funzionamento quotidiano e sul benessere psicologico. (Rendas-Baum et al., 2013). Recenti studi *real-world* hanno inoltre mostrato che la riduzione dei giorni di emicrania e dell'uso di sintomatici, ottenuta con terapie preventive mirate, si associa a incrementi clinicamente significativi dei punteggi MSQ e a una riduzione dell'assenteismo e del presenteismo, con effetti sostenuti fino a 12 mesi (Cordona-Roca et al., 2025; Ford et al., 2017).

Sebbene gli strumenti sopra citati consentano di quantificare con accuratezza l'impatto della malattia, essi non esauriscono la complessità dell'esperienza vissuta dalle persone con cefalea primaria.

La cefalea primaria, in particolare l'emicrania, è da tempo riconosciuta come una condizione che ha un impatto significativo sulla salute e sulla vita delle persone, nonché sul funzionamento quotidiano e sulle relazioni (Steiner et al., 2022; Monterrey et al., 2022). Gli attacchi di cefalea primaria impediscono di svolgere attività domestiche e lavorative, di partecipare ad attività sociali e ricreative e di mantenere relazioni interpersonali soddisfacenti con partner, figli e amici (Lipton et al., 2003; Buse et al., 2026; Lipton et al., 2017).

Le persone che soffrono di cefalea primaria riferiscono spesso di dover rinunciare a partecipare o ridurre la partecipazione a eventi familiari, incontri sociali o attività di svago a causa del dolore e dei sintomi associati, e per la paura che un attacco possa insorgere durante tali attività, con conseguenti sentimenti di colpa e frustrazione. In questo senso, la cefalea primaria si configura come una condizione che incide simultaneamente sia sulla dimensione fisica, sia su quella emotiva e su quella relazionale, creando un impatto multilivello che coinvolge l'intero individuo immerso nel suo contesto di vita (Lipton et al., 2017).

Uno dei primi tentativi sistematici di leggere la cefalea primaria attraverso una prospettiva biografica è rappresentato dal contributo di Lonardi (2006), che esplora l'esperienza della cefalea primaria non come un semplice insieme di sintomi clinici, bensì come un evento che attraversa e ristruttura la trama narrativa della vita delle persone che ne soffrono. Il volume è una raccolta di 31 racconti offerti alla ricercatrice da pazienti di un Centro Cefalee del Nord Italia con lo scopo di comprendere come si costruisca (o si ricostruisca) l'identità del paziente con cefalea primaria, quale sia la sua rappresentazione sociale della malattia e quali siano le strategie di negoziazione identitaria messe in atto nella quotidianità. Ne emerge un quadro in cui è facile riconoscere chiunque soffra di cefalea primaria. Attraverso l'analisi delle narrazioni autobiografiche dei pazienti, Lonardi (2006), evidenzia come la convivenza con la cefalea cronica implichi profonde riorganizzazioni delle *routine* quotidiane, delle identità personali e delle relazioni sociali e familiari, costringendo i soggetti a ridefinire se stessi e i propri ruoli all'interno della famiglia e della società.

In questa prospettiva si colloca anche un recente studio di Battista e colleghi (2023), che raccoglie e analizza studi qualitativi dell'esperienza del vivere con la cefalea primaria, rappresenta un contributo particolarmente rilevante in questa direzione. Uno dei temi centrali emersi riguarda l'impatto della cefalea sulla famiglia, sul lavoro e sulle relazioni sociali,

mettendo in luce come le persone con cefalea primaria percepiscono la malattia come un fattore che ostacola la gestione dei ruoli familiari e lavorativi e che modifica profondamente la qualità delle relazioni con partner, amici, figli e colleghi. I pazienti descrivono la necessità di riorganizzare la vita familiare in base agli attacchi, di delegare o sospendere compiti di cura e responsabilità domestiche e di negoziare continuamente le aspettative e la propria disponibilità con i familiari. Per quanto riguarda la sfera familiare, Battista e colleghi (2023) evidenziano che la cefalea primaria interferisce con i ruoli genitoriali e con il senso di sé come “buoni genitori”. I genitori che soffrono di cefalea primaria riportano sentimenti di colpa per non riuscire a prendersi cura dei figli come vorrebbero, per dover rinunciare a momenti di gioco con loro, per non riuscire spesso ad accompagnare i figli alle attività extrascolastiche o a partecipare agli eventi scolastici a causa dei forti attacchi, e per dover dipendere dal supporto del partner o di altri familiari nei momenti di maggiore disabilità. Gli autori, in linea con quanto sottolineato da Lonardi (2006), evidenziano inoltre che il peso dell’emicrania sulle relazioni familiari incide profondamente anche sulla sfera emotiva e relazionale. I pazienti riferiscono vissuti di frustrazione e raccontano di sentirsi un “peso” per i propri familiari. Percepiscono sentimenti di incomprensione, irritazione e frustrazione da parte di partner e figli, e temono che le frequenti rinunce e le modifiche ai programmi stabiliti da tempo possano compromettere l’armonia familiare. Alcuni descrivono un processo di progressivo ritiro dalle interazioni familiari nei giorni precedenti o successivi agli attacchi, per proteggersi o per proteggere gli altri significativi dal proprio malessere, con il rischio di alimentare distanze emotive e incomprensioni.

Queste dinamiche sono coerenti con quanto emerso nella revisione di Leonardi & Raggi (2019), in cui si rileva che i *caregiver* di soggetti affetti da cefalea primaria riportano un carico emotivo moderato-elevato, la necessità di assumere un numero maggiore di responsabilità domestiche e, talora, sentimenti ambivalenti di cura, preoccupazione e risentimento.

Un ulteriore aspetto, sottolineato da Battista e colleghi (2024), riguarda l’impatto sulle relazioni sociali e amicali. Le persone che soffrono di cefalea primaria riferiscono una tendenza a evitare o cancellare impegni sociali, per paura di un attacco durante gli incontri o di non riuscire a sostenere l’esposizione a stimoli potenzialmente scatenanti (ad esempio, rumore, luce intensa e confusione). Questo porta spesso ad una progressiva riduzione della partecipazione alla vita sociale e a un senso di isolamento, accompagnato dalla percezione che amici e conoscenti non

comprendano la gravità e l'imprevedibilità della malattia, interpretando le rinunce come mancanza di interesse o di affidabilità. In questo caso la cefalea primaria non solo limita concretamente le opportunità di socializzazione, ma contribuisce a costruire un'immagine di sé come persona "inaffidabile" o "malata", con ricadute sulla propria identità sociale e sull'autostima.

Un'area di impatto specifica, spesso sottovalutata, è la sfera intima e sessuale. Ruiz de Velasco e collaboratori (2003) e altri studi riportati in letteratura hanno evidenziato che il dolore e i sintomi associati agli attacchi di cefalea primaria tendono a ridurre il desiderio, provocando una diminuzione dell'eccitazione sessuale. Ciò contribuisce a generare evitamento e insoddisfazione nella vita di coppia. Tali difficoltà vengono raramente affrontate esplicitamente, sia nelle relazioni personali sia nei contesti sanitari, a causa dello stigma e dei tabù culturali, unitamente a emozioni di imbarazzo (Battista et al., 2023; Brandenburg & Bitzer, 2009). In questa direzione, lo studio di Mangrum e collaboratori (2024) evidenzia in che modo le persone affette da cefalea primaria mostrano come questa condizione di malattia interferisca profondamente con la sfera relazionale e intima. I partecipanti descrivono una marcata difficoltà a mantenere una piena partecipazione fisica, cognitiva ed emotiva nella relazione di coppia, associata a comportamenti di evitamento dell'intimità e, in alcuni casi, alla rinuncia a intraprendere o mantenere relazioni romantiche, percepite come eccessivamente gravose da sostenere in presenza di una condizione di salute caratterizzata da elevata imprevedibilità. Le narrazioni raccolte da Mangrum e colleghi (2024) evidenziano inoltre vissuti di isolamento, stigmatizzazione e mancato riconoscimento del proprio dolore da parte del partner, configurando un clima relazionale caratterizzato da reticenza e da scarsa esplicitazione del disagio. In tale contesto, anche le ripercussioni della cefalea primaria sulla vita sessuale tendono a rimanere implicite e scarsamente tematizzate.

Nel complesso, la letteratura scientifica delinea la cefalea primaria come una condizione a impatto multifattoriale e sistemico, in cui le dimensioni cliniche, psicologiche, familiari e sociali risultano strettamente intrecciate (Battista et al., 2024; Leonardi & Raggi, 2019).

1.3 Il paziente con cefalea dal punto di vista psicologico

Negli ultimi anni è emersa una visione del paziente con cefalea primaria, in particolare con emicrania, come soggetto caratterizzato non solo da specifiche alterazioni neurobiologiche, ma

anche da un profilo psicologico peculiare, che include tratti di personalità con elevati livelli di ansia e sintomi depressivi, difficoltà di regolazione emotiva e tendenza alla catastrofizzazione del dolore (Bottiroli et al., 2023).

Già nel 1990, Celentano e collaboratori hanno riscontrato che le persone con emicrania riportavano valori significativamente più elevati sulle scale di nevroticismo e psicoticismo del Questionario di Personalità di Eysenck (Eysenck & Eysenck, 1975). Tali soggetti mostravano inoltre una maggiore vulnerabilità a sperimentare emozioni negative e una maggiore probabilità di presentare sintomi psicologici, tra cui ansia, depressione e compromissione del funzionamento sociale, rispetto ai soggetti non affetti da emicrania. Anche studi più recenti sui tratti di personalità hanno dimostrato che le persone con emicrania in comorbilità con sintomi depressivi ed ansiosi mostravano livelli significativamente più elevati di nevroticismo, una maggiore vulnerabilità agli affetti negativi e punteggi più elevati nella dimensione dell'*harm avoidance* (cioè la tendenza ad essere prudenti e a evitare situazioni percepite come rischiose o negative)), unitamente a livelli inferiori di estroversione e *self-directedness* (autodirezionalità) rispetto ai gruppi di controllo (Garrazone et al., 2020; Galvez-Sánchez & Montoro Aguilar, 2022). Tali dimensioni risultano associate a una maggiore frequenza degli attacchi, a una probabilità più elevata di cronicizzazione e a una peggiore qualità della vita, suggerendo che i tratti di personalità, in particolare il nevroticismo e la *harm avoidance*, agiscono come fattori di rischio disposizionali che modulano la risposta allo *stress*, la sensibilità agli stimoli dolorosi e l'aderenza ai trattamenti (Galvez-Sánchez & Aguilar, 2022; Bottiroli et al., 2023).

In linea con tali evidenze, un'ampia meta-analisi condotta su pazienti adulti ha mostrato che livelli più elevati di nevroticismo e livelli più bassi di estroversione risultano significativamente associati a una maggiore probabilità di manifestare episodi di cefalea, nonché a un maggiore rischio di svilupparne di nuovi nel tempo (Stephan et al., 2021).

In questo quadro, la recente revisione della letteratura condotta da Bottiroli e collaboratori (2023) offre un contributo significativo alla definizione della natura di tale profilo. Gli autori evidenziano che i pazienti con cefalea primaria (nello specifico, con cefalea cronica) presentano livelli più elevati di tratti depressivi e ansiosi, nonché una maggiore tendenza alla catastrofizzazione del dolore (un processo cognitivo caratterizzato da ruminazione, amplificazione della percezione del dolore e sentimenti di impotenza di fronte al dolore) rispetto

alla popolazione generale. Inoltre, nei sottogruppi caratterizzati da forme più croniche di cefalea e da abuso di farmaci, emergono con maggiore evidenza tratti quali introversione sociale, elevata vulnerabilità agli affetti negativi e ridotta capacità di regolazione emotiva, delineando un profilo di funzionamento caratterizzato da profonda sofferenza interna e limitata adattabilità. Complessivamente, le evidenze disponibili descrivono, per questi pazienti, un profilo internalizzante, in cui la sofferenza psicologica si manifesta prevalentemente sotto forme di ansia, depressione e ritiro sociale, più che attraverso condotte esternalizzanti, con conseguenze significative sulla gestione del dolore e sull'aderenza ai percorsi di cura (Bottiroli et al., 2023).

Sul versante psicopatologico, numerosi studi hanno rilevato nei pazienti con emicrania punteggi significativamente più elevati alle sottoscale depressione, ansia e stress della *Depression-Anxiety-Stress Scale* (DASS-21) (Bottesì et al., 2015) rispetto alla popolazione generale. Le dimensioni ansiose e depressive della DASS-21 risultano associate a un maggiore grado di intensità della cefalea primaria, a un grado maggiore di disabilità (ad esempio in termini di giorni di lavoro o di attività sociali perse) e a un incremento del ricorso ai servizi sanitari, delineando una relazione verosimilmente bidirezionale tra cefalea primaria e disturbi dell'umore (Mantonakis et al, 2024; Ravyts et al., 2025).

È stato dimostrato come i pazienti con cefalea primaria possono presentare sintomi di ansia e depressione più frequentemente rispetto alla popolazione generale. Essi mostrano inoltre una tendenza al pensiero ossessivo e continuativo, legato a stati d'animo negativi o preoccupazioni, unitamente ad una percezione del dolore amplificata. Alcuni autori hanno inoltre evidenziato una correlazione tra la presenza di cefalea e tratti di psicoticismo, suggerendo un livello di vulnerabilità psicologica più marcata nei soggetti con emicrania cronica (Caponnetto et al., 2021; Alvarez-Astorga et al., 2021).

Tra i fattori psicologici che influenzano in modo significativo la percezione e la gestione del dolore, la catastrofizzazione del dolore è tra i più rilevanti. La letteratura ha dimostrato che la catastrofizzazione è associata a un aumento dell'intensità percepita del dolore, a livelli più elevati di disabilità e a un deterioramento della qualità della vita (inter alia Simic & Knezevic, 2024). Nei pazienti con emicrania, elevati livelli di catastrofizzazione sono associati a una maggiore frequenza degli attacchi, a una ridotta efficacia dei trattamenti e a un ricorso più frequente ai servizi sanitari. Le più recenti revisioni sulla componente psicologica nella cefalea

primaria hanno evidenziato che la combinazione di tratti di personalità caratterizzati da vulnerabilità, della presenza di una sintomatologia ansioso-depressiva e della propensione alla catastrofizzazione del dolore si associa a un maggior *burden* complessivo e a un deterioramento più significativo del funzionamento psicosociale (Alvarez-Astorga et al., 2021; Pistoia et al., 2022).

La *difficoltà nella regolazione emotiva* costituisce un ulteriore elemento chiave del profilo psicologico di questi pazienti. La letteratura segnala che le persone con cefalea primaria tendono a presentare una minore capacità di identificare, modulare ed esprimere in modo funzionale le proprie emozioni e una maggiore tendenza all'inibizione delle emozioni o alla ruminazione rispetto a strategie di regolazione più adattive (Haratian et al., 2020). In questo ambito, l'*Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ) (Balzarotti, John & Gross, 2021), che valuta le strategie di ristrutturazione cognitiva e di soppressione dell'espressione emotiva, rappresenta uno strumento utile per caratterizzare i *pattern* di regolazione emotiva nei pazienti con emicrania. Un recente studio suggerisce che strategie di regolazione emotiva disfunzionali, quali l'elevato ricorso all'inibizione delle emozioni e il limitato utilizzo delle strategie di ristrutturazione cognitiva, si associno a livelli più elevati di sintomatologia ansioso-depressiva, a un'intensificazione della percezione del dolore e ad un peggioramento della qualità della vita, sottolineando il ruolo determinante della regolazione emotiva nell'esperienza soggettiva della cefalea primaria e nel suo decorso (Wolf et al., 2020). Questi risultati si integrano con le evidenze qualitative che descrivono, in questa tipologia di pazienti, una tendenza a reprimere o minimizzare l'espressione dei propri vissuti emotivi, sia per ragioni intrapsichiche sia per timore di stigmatizzazione o di incomprensione da parte del contesto sociale e familiare (Battista et al., 2023).

In sintesi, i pazienti con cefalea primaria e, in particolare, con emicrania mostrano un profilo psicologico prevalentemente internalizzante. Questo è il risultato dell'integrazione dell'insieme di informazioni presentate finora, provenienti da studi prospettici di popolazione, ricerche cliniche e revisioni narrative. Elevati livelli di nevroticismo, una maggiore vulnerabilità agli affetti negativi, una tendenza a catastrofizzare il dolore, difficoltà di regolazione emotiva e una significativa comorbidità con l'ansia e la depressione sono tutti aspetti di questo profilo (Davis, Smitherman & Baskin, 2013; Garramone et al., 2020). Rosignoli e collaboratori (2022) evidenziano che questo insieme di caratteristiche psicologiche non deve essere considerato un

elemento “accessorio” o “secondario” rispetto al disturbo neurologico. Rappresenta invece una componente che interagisce dinamicamente con i meccanismi biologici della cefalea, modulando l’espressione clinica, la disabilità percepita, l’aderenza ai trattamenti e il funzionamento familiare e sociale. Ecco quindi come l’approccio biopsicosociale risulti cruciale per comprendere la complessità della cefalea primaria nell’orientare strategie terapeutiche integrate (Rosignoli et al., 2022).

CAPITOLO 2

I PERCORSI DI TRATTAMENTO DELLA CEFALEA E LA DIMENSIONE PSICOSOCIALE DELLA PRESA IN CARICO

2.1 La gestione farmacologica

Il trattamento farmacologico nell'ambito delle cefalee primarie si articola in due tipologie di interventi. I primi sono interventi che agiscono sul sintomo, mirati al controllo dell'attacco acuto; i secondi sono interventi profilattici a medio-lungo termine, scelti in base al tipo di cefalea primaria, alla frequenza degli episodi, al grado di disabilità ed alla presenza di comorbidità (Dodick et al., 2024).

Studi recenti evidenziano come la gestione farmacologica dell'emicrania e di altre forme di cefalea primaria si strutturi tipicamente secondo un approccio *stepwise*, progressivo per gradi, che organizza diversi gruppi di farmaci in base alla gravità degli attacchi, alla risposta individuale e alla presenza di comorbidità (Pellesi et al., 2024; Robbins, 2021; Florczyk et al., 2024). In questo modello, il clinico generalmente inizia con la somministrazione di analgesici semplici e di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS). Secondariamente, nei casi di risposta insufficiente o di attacchi più severi e disabilitanti, passa a molecole specifiche per l'emicrania, come triptani, ditani e gepanti, con l'obiettivo di massimizzare il beneficio clinico, minimizzando il rischio di eventi avversi e di abuso da farmaci (*Medication Overuse Headache*, MOH) (Pellesi et al., 2024; Kristoffersen & Lundqvist, 2014).

Nel trattamento acuto, FANS e triptani restano tuttora la prima scelta in molte linee guida internazionali (Puledda et al., 2024; Kristoffersen & Lundqvist, 2014). Paracetamolo, aspirina, ibuprofene, naprossene e diclofenac, così come diversi triptani somministrati per via orale, nasale o sottocutanea, hanno dimostrato di essere superiori al placebo nel raggiungere la libertà dal dolore e nel recupero funzionale entro due ore dall'assunzione, con un profilo di sicurezza generalmente favorevole se impiegati a dosi e frequenze appropriate (Puledda et al., 2024; Kristoffersen & Lundqvist, 2014). Tuttavia, l'uso eccessivo, soprattutto in pazienti con

emicrania ad alta frequenza, aumenta la probabilità di sviluppare MOH e favorisce la cronicizzazione del disturbo (Kristoffersen & Lundqvist, 2124).

Per quanto riguarda la profilassi farmacologica, i farmaci tradizionali comprendono beta-bloccanti, antiepilettici e antidepressivi triciclici, che modulano l'eccitabilità neuronale e i sistemi di trasmissione monoaminergica coinvolti nella genesi degli attacchi. Questi farmaci riducono clinicamente significativamente i giorni mensili di emicrania e la frequenza delle crisi ad elevata intensità, sebbene possano essere limitati da effetti collaterali dose-dipendenti, come sonnolenza, aumento di peso, ipotensione e alterazioni dell'umore, che influenzano l'aderenza terapeutica in una quota non trascurabile di pazienti. La gestione a lungo termine richiede pertanto un bilanciamento dinamico tra efficacia preventiva, tollerabilità e preferenze del paziente, con rivalutazioni periodiche del regime terapeutico (Yuan et al., 2025; Sacco et al., 2022).

Nelle forme di emicrania cronica, l'onabotulinumtoxina A ha assunto un ruolo pressoché centrale. Studi clinici e *real-world*, inclusi i *trial* PREEMPT (*Phase III REsearch Evaluating Migraine Prophylaxis Therapy*), hanno dimostrato che l'iniezione periodica di questa tossina su punti standardizzati dei distretti cefalici e cervicali riduce significativamente i giorni di cefalea mensili e migliora la qualità della vita, configurandosi come opzione preferenziale nei pazienti con scarsa tollerabilità alle profilassi orali. Inoltre, l'uso della tossina ha favorito strategie combinate, in cui essa viene associata ad altri trattamenti preventivi, inclusi, in alcuni casi, gli anticorpi monoclonali anti-CGRP (*Calcitonin Gene-Related Peptide*), per ottimizzare la riduzione del *burden* di malattia nei pazienti più complessi (Grazzi et al., 2024).

Un'innovazione significativa nel trattamento preventivo è rappresentata dagli anticorpi monoclonali diretti contro CGRP o il suo recettore, che modulano un mediatore chiave della neuroinfiammazione trigeminale, della vasodilatazione meningeale e della trasmissione centrale del dolore. Molecole come erenumab, fremanezumab, galcanezumab ed eptinezumab hanno mostrato riduzioni consistenti dei giorni mensili di emicrania, con alti tassi di *responder* ($\geq 50\%$ e, in una quota di pazienti, $\geq 75\%$ di riduzione della frequenza) e un profilo di tollerabilità generalmente favorevole, caratterizzato da una bassa incidenza di eventi avversi gravi e da una modalità di somministrazione mensile o trimestrale che facilita l'aderenza terapeutica. Queste caratteristiche hanno portato a considerare gli anti-CGRP mAbs (*monoclonal antibodies*) tra le

principali innovazioni degli ultimi anni nella profilassi dell'emicrania, soprattutto per i pazienti con forma cronica e con fallimento di multiple terapie di prima linea (Montisano et al., 2024; Corasaniti et al., 2023).

La ricerca italiana ha contribuito in modo significativo allo studio degli anti-CGRP, in particolare nei contesti dell'emicrania cronica complicata da abuso di farmaci, una popolazione tradizionalmente difficile da trattare (inter alia Grazzi et al., 2024; Montisano et al., 2024). Studi prospettici e analisi di coorte, coordinati da Grazzi e collaboratori (2024), hanno documentato che in questi pazienti gli anticorpi monoclonali anti-CGRP riducono significativamente i giorni di cefalea, allodinia e disabilità, migliorando la qualità della vita e riducendo il rischio di recidiva di MOH. Alcuni dati suggeriscono che, in determinati sottogruppi clinici, la risposta agli anti-CGRP possa superare quella osservata con l'onabotulinumtoxina A, sottolineando l'importanza di una personalizzazione del trattamento in base alle caratteristiche del paziente e alla storia terapeutica (Grazzi et al., 2024; Montisano et al., 2024).

Infine, dati recenti provenienti da studi multicentrici europei indicano che una quota non trascurabile di pazienti presenta una risposta tardiva o ultra-tardiva alla terapia anti-CGRP, con miglioramenti clinici evidenti solo dopo 24–48 settimane dall'inizio della profilassi. Ciò solleva importanti questioni relative alla definizione della durata ottimale del trial terapeutico, alla tempistica delle decisioni di *switch* o di sospensione e ai criteri per definire l'emicrania resistente o refrattaria nel contesto delle nuove opzioni farmacologiche (Barbanti et al., 2024; Ornello et al., 2025).

Complessivamente, il panorama terapeutico, in rapida evoluzione, si caratterizza per strategie sempre più mirate e personalizzate, che integrano farmaci tradizionali, la tossina botulinica e terapie anti-CGRP all'interno di percorsi *stepwise* costruiti in base alle specifiche esigenze cliniche e psicologiche del singolo paziente (Pellesi et al., 2024; Florczyk et al., 2024; Montisano et al., 2024).

Nonostante il clinico disponga di un'ampia gamma di opzioni farmacologiche per la gestione della cefalea primaria, queste possono risultare inefficaci o controindicate in una quota significativa di pazienti. Considerata la complessità e l'impatto multidimensionale di questi disturbi sulla vita quotidiana, è necessario un approccio terapeutico integrato che combini

interventi farmacologici e non farmacologici. Negli ultimi anni, infatti, le strategie non farmacologiche hanno acquisito crescente rilevanza come valide alternative alle terapie tradizionali, sebbene persistano scetticismo e scarsa conoscenza, sia tra gli operatori sanitari sia tra i pazienti, riguardo ai loro meccanismi d'azione e alle evidenze scientifiche a loro favore (Licina et al., 2023; Marelli et al., 2024).

2.2 Interventi non farmacologici

L'utilizzo di interventi non farmacologici nel trattamento delle cefalee primarie si fonda su molteplici motivazioni di natura clinica, farmacologica e socioeconomica, che ne giustificano l'integrazione nei protocolli terapeutici *standard* (Licina et al., 2023).

In letteratura, è ampiamente documentato che l'uso eccessivo di farmaci sintomatici, in particolare antinfiammatori non steroidei (FANS), ergotamina e triptani, può condurre allo sviluppo di cefalea da uso eccessivo di farmaci (*Medication Overuse Headache*, MOH; Ashina et al., 2023). Questa condizione è caratterizzata da una progressiva cronicizzazione del dolore cefalagico e da una riduzione dell'efficacia dei trattamenti farmacologici, con conseguente peggioramento del quadro clinico complessivo. La comparsa di MOH è maggiormente associata alla frequenza di assunzione dei farmaci piuttosto che alla loro potenza farmacologica, configurando un circolo vizioso in cui l'aumento dell'uso dei farmaci determina un incremento della frequenza e dell'intensità della cefalea primaria, con conseguente disabilità e compromissione della qualità della vita (Fischer & Jan, 2019; Scaratti et al., 2018).

Oltre al rischio di MOH, la farmacoterapia presenta un profilo di sicurezza variabile a seconda dei farmaci impiegati. I FANS sono associati a effetti avversi gastrointestinali (ad esempio ulcere o emorragie) e cardiovascolari o cerebrovascolari. I triptani possono causare nausea, vertigini, secchezza delle fauci e, in alcuni casi, eventi cardiovascolari. Gli oppioidi sono invece associati a stipsi, sedazione, nausea e, soprattutto, a un potenziale abuso e a una dipendenza. Nei pazienti con cefalea cronica, l'esposizione prolungata a tali farmaci può inoltre favorire meccanismi di tolleranza recettoriale, con conseguente riduzione progressiva dell'efficacia terapeutica e un aggravamento della gravità clinica del disturbo (Licina et al., 2023).

In questo scenario, gli interventi non farmacologici rappresentano modalità terapeutiche di comprovata efficacia e sicurezza, capaci di ridurre la necessità di trattamento farmacologico e di migliorare la gestione complessiva del disturbo. Risultano particolarmente indicati nei pazienti in cui la farmacoterapia è controindicata (ad esempio donne in gravidanza o in allattamento e soggetti con comorbidità cardiovascolare o epatica) o laddove effetti avversi o l'inefficacia rendono opportuno un approccio integrato. Oltre a un profilo di tollerabilità favorevole, le strategie non farmacologiche presentano vantaggi in termini di sostenibilità economica, poiché comportano costi diretti contenuti e un monitoraggio medico continuativo limitato (Licina et al., 2023).

Le terapie non farmacologiche comprendono una vasta gamma di metodologie volte alla riduzione dei sintomi senza l'assunzione di farmaci con impatto significativo sul benessere psicologico di questa tipologia di pazienti. L'uso di nutraceutici (ad esempio magnesio e riboflavina), le tecniche di neuromodulazione e di *biofeedback*, nonché i programmi di rilassamento e gli interventi basati sulla *mindfulness* e sulla meditazione, costituiscono le strategie maggiormente utilizzate, unitamente a diverse forme di psicoterapia, tra cui le terapie cognitivo-comportamentali, *l'Acceptance and Commitment Therapy* e altri interventi psicologici strutturati. Questi trattamenti non farmacologici hanno dimostrato efficacia nel ridurre il dolore e la frequenza degli attacchi (Grazzi et al., 2017; Grazzi, 2022; Barmherzig & Rajapakse, 2021; Vekhter et al., 2020; Bae et al., 202; Grazzi et al., 2021).

Sul versante dei nutraceutici, il magnesio viene impiegato nel controllo dell'eccitabilità neuronale, nella modulazione dei canali del calcio e dei recettori glutamatergici, con studi che ne suggeriscono un effetto nel ridurre la frequenza e l'intensità degli attacchi cefalagici. La riboflavina (vitamina B2) viene invece proposta a supporto del metabolismo mitocondriale. Nello specifico, la somministrazione di dosi elevate (440 mg al giorno) per almeno tre mesi è stata associata ad una riduzione della frequenza degli attacchi e dell'uso di farmaci sintomatici, con un profilo di tollerabilità favorevole rispetto alle profilassi farmacologiche tradizionali (Hajhashemy et al., 2024).

Le tecniche di neuromodulazione comprendono dispositivi non invasivi, come la stimolazione del nervo trigemino o del nervo vago e la stimolazione magnetica transcranica, che mirano a modulare circuiti corticali e sottocorticali coinvolti nella generazione e propagazione del dolore

emicranico (Barmherzig & Rajapakse, 2021). Il *biofeedback*, elettromiografico o termico, utilizza segnali fisiologici, quali la tensione muscolare o la temperatura periferica, per allenare il paziente a sviluppare competenze di autoregolazione, promuovendo il rilassamento muscolare e la riduzione dell'*arousal* associato agli attacchi (Vekhter et al., 2020).

I programmi di rilassamento muscolare progressivo o di *training autogeno* e gli interventi basati sulla *mindfulness* o sulla meditazione, agiscono prevalentemente sulla riduzione dello *stress*, sulla modulazione dell'attenzione al dolore e sul miglioramento delle capacità di *coping*. Tali trattamenti hanno mostrato benefici sulla frequenza degli attacchi, sul grado di disabilità e sui sintomi psicologici correlati. In particolare, i protocolli basati sulla *mindfulness* sembrano favorire una maggiore accettazione dell'esperienza dolorosa ed una minore reattività cognitivo-emotiva, con ricadute positive sulla percezione di autoefficacia e sul rischio di cronicizzazione (Grazzi et al., 2017; Grazzi, 2022; Barmherzig & Rajapakse, 2021).

Parallelamente, le psicoterapie strutturate, in particolare le terapie cognitivo-comportamentali (*Cognitive Behavioral Therapy*, CBT), sono tra i trattamenti psicologici più studiati. La letteratura scientifica ha dimostrato che l'utilizzo di queste terapie nel trattamento della cefalea porta a una riduzione significativa della frequenza degli attacchi, dell'intensità del dolore e della disabilità correlata, con effetti mantenuti anche nel *follow-up*. Le CBT intervengono efficacemente su fattori quali la catastrofizzazione del dolore, i meccanismi di difesa come l'evitamento, l'ansia, la depressione e la disregolazione del sonno, nonché sulla gestione dei *trigger*, contribuendo a modificare credenze disfunzionali e strategie comportamentali che amplificano il *burden* dell'emicrania (Bae et al., 2021).

2.3 Interventi orientati alla regolazione emotiva: tra riduzione ed elaborazione dell'esperienza

Come abbiamo visto, la letteratura ha focalizzato l'attenzione sugli aspetti psicologici, psicopatologici e psichiatrici associati alle cefalee primarie. Le persone con cefalea primaria tendono a mostrare una maggiore reattività allo *stress*, punteggi più elevati di ansia e depressione e una vulnerabilità emotiva che incide sulla percezione del dolore e sulla durata degli attacchi.

La letteratura evidenzia inoltre un'associazione significativa tra cefalee ricorrenti e un incremento di emozioni negative quali irritabilità, preoccupazione, rabbia, ostilità e paura, che contribuiscono a modulare l'esperienza soggettiva del dolore (Chu et al., 2018; Duan et al., 2023; Lipton et al., 2020). Poiché le emozioni negative possono innescare e prolungare gli episodi cefalagici, negli ultimi anni si è rafforzata l'idea che i processi emotivi svolgano un ruolo cruciale nella gestione del dolore cronico. Accedere alle emozioni, sperimentarle ed esprimerle in modo adattivo può favorire l'abituazione tra i vissuti emotivi e gli schemi cognitivi e, in ultima analisi, contribuire alla risoluzione degli eventi stressanti. Di conseguenza, la gestione, la riduzione o il controllo delle emozioni negative non solo migliora la percezione del dolore, ma riduce anche la frequenza degli attacchi di cefalea. Queste evidenze hanno suscitato una crescente attenzione per gli interventi non farmacologici specificamente orientati alla regolazione delle emozioni, con l'obiettivo di ridurre la frequenza e la gravità delle cefalee primarie, nonché di altre condizioni dolorose croniche quali la fibromialgia e l'artrite reumatoide (Haratian et al., 2020).

Alla luce di queste evidenze, negli ultimi anni è cresciuto l'interesse della ricerca a sistematizzare e valutare gli interventi non farmacologici finalizzati alla gestione dei processi emotivi nei pazienti con cefalea primaria. In questo contesto si colloca la *scoping review* condotta nel presente progetto di dottorato, che aveva come obiettivo principale esaminare e sintetizzare gli interventi non farmacologici utilizzati per favorire l'espressione, l'elaborazione, il controllo e la gestione dei vissuti emotivi in soggetti con emicrania o cefalea di tipo tensivo (Marelli et al., 2024).

In particolare, la revisione mirava a (1) identificare quali trattamenti alternativi (ad esempio, *training di rilassamento*, meditazione, scrittura espressiva, interventi sulla consapevolezza e sul controllo emotivo) sono stati impiegati in questo tipo di popolazione, e a (2) descrivere gli effetti dell'uso di tali trattamenti sulla gestione delle emozioni negative e, parallelamente, sull'intensità del dolore, sulla percezione della cefalea e sui sintomi cefalagici.

La *scoping review* è stata condotta secondo le linee guida PRISMA, con l'obiettivo di mappare la letteratura sugli interventi non farmacologici focalizzati sull'esperienza e sulla gestione delle emozioni nelle persone con emicrania o cefalea di tipo tensivo.

La ricerca è stata condotta su cinque banche dati elettroniche (*PubMed, Scopus, Web of Science, PsycINFO e Medline*) per il periodo compreso tra il 1° gennaio 2000 e il 31 maggio 2023, utilizzando una combinazione di termini relativi alla cefalea (*migraine, tension-type headache*) e agli interventi non farmacologici e ai processi emotivi (ad es. *non-pharmacology treatment, complementary alternative medicine, emotional expression, emotional disclosure, emotional management, emotional processing, emotional control*).

Sono stati inclusi articoli originali in lingua inglese, con testo completo disponibile, che valutassero interventi non farmacologici finalizzati alla gestione o all'espressione delle emozioni in adulti con diagnosi di emicrania, cefalea tensiva o cefalea primaria mista, escludendo specificamente gli interventi psicoterapeutici strutturati. Le *review*, i *case report*, i protocolli, gli editoriali, gli *abstract* congressuali e gli studi psicometrici non focalizzati sul tema della revisione, sono stati esclusi.

Due revisori indipendenti hanno esaminato i titoli e gli *abstract* e visionato i testi completi degli studi potenzialmente idonei. Altri due revisori hanno ricontrollato una quota significativa di testi per garantire l'affidabilità delle decisioni di inclusione. Per ogni studio incluso sono stati riportati dati relativi alle caratteristiche del campione, al tipo di cefalea primaria, al tipo di disegno di ricerca, alle caratteristiche dell'intervento proposto, alle misure emotive utilizzate e agli *outcome* primari.

Di seguito sono riportati il diagramma di flusso illustrativo del processo di selezione degli studi (*Figura 1*) e la tabella con le caratteristiche generali degli studi di ricerca inclusi (*Tabella 1*).

Figura 1. Flowchart del processo di selezione degli studi (PRISMA 2020).

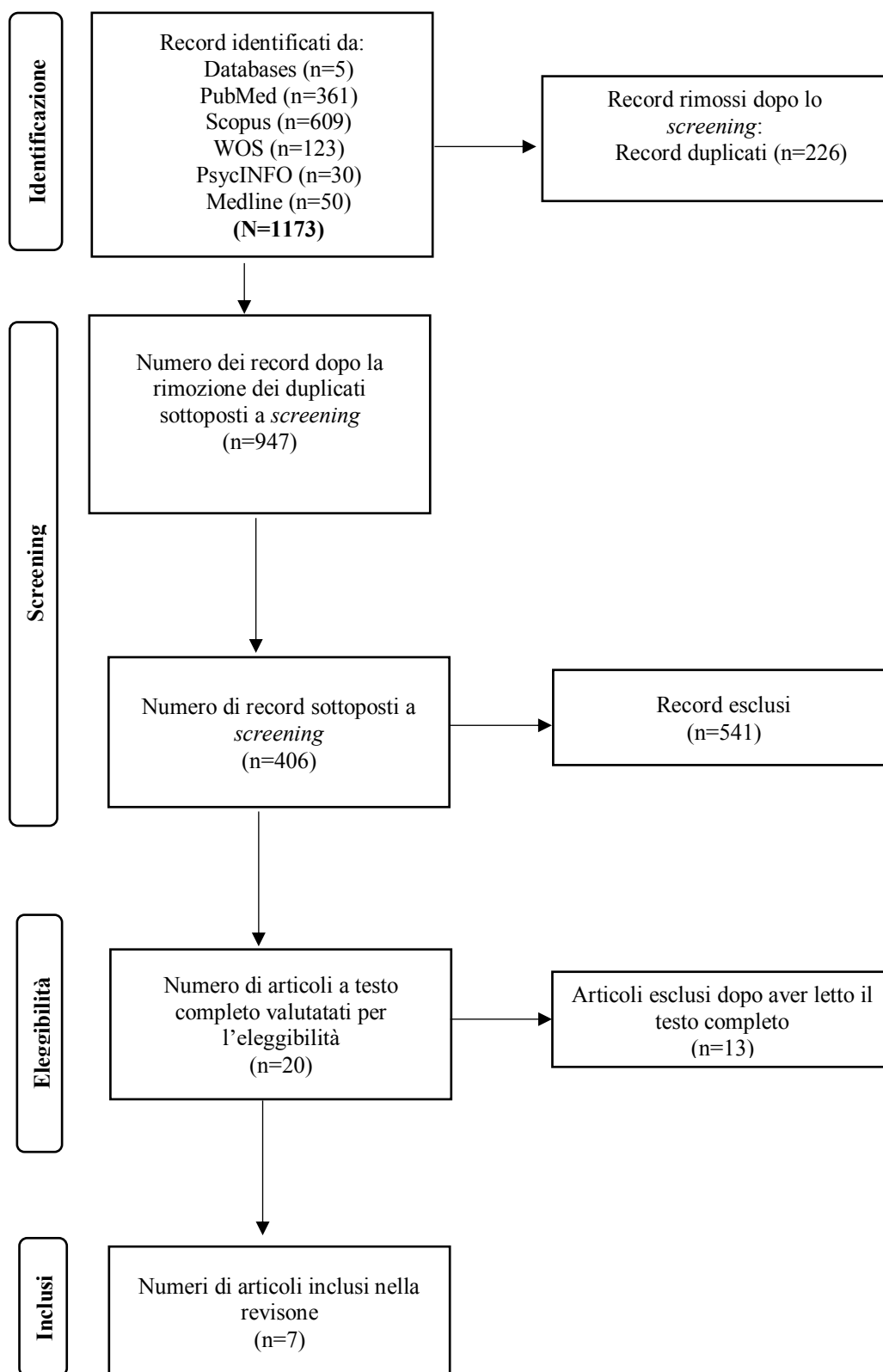


Tabella 1. Caratteristiche generali degli studi inclusi.

<u>Autore</u> <u>(riferim</u> <u>ento).</u> <u>anno</u> <u>(paese)</u>	<u>Disegno</u> <u>dello</u> <u>studio</u>	<u>Parteci</u> <u>panti:</u> <u>numero</u> <u>cefale</u> <u>sità (età</u> <u>media,</u> <u>DS),</u> <u>donne</u> <u>(%)</u>	<u>Tipo</u> <u>di</u> <u>cefale</u>	<u>Trattam</u> <u>ento non</u> <u>farmaco</u> <u>logico</u>	<u>Misurazione</u> <u>/raccolta</u> <u>emozioni</u>	<u>Procedura/s</u> <u>trumenti</u>	<u>Outco</u> <u>me</u> <u>prima</u> <u>rio</u>	<u>Effetti</u> <u>sull'espressione/</u> <u>regolazione</u> <u>emotiva</u>
Wachholtz et al., 2019 (USA)	Studio longitudinale randomizzato controllato	92 studenti universitari (19 anni, DS=1.0), 90% donne	Emicrania (almeno due episodi nel mese precedente)	Meditazione trascendentale; meditazione di consapevolezza; meditazione di amore compassionevole; meditazione di trascendenza; meditazione di trascendenza; meditazione di trascendenza	I partecipanti hanno registrato valutazioni di felicità, tristezza, calma e rabbia (autovalutazione; scala a 7 punti)	Diari giornalieri	Dolore auto-riferito durante 30 giorni	Il gruppo di gestione attiva ha mostrato una riduzione significativa della rabbia
Slavin-Spenny et al., 2013 (USA)	Trial randomizzato	147 studenti universitari (21.1, DS=6.0), 87.8% donne	Cefalea (campione eterogeneo per tipologia)	Training di consapevolezza di Toronto (20 item); Scala di Assertività di Rathus (30 item); Scala di Coping Emotivo (4 item)	Scala di Alessitimia di Toronto (20 item); Scala di Assertività di Rathus (30 item); Scala di Coping Emotivo (4 item)	3 sessioni di intervento in gruppo	Frequenza della cefalea; gravità dell'assertività e durata; disabilità; sintomi psicologici	Riduzione dell'alessitimia e aumento dell'elaborazione emotiva e gravità dell'assertività
Tonelli et al., 2014 (USA)	Studio clinico interventistico (gruppo unico, misure ripetute)	27 partecipanti (45.5, DS=11.1), 68% donne	Emicrania (circa 10 episodi al mese)	Intervento di meditazione trascendentale; meditazione di trascendenza; meditazione di trascendenza	Numerica Rating Scale (NRS-11) per dolore, adattata per tensione emotiva	Sessione di meditazione guidata di gruppo di 20 minuti	Dolore e tensione emotiva	Riduzione dei sintomi di emicrania e della tensione emotiva

	pre- post)						
Wachholtz et al., 2008 (USA)	Trial randomizzato	83 studenti universitari (19.1, DS=1.10), 90.4% donne	Cefalee vascolari emicraniche; tensione + tensiva)	Meditazione e training di rilassamento	Positive and Negative Affect Scale (PANAS)	20 minuti al giorno per un mese	Tolleranza al dolore; riduzione di ansia e affetto negativo; aumento tolleranza al dolore e benessere variabili psicologiche e spirituali
D'Souza et al., 2008 (USA)	Trial randomizzato	141 studenti universitari, 85.9% donne (51 cefalea o due tensiva; episodi a emicrania)	Cefalee di tensione ed emicrania (almeno due episodi a settimana)	Training di rilassamento e scrittura espressiva	PANAS	Sessioni di 20 minuti per due settimane	Frequenza, efficacia per gravità, cefalea; nessun effetto della scrittura sintomatica e fisica
Kraft et al., 2008 (USA)	Trial randomizzato	90 studenti universitari (21.4, DS non riportato), 88.8% donne	Emicrania (almeno un episodio al mese)	Training di rilassamento e scrittura espressiva	Emotional Approach Coping Scale (8 item)	Sessioni di laboratorio di 20 minuti per due settimane; follow-up a 1 e 3 mesi	Frequenza cefalea; predice miglioramento con scrittura espressiva; disabilita funzione ed emotiva; affetto
Barchi et al., 2020 (Iran)	Studio quasi-sperimentale	30 pazienti (34.43, DS=11.04), 80% donne	Emicrania focalizzata sulla compassione	Terapia Emotion Control Questionnaire (ECQ)	Emotion Control Questionnaire (ECQ)	8 sessioni da 90 minuti; valutazione post-test	Contro il miglioramento del controllo emotivo e riduzione del dolore del dolore

I risultati della rassegna mostrano che gli approcci alternativi presi in considerazione (*training* di rilassamento, diverse forme di meditazione, *written emotional disclosure*, *anger awareness and expression training* e *compassion-focused therapy*) possono contribuire alla gestione, riduzione o controllo delle emozioni negative nei pazienti con cefalea primaria, con ricadute positive anche sulla percezione del dolore e sintomi cefalalgici. Tuttavia, l'entità e la stabilità di questi effetti variano in base alle caratteristiche specifiche di ciascun intervento e ai limiti metodologici degli studi disponibili.

Sono stati inclusi nella revisione sette studi, per un totale di 610 pazienti con diagnosi di emicrania e/o cefalea di tipo tensivo. La maggior parte del campione era costituita da donne, spesso reclutate in contesti universitari, con criteri di valutazione non sempre omogenei e diagnosi della frequenza degli attacchi non sempre specialistiche. Ad eccezione di uno studio condotto in Iran, gli studi includevano uno studio quasi-sperimentale, uno studio di intervento clinico a misure ripetute e *trial* randomizzati con o senza gruppo di controllo attivo. Tutti questi studi sono stati condotti principalmente negli Stati Uniti.

Dall'analisi degli studi estratti, gli interventi descritti possono essere distinti in due categorie principali. Da un lato, vi sono metodi che mirano a ridurre o a controllare l'attività emotiva, come il *training* di rilassamento e diverse forme di meditazione. Dall'altro lato, interventi che promuovono l'accesso, l'espressione e l'elaborazione delle emozioni negative (come l'*anger awareness and expression training* e la *written emotional disclosure*). Questa divisione riflette due linee guida teoriche distinte nel trattamento del dolore cronico: da un lato, metodi che mirano a ridurre l'attivazione emotiva; piuttosto che approcci che si concentrano sull'esposizione e sull'elaborazione delle emozioni.

Secondo gli studi sulle pratiche meditative, praticare regolarmente meditazioni significative (spirituali, secolari o di *Loving Kindness*) ogni giorno è correlato a una riduzione della rabbia, della tensione emotiva e dell'intensità del dolore; in alcuni casi, è associato anche a una riduzione della frequenza degli attacchi e a un aumento della percezione di autoefficacia nel gestire il dolore. In particolare, sembra che la meditazione spirituale riduca in misura maggiore l'affettività negativa rispetto al rilassamento semplice o alle condizioni secolari. Inoltre, promuove le esperienze spirituali quotidiane e il benessere esistenziale.

La *compassion-focused therapy* sembra essere un altro approccio promettente. Infatti, pazienti con emicrania sottoposti a un ciclo strutturato di sedute mostrano un miglioramento nel controllare le emozioni (inibizione, gestione dell'aggressività, pensiero ossessivo e controllo benigno) e una significativa riduzione della gravità del dolore. L'ipotesi che una maggiore capacità di identificare, comprendere e controllare i propri stati emotivi contribuisca a ridurre l'impatto del dolore cronico sulla vita quotidiana è coerente con questi risultati.

Per quanto riguarda gli interventi centrati sull'attivazione emotiva, *l'anger awareness and expression training* si è dimostrato in grado di ridurre l'alessitimia e di aumentare l'elaborazione emotiva e l'assertività, con benefici paragonabili a quelli del *training* di rilassamento sui parametri cefalagici. L'intervento focalizzato sulla rabbia aumenta l'attivazione emotiva ma promuove un'elaborazione più profonda dell'esperienza emotiva, mentre il *training* di rilassamento tende a produrre una riduzione più netta dell'affettività negativa nel breve termine.

Risultano essere meno omogenei, invece, i risultati sulla *written emotional disclosure*. I campioni con cefalea tensiva o emicrania non mostrano cambiamenti significativi in termini di frequenza, intensità o grado di disabilità legata al mal di testa. Il *training* di rilassamento mostra invece esiti più favorevoli su alcuni indicatori (ad esempio nelle cefalee tensive). Secondo alcune analisi, l'efficacia dello scritto espressivo dipenda da fattori individuali come le capacità emotive e la bassa autoefficacia nella gestione della cefalea, che possono moderare la risposta al trattamento.

Il confronto diretto tra strategie per l'attivazione delle emozioni e strategie per la loro riduzione ha mostrato che le tecniche di rilassamento e meditazione hanno generalmente un impatto più significativo sui sintomi, sulla percezione del dolore e sul tono dell'umore. Gli interventi centrati sull'espressione emotiva sembrano migliorare l'elaborazione emotiva, l'assertività e alcuni aspetti del *coping*, pur aumentando l'attivazione affettiva e, a volte, la percentuale di emozioni negative nel breve periodo. Tuttavia, questi cambiamenti non sempre si traducono in benefici clinici stabili per la cefalea primaria.

Gli autori della revisione evidenziano che gli interventi non farmacologici focalizzati sulle emozioni mostrano, nel complesso, un potenziale per migliorare la gestione delle emozioni

negative nei pazienti con emicrania e cefalea tensiva, con effetti associati anche a una riduzione della percezione del dolore e a cambiamenti favorevoli nella frequenza o nell'impatto degli attacchi. Essi, inoltre, propongono una distinzione concettuale tra approcci che mirano prevalentemente a "ridurre" o modulare l'attivazione emotiva (come rilassamento, meditazioni con *focus* spirituale o secolare, pratiche di *Loving Kindness* e interventi basati sull'auto-compassione) e approcci che invece favoriscono l'accesso, l'espressione e l'elaborazione di emozioni negative, come *l'anger awareness and expression training* e la scrittura espressiva, sottolineando come entrambe le famiglie di interventi possano incidere sui meccanismi di mantenimento del dolore cronico, seppure attraverso vie differenti.

Per quanto riguarda le pratiche meditative, la discussione mette in luce che la ripetizione regolare di meditazioni strutturate, soprattutto quando il contenuto ha un significato personale o spirituale per il paziente, è associata a una diminuzione della rabbia, della tensione emotiva e dell'affettività negativa, a un aumento della sensazione di controllo sul dolore e, talvolta, a una riduzione della frequenza degli episodi cefalalgici. In particolare, la meditazione spirituale sembra produrre un miglioramento più marcato di alcune dimensioni psicologiche (come l'autoefficacia e il benessere esistenziale) rispetto alle condizioni secolari o al semplice rilassamento, suggerendo che la dimensione di significato attribuita alla pratica potrebbe modulare la risposta al trattamento.

In questa cornice si colloca anche la *compassion-focused therapy*, discussa come un intervento promettente per aumentare la capacità di regolare le emozioni (in termini di inibizione, gestione dell'aggressività, ruminazione e controllo benigno) e per ridurre la gravità del dolore: la possibilità di sviluppare un atteggiamento più compassionevole verso sé e verso la propria sofferenza viene interpretata come un fattore che può ridurre la reattività emotiva al dolore e favorire un migliore adattamento alla condizione cefalalgica. Gli interventi maggiormente centrati sull'espressione e sull'elaborazione delle emozioni mostrano un profilo diverso.

L'anger awareness and expression training, pur determinando un aumento dell'attivazione emotiva nel breve periodo, sembra favorire un'elaborazione più profonda dei vissuti di rabbia, con riduzione dell'alessitimia, maggiore capacità di elaborare le emozioni e incremento dell'assertività, risultati che si associano a miglioramenti degli esiti cefalalgici comparabili a quelli ottenuti con il rilassamento. La scrittura espressiva, invece, è discussa come un intervento

dai risultati meno coerenti: nel complesso non emergono effetti robusti su frequenza, intensità o disabilità da cefalea, soprattutto se confrontato con il *training* di rilassamento, ma alcune analisi indicano che la sua efficacia potrebbe dipendere da caratteristiche individuali, come le competenze emotive e la bassa autoefficacia nella gestione del mal di testa, suggerendo che questo tipo di trattamento potrebbe essere più indicato per sottogruppi specifici di pazienti piuttosto che come intervento generalizzabile.

Nel complesso, gli studi analizzati mostrano che le strategie non farmacologiche possono essere efficaci in combinazione con la terapia farmacologica. Ciò è particolarmente vero per i pazienti che hanno livelli elevati di emozioni negative, hanno difficoltà a regolare le loro emozioni o non rispondono adeguatamente ai soli trattamenti farmacologici.

Gli autori della revisione suggeriscono tuttavia di essere cauti nel trarre conclusioni definitive, sottolineando il peso delle limitazioni metodologiche degli studi (campioni piccoli, spesso composti da studenti universitari anziché da pazienti clinici, diagnosi spesso non basate su criteri specialistici, *follow-up* spesso brevi o assenti ed eterogeneità notevole nell'organizzazione e nella durata degli interventi). Per chiarire quali componenti emotivi siano più rilevanti, per quali pazienti e con quali modalità di integrazione nei percorsi terapeutici per l'emicrania e la cefalea tensiva, sono necessarie ricerche future con disegni più rigorosi, campioni più ampi e clinicamente ben caratterizzati, protocolli di intervento più standardizzati e tempi di *follow-up* sufficientemente lunghi.

CAPITOLO 3

NARRAZIONE, RIELABORAZIONE DELL'ESPERIENZA E RELAZIONE DI CURA NELLA CEFALEA

3.1 Narrazione e dolore cronico

Negli ultimi decenni gli strumenti narrativi sono stati progressivamente riconosciuti come componenti fondamentali nella ricerca e nella pratica clinica sul dolore cronico, in quanto consentono di accedere alle dimensioni soggettive, relazionali e socioculturali dell'esperienza di malattia, spesso non pienamente catturate dagli strumenti quantitativi tradizionali.

La narrazione, intesa come pratica di costruzione di senso e di rielaborazione dell'esperienza, è stata operazionalizzata attraverso diverse metodologie, tra cui interviste narrative in profondità, autobiografie e diari di malattia, pratiche di scrittura espressiva, *storytelling* facilitato, gruppi narrativi partecipativi e, più recentemente, analisi narrative digitali e computazionali. Tali strumenti consentono di esplorare come le persone con dolore cronico costruiscono la propria identità, negoziano il significato del dolore e sviluppano strategie di *coping* nel corso del tempo, offrendo informazioni cruciali per la personalizzazione degli interventi terapeutici (Lew & Xin, 2021).

Tra gli strumenti narrativi più consolidati, i *diari del dolore* rivestono un ruolo di rilievo. Nella loro forma tradizionale consentono al paziente di registrare quotidianamente l'esperienza dolorosa nel suo contesto situazionale, emotivo e relazionale, superando i limiti del *recall* retrospettivo tipici delle misurazioni puntuali (Letzen et al., 2022). A questo proposito, uno studio mixed-methods condotto su 72 pazienti con dolore cronico ha dimostrato che l'uso di diari del dolore per quattro settimane ha favorito una maggiore consapevolezza dell'esperienza dolorosa e una comunicazione più efficace con i medici, con ricadute positive sull'autogestione della malattia e sulla personalizzazione dei piani di trattamento. I dati qualitativi raccolti attraverso i diari hanno inoltre consentito di esplorare le fluttuazioni del dolore nel contesto quotidiano, confermando la superiorità di questo approccio rispetto alle misurazioni puntuali retrospettive (Lepthong et al., 2019; Tennen et al., 2006).

Metodologie più recenti, come *l'Ecological Momentary Assessment* (EMA), hanno esteso questo approccio mediante rilevazioni ripetute in tempo reale nella vita quotidiana, aprendo nuove possibilità per integrare dati narrativi e quantitativi nella valutazione del dolore cronico (May et al., 2018; Stone et al., 2021). Questa capacità di ancorare la narrazione al vissuto quotidiano rende i diari strumenti particolarmente adatti a popolazioni con dolore cronico, nelle quali la variabilità dell'esperienza dolorosa nel tempo costituisce una dimensione clinicamente rilevante.

Un ulteriore *framework* di riferimento per la comprensione degli strumenti narrativi nel dolore cronico è quello delle *Illness Narratives*, sviluppato a partire dal lavoro di Kleinman (1988) sugli *Explanatory Models* e successivamente sistematizzato da Hyden (1997), che ha proposto una tassonomia fondamentale distinguendo tra narrazioni sulla malattia, narrazioni come malattia e la malattia stessa come narrazione. Tale distinzione ha permesso di distinguere le funzioni epistemiche e cliniche dei vari registri narrativi. Ciò ha portato a un uso più consapevole e sistematico delle storie di malattia nella pratica clinica e nella ricerca qualitativa sul dolore cronico.

Allo stesso tempo, alcuni contributi nel campo delle *Medical Humanities* hanno messo in discussione l'assunto implicito secondo cui la forma narrativa coerente e trasformativa costituirebbe il registro privilegiato per comprendere e rappresentare la malattia. In questa direzione, il lavoro di Wasson (2018) sottolinea come il dolore cronico, per la sua resistenza alla cura e la sua natura persistente e non risolvibile, sfidi la struttura teleologica delle *Illness Narratives* (Kleinman, 1988), orientate verso la guarigione o la trasformazione, rendendo necessarie forme narrative alternative, capaci di restituire l'esperienza dolorosa senza costringerla entro schemi di risoluzione precostituiti.

In ambito interventistico, una *scoping review* sugli interventi di *storytelling* nelle patologie croniche ha evidenziato che la narrazione condivisa favorisce l'autogestione della malattia, il supporto tra pari e il senso di *agency* del paziente, configurandosi come una strategia educativa e terapeutica capace di integrare le dimensioni cognitive, emotive e sociali dell'esperienza di cura (Gucciardi et al., 2016). In questo quadro si inserisce anche la *Narrative Exposure Therapy* (NET), originariamente sviluppata per il trattamento del trauma (Schauer, Neuner & Elbert, 2011) e successivamente adattata a popolazioni con dolore cronico associato a esperienze traumatiche, come la fibromialgia e il dolore cronico pelvico. La NET mira a ridurre la frammentazione mnestica e la reattività emotiva al dolore attraverso una ricostruzione

narrativa coerente degli eventi traumatici che si verificano nel corso della vita del paziente. Secondo studi recenti, questo metodo può aiutare a ridurre sia i sintomi *post*-traumatici sia l'intensità del dolore percepito. Questo sottolinea il legame tra l'elaborazione narrativa del trauma e la regolazione del dolore persistente (Schauer, Neuner & Elbert, 2011; Lumley & Schubiner, 2019).

Un recente studio qualitativo ha utilizzato *framework* teorici sofisticati, come la socio-narratologia, per analizzare in modo sistematico le narrazioni dei pazienti e dei caregiver. Lo studio ha dimostrato come specifiche strutture narrative (come le narrazioni di traumi, di invalidazione o di resilienza) influenzano il modo in cui il dolore viene percepito, comunicato e gestito nelle famiglie e nelle condizioni cliniche. Le analisi delle narrazioni di adolescenti con cefalea cronica e delle loro madri, in particolare, hanno dimostrato che la co-costruzione narrativa nelle diadi familiari può influenzare le aspettative di cura, l'adesione alla terapia e la percezione di legittimità del dolore, sottolineando che il dolore è intrinsecamente relazionale. (Lund et al., 2024).

Negli ultimi anni, l'utilizzo di strumenti narrativi si è esteso anche agli ambienti digitali, dove le piattaforme sociali e i *forum online* rappresentano spazi privilegiati per la condivisione di esperienze dolorose e per l'emergere di bisogni non soddisfatti dai servizi sanitari tradizionali (Marini et al., 2025). A queste forme di narrazione spontanea si affiancano pratiche più strutturate di *digital storytelling*, che, attraverso la produzione di narrazioni multimediali (video, audio, testi digitali), favoriscono l'*advocacy* del paziente, il senso di identità e la comunicazione con i medici (Gubrium & Harper, 2013). Analisi qualitative di narrazioni *online* hanno mostrato come i pazienti utilizzino il linguaggio narrativo per articolare vissuti di stigma, frustrazione e speranza, contribuendo ad una comprensione più articolata delle dimensioni psicologiche e sociali del dolore cronico (Marini et al., 2025). Inoltre, studi internazionali basati sull'elaborazione automatica del linguaggio naturale hanno dimostrato la possibilità di tradurre le narrazioni *open-ended* dei pazienti in indicatori quantitativi correlati all'intensità del dolore, alla qualità della vita e agli esiti terapeutici, suggerendo nuove prospettive per l'integrazione dei dati narrativi nei sistemi di valutazione clinica e nella medicina di precisione (Norel et al., 2025; Lazaro & Moscardo, 2024).

Una frontiera emergente riguarda l'integrazione di elementi narrativi nei *Patient Reported Outcomes* (PROMs). Greenhalgh e collaboratori (2011) hanno sostenuto che i PROM

tradizionali potrebbero perdere informazioni clinicamente rilevanti come il contesto biografico, il significato attribuito ai sintomi e le priorità soggettive del paziente.

Nel contesto specifico della cefalea e di altre condizioni neurologiche croniche, la raccolta sistematica delle narrazioni dei pazienti ha permesso di cogliere dimensioni non riducibili agli indicatori clinici tradizionali, quali l'impatto identitario, le dinamiche relazionali, le aspettative di cura e le traiettorie di significato attribuite alla malattia (Hearn et al., 2022). Ricerche in ambito neurologico hanno inoltre evidenziato il potenziale delle storie di malattia nel migliorare la comunicazione clinica, la relazione terapeutica e la personalizzazione delle strategie di trattamento, sottolineando la rilevanza delle narrazioni come fonte di conoscenza clinica e come strumento di *empowerment* del paziente (Chesi e Tonini, 2018).

Nel loro insieme, questi contributi mostrano come gli strumenti narrativi non siano soltanto strumenti descrittivi, ma veri e propri interventi epistemici e clinici, capaci di facilitare processi di *meaning-making*, *empowerment* e coinvolgimento del paziente. Tali evidenze empiriche si inseriscono in una più ampia riflessione interdisciplinare che, a partire dagli anni Novanta, ha condotto alla progressiva formalizzazione della Medicina Narrativa come paradigma teorico e clinico collocato tra medicina, scienze umane e ricerca qualitativa. In questa prospettiva, la narrazione viene riconosciuta come strumento per raccogliere, interpretare e utilizzare informazioni clinicamente rilevanti che non possono essere pienamente colte attraverso i soli dati biomedici, contribuendo a ridefinire la relazione medico-paziente e a promuovere un modello di cura centrato sulla persona (Kleinmann, 1988; Charon, 2001, 2006).

3.2 Scrittura espressiva e processi di elaborazione

Tra gli strumenti narrativi nell'elaborazione e nella gestione del dolore cronico possiamo annoverare le terapie narrative e in particolare il metodo della scrittura espressiva (*Expressing Writing*, EW) basato sull'*emotional disclosure* (Pennebaker 2018; Mugerwa&Holden, 2012). Fin dalla metà degli anni ottanta questo metodo ha suscitato un crescente interesse nella psicologia della salute, clinica e sociale, per il suo potenziale nel migliorare la salute fisica, psicologica di individui che hanno vissuto eventi stressanti o traumatici (Pennebaker&Beall, 1986; Pennebaker, 1997; Pennebaker&Chung, 2007). Il metodo dell'EW è stato inizialmente proposto come trattamento alternativo a favore di coloro che si sono trovati a dover affrontare un trauma importante (Pennebaker&Beall, 1986), attraverso protocolli standardizzati di 3-5

sessioni di scrittura per 15-30 minuti al giorno, in cui il soggetto veniva invitato a descrivere, in modo libero e non censurato, i pensieri e le emozioni più profonde connesse all'evento traumatico, con l'obiettivo di costruire una narrazione coerente, ridurre i costi dell'inibizione emotiva e favorire una migliore regolazione emotiva e cognitiva (Pennebaker, 1997; Pennebaker&Chung, 2007).

Il modello dell'inibizione comportamentale ed emotiva costituisce la base teorica dell'EW: la soppressione o il silenzio forzato di contenuti traumatici comporta un carico di tensione che può avere conseguenze negative sulla salute psicofisica (Pennebaker & Beall, 1986). La scrittura espressiva consente un progressivo collegamento tra gli elementi cognitivi e affettivi dell'esperienza e una ristrutturazione narrativa dell'evento, fornendo uno spazio protetto e strutturato in cui tali contenuti possono essere messi in parola, superando barriere sociali o personali alla comunicazione verbale. Gli studi pionieristici condotti in contesti sperimentali controllati hanno mostrato che, pur talora generando un incremento transitorio dello *stress* immediatamente dopo le sessioni, l'EW si associa a riduzioni, a medio-lungo termine, di sintomi somatici, di visite mediche e di *distress* psicologico (Petrie et al., 1995; Richards et al., 2000; Baikie & Wilhelm, 2005; Frattaroli, 2006).

Le evidenze empiriche disponibili indicano benefici dell'EW sia sul versante della salute psicologica (riduzione dell'ansia, della depressione, dei sintomi post-traumatici, miglioramento del funzionamento sociale) sia su vari esiti fisici, in popolazioni cliniche e non cliniche (inter alia Petrie et al., 1995; Richards et al., 2000; Burton & King, 2008; Sloan & Marx, 2004). Studi condotti su pazienti affetti da patologie specifiche, come il carcinoma mammario, l'artrite reumatoide, l'asma o condizioni di dolore cronico, hanno documentato miglioramenti in termini di dolore riferito, sintomi depressivi e ansiosi, qualità del sonno e riduzione dell'utilizzo delle risorse sanitarie (Stanton et al., 2002; Zakowski et al., 2004; Frattaroli, 2006; Goodwin et al., 2013). Le meta-analisi su campioni di soggetti sani mostrano che la scrittura espressiva produce, in media, un effetto di entità piccola o moderata. Tuttavia, i risultati variano notevolmente da individuo a individuo, in funzione di diversi fattori, come i tratti di personalità, lo stile di *coping* e la severità sintomatologica di base (Baikie & Wilhelm, 2005; Frattaroli, 2006).

In questo quadro, la scrittura espressiva assume particolare rilevanza nei pazienti con cefalea primaria, tradizionalmente descritti come maggiormente inclini alla repressione o all'inibizione delle emozioni negative. Come già visto, studi sulle caratteristiche di personalità in soggetti

emicranici hanno evidenziato punteggi più elevati nelle dimensioni di nevroticismo e psicoticismo dell'*Eysenck Personality Questionnaire*, oltre a una maggiore presenza di sintomi ansiosi e depressivi e di compromissione del funzionamento sociale, suggerendo una vulnerabilità emotiva e psicosociale accentuata (Celentano et al., 1990; Cao et al., 2002). Un intervento basato sull'espressione scritta di pensieri ed emozioni legati al decorso della malattia, agli episodi di dolore acuto e alle loro conseguenze sulla vita quotidiana di questi soggetti potrebbe aiutare a ridurre l'inibizione emotiva e a migliorare la regolazione dello *stress*, con possibili effetti sulla percezione del dolore e sul vissuto di malattia.

Alla luce di quanto osservato, il riconoscimento del profilo psicologico internalizzante dei pazienti con cefalea primaria e la comprensione del suo ruolo nell'interazione con i meccanismi biologici aprono la strada a interventi psicologici mirati. In particolare, il metodo EW si configura come una strategia promettente nei percorsi di cura dei pazienti con cefalea primaria. Numerosi studi degli ultimi decenni hanno infatti dimostrato come la scrittura espressiva di eventi traumatici o altamente stressanti possa portare benefici sulle difficoltà psicologiche legate all'umore, contribuendo ad una riduzione dei sintomi depressivi e ansiosi (Gortner, Rude & Pennebaker, 2006; Niles et al., 2014; Kupeli et al., 2019). Considerando la presenza, nei pazienti con cefalea primaria, di una marcata tendenza alla ruminazione, alla repressione emotiva e alla catastrofizzazione del dolore, l'applicazione dell'EW potrebbe favorire l'elaborazione dei vissuti legati alla malattia e alle sue implicazioni relazionali, modulare i processi cognitivi disfunzionali e sostenere lo sviluppo di strategie di regolazione emotiva più adattive. In questa prospettiva, tale approccio potrebbe contribuire al miglioramento del benessere psicologico complessivo e, indirettamente, a una riduzione del *burden* soggettivo associato alla cefalea primaria.

La letteratura più recente ha iniziato a esplorare sistematicamente l'applicazione dell'EW in soggetti con cefalea primaria, in particolare emicrania e cefalea di tipo tensivo, spesso in campioni di giovani adulti o di studenti universitari. In uno studio che ha confrontato rilassamento, *written emotional disclosure* e scrittura neutra in soggetti con emicrania o cefalea di tipo tensivo, entrambe le condizioni attive (rilassamento ed EW) hanno prodotto miglioramenti nel funzionamento e nella percezione del dolore rispetto al controllo, sebbene i benefici fossero più stabili e consistenti per il rilassamento, indicando che la scrittura da sola non sostituisce interventi strutturati di gestione del dolore ma può integrare come strumento di elaborazione emotiva (Smyth et al., 2008). Un altro studio su giovani adulti con cefalea primaria

ha evidenziato che l'efficacia della *disclosure* scritta è modulata da variabili quali le capacità di *coping* emotivo e l'autoefficacia nella gestione della cefalea. Nello specifico, è stato dimostrato che i partecipanti con strategie di *coping* più attive e un maggiore senso di controllo sulla cefalea trassero maggiori benefici in termini di riduzione dei sintomi e del *distress* rispetto a coloro con uno stile di *coping* più evitante (Gillis et al., 2006). Questi risultati sono coerenti con le meta-analisi che suggeriscono che l'EW sia particolarmente utile per individui con elevata alexitimia (costrutto psicologico che indica una difficoltà nel riconoscere, comprendere e descrivere le proprie emozioni), tendenza alla dissociazione o livelli iniziali più elevati di sintomi psicologici, per i quali la scrittura rappresenta un canale privilegiato di espressione e simbolizzazione di contenuti emotivi difficilmente verbalizzabili (Baikie & Wilhelm, 2005; Frattaroli, 2006).

Ulteriori indicazioni provengono da studi condotti in contesti ad altissimo carico di *stress*, come quelli condotti sugli operatori sanitari durante la pandemia da COVID-19. In un *trial* clinico randomizzato su professionisti sanitari italiani, poche sessioni di EW, confrontate con scrittura neutra, hanno prodotto riduzioni significative dei sintomi post-traumatici, depressivi e del *distress* globale, con *pattern* di risposta differenziati in funzione di età, genere, stato civile e livello iniziale di sintomi, e con miglioramenti specifici della percezione di supporto sociale e resilienza (Procaccia et al., 2023). Tali risultati confermano il ruolo potenziale dell'EW come spazio di “decompressione” emotiva e potenziamento delle risorse di *coping* in situazioni di *stress* cronico, dimensione che si sovrappone al vissuto di molti pazienti con cefalea cronica, inclusa la cefalea da uso eccessivo di farmaci (*Medication Overuse Headache*, MOH), spesso caratterizzati da alti livelli di *distress*, stigma percepito e impatto sul funzionamento lavorativo e familiare (Grazzi et al., 2020; Scaratti et al., 2018).

Le evidenze attuali suggeriscono che la scrittura espressiva non può essere considerata un sostituto affidabile dei trattamenti farmacologici e psicologici per ridurre la frequenza e l'intensità degli attacchi di cefalea primaria. Invece, è considerato un intervento complementare che potrebbe risultare vantaggioso in alcuni sottogruppi di pazienti (Frattaroli, 2006; Smyth et al., 2008; Procaccia et al., 2023). Soprattutto nei quadri di emicrania cronica e MOH, l'EW sembra promettente per i pazienti con elevato carico di stress, tendenza alla repressione emotiva, comorbidità ansioso-depressive o un significativo impatto psicosociale della cefalea. Per migliorare il benessere psicologico, la gestione del dolore e la qualità della vita, integrare la scrittura espressiva nei percorsi di cura centrati sulla persona può aiutare a scoprire e

rielaborare i significati soggettivi associati alla cefalea, a ridurre la vergogna e lo stigma, a sostenere la creazione di narrazioni identitarie meno centrate sulla malattia e, di conseguenza, a migliorare la qualità della vita.

3.3 La narrazione nella relazione di cura: prospettive di Medicina Narrativa

Negli ultimi decenni, la riflessione sul ruolo centrale della narrazione in ambito medico ha progressivamente evidenziato che il racconto dell'esperienza di malattia costituisce una dimensione centrale della relazione di cura. Le narrazioni rappresentano infatti una delle principali strutture attraverso cui l'esperienza clinica viene organizzata, interpretata e comunicata. Come evidenziato nella *Conferenza di Consenso "Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative"* (2015), il racconto non rappresenta soltanto una forma di comunicazione soggettiva dell'esperienza di malattia, ma costituisce una vera e propria struttura cognitiva e relazionale che consente di collegare eventi, sintomi e significati all'interno della storia di vita della persona (Giarella, Marisco & Truscio, 2015). Attraverso la narrazione, il paziente ordina temporalmente i sintomi, li collega a eventi della sua storia personale e attribuisce significato alle trasformazioni che la malattia introduce nella sua vita quotidiana. Inoltre, il clinico può ottenere informazioni che vanno oltre la semplice descrizione fisiopatologica della malattia, comprendendo come la malattia viene vissuta, interpretata e integrata nelle loro vite familiari, sociali e lavorative.

In questo contesto, la consultazione clinica può essere interpretata come uno spazio di incontro tra diverse narrazioni e sistemi di significato: quello del paziente, che esprime il vissuto soggettivo della malattia, quello del professionista sanitario, radicato nei modelli interpretativi della medicina biomedica, e quello dei contesti sociali e culturali in cui l'esperienza di malattia prende forma. La relazione di cura si configura quindi come un processo di co-costruzione narrativa, in cui paziente e clinico contribuiscono insieme alla definizione della storia di malattia e alla costruzione di significati condivisi utili a orientare il percorso terapeutico (Giarella, Marisco & Truscio, 2015).

In questo contesto, l'ascolto delle storie dei pazienti non rappresenta soltanto un elemento di umanizzazione della medicina, ma anche una componente epistemologica e metodologica della pratica clinica contemporanea. La narrazione permette infatti di integrare la dimensione

biologica della patologia con quella soggettiva dell'esperienza vissuta, rendendo visibili aspetti spesso difficili da rilevare con strumenti diagnostici tradizionali, quali le rappresentazioni della malattia, le aspettative rispetto alle cure, l'impatto della patologia sulla vita quotidiana e i significati attribuiti al processo di cura (Charon, 2006; Giarella, Marisco & Truscio, 2015).

Alla luce di queste considerazioni, la crescente attenzione al ruolo delle narrazioni nella pratica clinica ha condotto, negli ultimi decenni, alla progressiva formalizzazione della Medicina Narrativa come specifico paradigma teorico e metodologico applicato alla pratica clinico-assistenziale, collocato all'incrocio tra medicina, scienze umane e ricerca qualitativa (Kleinman, 1988; Charon, 2001, 2006; Covelli, 2021). A partire dalla fine degli anni '80 e dai primi anni '90, nel solco della tradizione "*literature and medicine*", si è andata consolidando l'idea che la sola descrizione biomedica della malattia (*disease*) risulti insufficiente a cogliere la complessità dell'esperienza vissuta di malattia (*illness*) e delle sue implicazioni socio-culturali e istituzionali (*sickness*), richiedendo dispositivi concettuali e metodologici in grado di integrare tali livelli all'interno dei percorsi di cura (Kleinman, 1988; Charon, 2001, 2006). In questo contesto, la Medicina Narrativa si presenta come un approccio che utilizza la narrazione della malattia come strumento epistemologico e clinico privilegiato per accedere ai significati che il soggetto attribuisce all'evento morboso, comprendere le traiettorie biografiche in cui la malattia si iscrive e guidare decisioni diagnostico-terapeutiche più in linea con i bisogni, i valori e le condizioni di vita della persona (Charon, 2001, 2006).

Rita Charon ha contribuito in modo significativo alla sistematizzazione teorica e pratica di questo paradigma. Internista e studiosa di letteratura alla *Columbia University*, definisce la Medicina Narrativa come una forma di pratica medica "dotata di competenza narrativa", la capacità del clinico di riconoscere, assorbire, interpretare e restituire le storie di malattia dei pazienti, utilizzando strumenti analitici che derivano dalla critica letteraria (attenzione alla trama, alla voce narrante, alla struttura temporale, alle metafore, al contesto relazionale) per affinare i processi di presa di decisione, di comunicazione e di costruzione dell'alleanza terapeutica (Charon, 2001, 2006).

In questa prospettiva, la narrazione non è considerata un'aggiunta decorativa all'anamnesi tradizionale; piuttosto, è considerata un mezzo cognitivo e relazionale che consente di collegare il registro oggettivo dei dati clinici ai vissuti, alle rappresentazioni e alle aspettative soggettive. Questo trasforma la relazione tra il medico e il paziente da una mera transazione tecnico-

prestazionale a uno spazio in cui le persone costruiscono insieme il significato. (Charon, 2001, 2006).

All'interno di modelli interpretativi, come quelli proposti da Kleinman, l'approccio della medicina narrativa si rivela particolarmente utile. Questi modelli distinguono analiticamente tra *disease*, *illness* e *sickness*, e riconoscono che ciascun caso clinico è contemporaneamente un evento biologico, un'esperienza fenomenologica e una costruzione sociale (Kleinman, 1988). In tale cornice, la narrazione si configura come il luogo in cui queste dimensioni si articolano e diventano accessibili all'ascolto clinico. Attraverso la narrazione, il soggetto ordina temporalmente i sintomi, li collega a eventi della vita, li iscrive in una trama identitaria e li colloca in contesti familiari, lavorativi e culturali specifici.

Parallelamente, il patrimonio teorico elaborato da autori come Arthur Frank (1995) ha mostrato come le *Illness Narratives* possano essere descritte secondo differenti "forme" (*restitution*, *chaos*, *quest narratives*), che indicano diverse modalità di posizionamento del soggetto nei confronti della malattia e non si limitano a rappresentare meri stili narrativi. Per il clinico dotato di competenza narrativa, leggere queste forme e configurazioni diventa parte integrante del ragionamento diagnostico e terapeutico, poiché consente di identificare nodi di vulnerabilità, risorse, livelli di *agency* e ostacoli potenziali all'adesione ai trattamenti (Frank, 1995; Wheeler, 2008).

Nel quadro della presente tesi, tale paradigma viene ulteriormente esteso e declinato in chiave sistemica. L'analisi non si limita alla dimensione intrapsichica del paziente individuale, ma assume esplicitamente il contesto familiare, sociale e organizzativo come parte costitutiva dell'evento-malattia, collocando la narrazione all'intersezione tra soggettività e sistema di cura. La Medicina Narrativa si configura quindi anche come metodologia strutturata per la raccolta, l'analisi e l'utilizzo delle narrazioni nei processi decisionali clinici e organizzativi (Charon, 2006; Covelli, 2021; Cercato, 2018; Banfi et al., 2018).

Venusia Covelli (2021) considera la Medicina Narrativa una risorsa strategica per il sistema sanitario attuale, sottolineando gli "elementi essenziali" di un approccio integrato alla cura. I suoi contributi si collocano proprio su questo piano sistemico. Covelli (2021) sottolinea la necessità di sviluppare, tra i professionisti sanitari, competenze narrative specifiche. Suggerisce quanto sia importante incorporare in modo strutturato dispositivi narrativi (colloqui, interviste, scritture guidate, raccolta sistematica di *Illness Narratives*) nei percorsi diagnostico-terapeutici e utilizzare i risultati dell'analisi narrativa non solo a livello micro (nella relazione medico-

paziente), ma anche a livello meso e macro, così da orientare l'organizzazione dei servizi, migliorare la continuità assistenziale e favorire una reale integrazione tra la dimensione tecnica e quella esperienziale della cura. Questa prospettiva propone la Medicina Narrativa come mezzo per rendere il sistema sanitario più capace di accogliere la complessità delle storie di malattia, di riconoscere il ruolo dei contesti familiari e sociali e di tradurre tali conoscenze in politiche e pratiche assistenziali più centrate sulla persona (Covelli, 2021).

Negli ultimi anni, la letteratura scientifica ha iniziato a sostenere l'approccio della Medicina Narrativa. Nel lavoro di Irene Palla, Giuseppe Turchetti e Stefano Polvani (2024) è stata esaminata la letteratura scientifica sulla Medicina Narrativa dal 1998 al 2022. Sono stati identificati oltre ottocento contributi ed esaminati settantasei studi. Gli studi selezionati sono stati suddivisi in tre aree di sviluppo del paradigma. La prima area riguarda il contributo teorico alla definizione concettuale della Medicina Narrativa; la seconda, le ricerche applicative sulla pratica clinica; la terza, le ricerche incentrate sull'uso dell'approccio narrativo nella formazione dei professionisti sanitari. Nel loro lavoro, gli autori sottolineano come la Medicina Narrativa si stia gradualmente consolidando come metodologia integrativa. Questo perché la Medicina Narrativa, diversamente dalla medicina basata sulle evidenze, è in grado di offrire una comprensione più profonda dell'esperienza di malattia del paziente, di favorire una migliore comunicazione tra pazienti e operatori sanitari e di promuovere percorsi di cura *patient-centered*. La revisione evidenzia che le pratiche narrative sono ormai utilizzate in diversi contesti clinici (come l'oncologia, le malattie croniche e la neurologia) e sottolinea il loro potenziale nel rafforzare il paziente, migliorare l'aderenza ai trattamenti e sostenere la riflessività dei professionisti sanitari. Per questo motivo, si sostiene la necessità di creare strumenti metodologici e di valutazione condivisi, in grado di misurare in modo sistematico l'influenza della Medicina Narrativa sugli esiti clinici, sull'organizzazione dei servizi e sulla qualità delle relazioni di cura (Palla, Turchetti & Polvani, 2024).

Nel campo delle cefalee primarie, in particolare dell'emicrania, negli ultimi anni si è registrato un notevole progresso nell'applicazione di tali premesse teoriche, soprattutto in Italia. È stato infatti dimostrato, da studi qualitativi e narrativi condotti su pazienti con cefalea primaria e cefalea da uso eccessivo di farmaci (Medication Overuse Headache, MOH), come le narrazioni possano far emergere l'impatto della malattia sulle traiettorie biografiche, sui ruoli e sulle relazioni familiari, sui progetti familiari e lavorativi. Grazzi, Covelli & Memini (2020) hanno condotto uno studio narrativo su campioni di bambini e adolescenti con cefalea primaria,

offrendo un contributo significativo in questa direzione. Lo studio ha esaminato nel dettaglio l'esperienza soggettiva della cefalea primaria in età evolutiva. Attraverso l'analisi delle narrazioni raccolte, gli autori hanno dimostrato come il racconto della malattia possa cogliere aspetti spesso invisibili, ricorrendo esclusivamente a strumenti quantitativi. Questi aspetti includono il modo in cui i giovani pazienti percepiscono l'imprevedibilità degli attacchi, le tattiche di adattamento quotidiane e il ruolo dei contesti familiari e scolastici. In particolare, l'elaborazione di una prima narrazione composita ha permesso di restituire, in modo sintetico e integrato, gli elementi ricorrenti dell'esperienza emicranica pediatrica, fornendo uno strumento interpretativo utile sia alla ricerca sia alla pratica clinica (Grazzi, Covelli & Memini, 2020).

La Medicina Narrativa può utilizzare una varietà di strumenti, come interviste narrative, diari autobiografici, cartelle parallele e strumenti digitali progettati per promuovere la condivisione dell'esperienza soggettiva tra paziente e clinico. Gli strumenti come questi consentono di chiarire i significati attribuiti alla malattia, di esaminare le traiettorie biografiche in cui si iscrive e di creare materiali narrativi analizzabili a fini clinici e di ricerca. In questo contesto, anche i cambiamenti nella digitalizzazione dei sistemi sanitari stanno contribuendo a ridefinire il modo in cui le storie di malattia vengono raccolte e condivise (Giarella, Marisco & Truscio, 2015; Covelli, 2021). Il volume Autodeterminazione, cura e ricerca nell'era digitale sottolinea come le tecnologie digitali possano aumentare la partecipazione del paziente alla costruzione del sapere clinico, ampliare le possibilità di espressione dell'esperienza soggettiva e rafforzare i processi di autodeterminazione e di coinvolgimento del paziente nei percorsi di cura (Covelli & Polvani, 2026).

In questo quadro metodologico rientra la scheda narrativa. Nasce come uno strumento progettato per facilitare la raccolta sistematica delle storie di malattia dei pazienti nella pratica clinica. Gli operatori sanitari possono utilizzare la scheda narrativa per integrare i dati oggettivi con il vissuto soggettivo del paziente, migliorando la diagnosi e personalizzando il percorso di cura, in direzione di una migliore alleanza medico-paziente. La sua struttura può includere parole chiave, spazi di scrittura aperti o domande-stimolo che invitano il paziente a riflettere su questioni quali la propria percezione della malattia, il percorso diagnostico, l'impatto della malattia sulla vita quotidiana e il ruolo del contesto familiare e sociale (Covelli, 2021).

Da questo punto di vista, i dispositivi narrativi sono più di una semplice raccolta di testimonianze; sono invece veri e propri strumenti di conoscenza e comunicazione che aiutano a creare una storia condivisa della malattia e a definire percorsi di cura più centrati sulla

persona. La scrittura espressiva, è una pratica che può contribuire all'emergere delle dimensioni soggettive dell'esperienza di malattia. Questo tipo di scrittura è inizialmente sviluppato come mezzo psicologico per gestire le emozioni e rielaborare le esperienze stressanti, ma oggi può essere considerato anche un mezzo narrativo in grado di produrre testi ricchi di informazioni sul vissuto dei pazienti. In effetti, le narrazioni scritte attraverso la scrittura espressiva consentono di osservare come l'individuo organizza e interpreta la propria esperienza di malattia, fornendo al clinico e ai ricercatori materiali utili per comprendere i significati attribuiti alla malattia e il modo in cui essa si integra nelle storie di vita dell'individuo. Pertanto, la scrittura espressiva può essere letta non solo come mezzo di intervento individuale, ma anche come strumento per raccogliere le storie di persone che soffrono di malattia. Insieme ad altri strumenti creati per la medicina narrativa, come la scheda narrativa, che consente di guidare e strutturare il processo di emersione delle storie della malattia attraverso stimoli e aree tematiche specifiche, la scheda narrativa può anche essere utilizzata per raccogliere tali storie (Pennebaker & Smith, 2016).

PARTE 2

CAPITOLO 4

OBIETTIVI E METODOLOGIA DELLA RICERCA

4.1 Razionale teorico e stato dell'arte

La letteratura sulla cefalea primaria in età adulta presenta ancora lacune significative nella comprensione dei processi psicosociali attraverso cui l'esperienza del dolore viene elaborata e integrata nella storia di vita dei pazienti. In particolare, risulta ancora limitata l'attenzione alla dimensione narrativa come spazio di regolazione emotiva e di costruzione del significato dell'esperienza di malattia, nonostante tali processi siano centrali nella gestione della cronicità (Raggi et al., 2012).

All'interno di questo quadro, la scrittura espressiva è stata ampiamente studiata come strumento per facilitare l'elaborazione emotiva e la rielaborazione cognitiva di esperienze stressanti (Pennebaker e Beall 1986; Frattaraoli, 2006). Le evidenze disponibili suggeriscono che essa possa favorire processi di regolazione emotiva, con ricadute sul benessere psicologico dei pazienti e, in alcuni casi, anche sulla percezione della sintomatologia fisica (Smyth, 1998; Baikie & Wilhelm, 2005). Tuttavia, tali studi hanno raramente coinvolto in modo specifico pazienti adulti con cefalea primaria, concentrandosi prevalentemente su popolazioni eterogenee o su condizioni di dolore cronico non specifico. Inoltre, le ricerche condotte in ambito cefalogico si sono spesso focalizzate su contesti non clinici o su campioni non rappresentativi, esplorando la scrittura espressiva come tecnica isolata e non come parte di un più ampio processo di rielaborazione dell'esperienza di malattia (Zachariae & O'Toole, 2015; Mohamed et al., 2023). Ciò limita la possibilità di comprendere in che modo la narrazione possa contribuire non solo alla riduzione del *distress*, ma anche alla costruzione di significato e all'adattamento psicosociale (Park & George, 2016; Pennebaker & Chung, 2011).

Parallelamente la Medicina Narrativa si è affermata come prospettiva capace di valorizzare la dimensione soggettiva e relazionale dell'esperienza di malattia, promuovendo una presa in carico centrata sulla storia del paziente (Charon, 2008). In ambito cefalogico, essa consente di esplorare in profondità come il dolore venga vissuto, interpretato e comunicato, contribuendo

a integrare la prospettiva biomedica con una comprensione più ampia dei processi identitari e relazionali coinvolti (Tonini et al., 2021; Grazzi, Covelli, Memini, 2020).

Nello specifico, manca una riflessione teorica che colleghi esplicitamente la scrittura espressiva ai processi di regolazione emotiva e di *meaning-making*, e che ne collochi l'utilizzo all'interno di una cornice relazionale coerente con i principi della Medicina Narrativa (Pennebaker e Chung, 2011).

Alla luce di tali considerazioni, nasce l'idea del presente progetto di ricerca, che si propone di esplorare l'integrazione tra scrittura espressiva e Medicina Narrativa non come combinazione di tecniche terapeutiche, bensì come articolazione di due livelli complementari: uno intrapsichico e uno psicosociale/relazionale. Da un lato, la scrittura espressiva (livello intrapsichico) è concepita come un dispositivo strutturato che facilita la rielaborazione emotiva e cognitiva dell'esperienza dolorosa. D'altra parte, la medicina narrativa (livello psicosociale/relazionale) offre una base epistemica e relazionale che consente di comprendere e valorizzare le storie dei pazienti nel processo di cura (Charon, 2008).

In questa prospettiva, l'integrazione tra i due approcci consente di leggere la narrazione non solo come espressione individuale del soggetto, ma anche come processo psicosociale attraverso cui l'esperienza di malattia viene gradualmente organizzata, comunicata e integrata nel *continuum* della storia di vita del soggetto. Ciò consentirebbe di colmare una duplice lacuna: da un lato, la scarsa attenzione ai processi narrativi nella comprensione della cefalea; dall'altro, l'assenza di modelli che colleghino in modo esplicito la regolazione emotiva, la narrazione e l'adattamento psicosociale del soggetto.

Oltre all'impatto sulla qualità della vita e sul funzionamento quotidiano, la letteratura ha ampiamente documentato come la cefalea primaria incida in modo significativo sulla dimensione relazionale e sociale dell'individuo, compromettendo lo svolgimento delle attività domestiche, limitando la partecipazione ad attività sociali ed influenzando negativamente le relazioni interpersonali, incluse quelle familiari, di coppia e amicali (Lipton et al., 2003; Buse et al., 2016; Lipton et al., 2017).

Alcuni studi hanno evidenziato anche come la cefalea primaria possa interferire con le dinamiche familiari, incidendo sui ruoli, sulla qualità delle relazioni e sulla percezione del supporto da parte dei familiari, sebbene tale dimensione non sia stata approfondita in modo

sistematico come oggetto primario di indagine (Steiner et al. 2014; Lipton 2003; Leonardi & Raggi, 2019).

In linea con tali evidenze, una recente revisione sistematica di studi qualitativi ha messo in luce come le difficoltà nelle relazioni familiari e sociali rappresentino una componente ricorrente dell'esperienza soggettiva del vivere con la cefalea primaria, evidenziando il peso dei ruoli familiari, del supporto percepito e dei conflitti legati alla gestione della malattia (Battista et al., 2023). Tuttavia, per quanto ci è dato sapere, ad oggi mancano studi a livello nazionale sull'impatto della cefalea sulle relazioni familiari.

Tra le cefalee primarie più diffuse troviamo la cefalea di tipo tensivo (TTH), con una prevalenza generale stimata intorno al 40%, e l'emicrania, con una prevalenza principale di circa il 10%, ma con un grado di disabilità maggiore rispetto alla TTH.

La gestione del dolore costituisce l'obiettivo primario nel trattamento delle cefalee. Evidenze recenti hanno sottolineato l'efficacia delle strategie non farmacologiche, particolarmente rilevanti nella gestione del dolore cronico, come l'uso di nutraceutici, le tecniche di neuromodulazione, la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), la mindfulness, la terapia dell'accettazione e dell'impegno (ACT) e le tecniche di rilassamento (biofeedback), che costituiscono approcci complementari e promettenti.

Inoltre, i risultati della ricerca hanno sottolineato il ruolo fondamentale della regolazione emotiva nella percezione e nel controllo del dolore nei pazienti con cefalea primaria. Le difficoltà nella gestione delle emozioni negative possono aumentare la gravità del dolore, la frequenza degli attacchi e l'impatto negativo sulla qualità della vita. La catastrofizzazione del dolore, caratterizzata da ruminazione, amplificazione della minaccia associata al dolore e sentimenti di impotenza, emerge come uno dei fattori psicologici più rilevanti in questo contesto. Alti livelli di catastrofizzazione sono associati a una maggiore intensità del dolore, a disabilità e a una scarsa risposta ai trattamenti (Kim et al., 2021; Yuan et al., 2024).

Inoltre, molti pazienti con cefalea primaria presentano tratti di personalità contraddistinti da elevato nevroticismo, sensibilità allo *stress* e difficoltà nella regolazione delle emozioni, fattori che influenzano la loro vulnerabilità al dolore (Bottiroli et al., 2023). Una recente revisione della letteratura ha esaminato gli interventi non farmacologici orientati alla gestione delle emozioni in questa popolazione, evidenziando l'efficacia di tecniche quali il rilassamento, la

meditazione e gli interventi basati sull'espressione emotiva scritta nel ridurre l'intensità e la frequenza degli attacchi e nel promuovere il benessere psicologico (Licina et al., 2023).

La scrittura espressiva (*Expressive Writing*, EW), sviluppata negli anni '80 da James W. Pennebaker e basata sulla scrittura emotiva, è tra le metodologie più studiate ed ha mostrato benefici psicologici e fisici in diversi contesti clinici. L'EW, che prevede la narrazione scritta di esperienze emotivamente significative in più sessioni, promuove i processi di regolazione emotiva e di riduzione dello *stress* e sostiene i processi di elaborazione cognitiva (Pennebaker, 1997; Pennebaker e Chung, 2011).

Nonostante i suoi benefici in molteplici contesti clinici, l'impiego della scrittura espressiva nei pazienti con cefalea primaria è ancora poco indagato. Ad oggi, non sono disponibili studi condotti su campioni clinici di adulti; l'unica evidenza riguarda giovani adulti, nello specifico studenti universitari con emicrania o cefalea di tipo tensivo, nei quali non sono stati riscontrati effetti significativi dell'intervento (D'Souza, Lumley & Kraft, 2008).

Nello studio di D'Souza e collaboratori (2008), la procedura di scrittura espressiva è stata confrontata con un *training* di rilassamento progressivo in un campione di studenti universitari affetti da emicrania o cefalea di tipo tensivo. Gli esiti considerati includevano, da un lato, variabili relative all'elaborazione emotiva (quali l'espressione e il processamento delle emozioni associate all'esperienza di dolore) e, dall'altro, indicatori clinici della cefalea, tra cui la frequenza e l'intensità degli episodi dolorosi, rilevati tramite diari giornalieri, nonché misure del grado di disabilità e dell'impatto del dolore sulla vita quotidiana. I risultati dello studio, non hanno evidenziato effetti significativi della scrittura espressiva rispetto alla condizione di controllo (D'Souza, Lumley & Kraft, 2008).

Il presente studio si propone invece di ampliare tale prospettiva, includendo *endpoint* più complessi e clinicamente rilevanti, quali la disabilità e il deterioramento del funzionamento cognitivo, correlati alla cefalea, in pazienti adulti con cefalea primaria.

4.2 Obiettivi e ipotesi

Alla luce di tali premesse, i **due obiettivi primari** dello studio seguono due traiettorie: la prima riguarda una ***dimensione intrapsichica***, mentre la seconda traiettoria riguarda ***una dimensione psicosociale***. Relativamente alla dimensione intrapsichica, l'obiettivo era 1) **valutare se la**

partecipazione a un protocollo di scrittura espressiva (*Expressive Writing*, EW) fosse associata a cambiamenti nei processi emotivi e cognitivi e nella qualità della vita correlata alla cefalea, in pazienti adulti con cefalea primaria, rispetto a una condizione di scrittura neutra (*Neutral Writing*, NW). Relativamente alla dimensione psicosociale, l'obiettivo era 2) **approfondire l'impatto della cefalea sulla vita sociale e sulle relazioni familiari dei pazienti**, esplorando, attraverso le narrazioni prodotte, il modo in cui l'esperienza del dolore viene interpretata, raccontata e progressivamente rielaborata.

Accanto a tali obiettivi, lo studio persegue **un obiettivo secondario di natura esplorativa**, volto a valutare il possibile contributo della **Medicina Narrativa** alla presa in carico della cefalea primaria. In particolare, le narrazioni raccolte vengono considerate non solo come materiale di analisi qualitativa, ma anche come fonte di conoscenza per il clinico, utile a comprendere le dimensioni emotive, cognitive e relazionali che caratterizzano l'esperienza della malattia. In questa prospettiva, sulla base dei risultati quantitativi e qualitativi emersi, verrà proposta **una scheda narrativa**, finalizzata a supportare la raccolta strutturata delle narrazioni dei pazienti nella pratica clinica. La scheda narrativa non intende essere uno strumento validato. Piuttosto rappresenta **una proposta applicativa derivata dai risultati dello studio**, orientata a favorire l'integrazione della dimensione narrativa nella relazione di cura.

In linea con gli obiettivi primari e secondari dello studio, le ipotesi si articolano su due livelli: intrapsichico e psicosociale/relazionale. Si è ipotizzato che, coloro che prenderanno parte alla condizione di scrittura espressiva (EW) mostrino effetti positivi sia sul piano clinico sia su quello psicologico ed emotivo, rispetto ai partecipanti assegnati alla condizione di scrittura neutra (NW).

Livello intrapsichico

Si prevede che i partecipanti nella condizione EW, tra t_0 e t_1 , mostrino:

1. una riduzione significativa dei sintomi fisici correlati alla cefalea tra t_0 e t_1 (frequenza, intensità e grado di disabilità), accompagnata da un miglioramento complessivo della qualità della vita correlata alla cefalea;
2. una diminuzione del disagio psicologico (ansia, stress e depressione), con un effetto particolarmente marcato sui sintomi depressivi;

3. un miglioramento delle strategie di regolazione emotiva, caratterizzato da un incremento della rivalutazione cognitiva e una riduzione della soppressione espressiva;
4. una riduzione dei livelli di catastrofizzazione del dolore, in particolare nelle dimensioni di impotenza, ruminazione ed amplificazione della minaccia associata al dolore.

Livello psicosociale/relazionale e applicativo

Attraverso l'analisi qualitativa delle narrazioni prodotte dai pazienti, ci si propone di:

1. approfondire in che modo la cefalea influenzi la vita sociale e le relazioni familiari (genitori/figli/partner);
2. esplorare i processi di significazione e rielaborazione dell'esperienza del dolore;
3. integrare tali evidenze con i dati clinici e self-report, al fine di fornire indicazioni utili per migliorare la presa in carico clinica nell'ottica della Medicina Narrativa.

4.3 Disegno di ricerca

Lo studio, *cross-sectional* interventistico non farmacologico, ha utilizzato una metodologia di indagine mista (*mixed method*) quantitativa e qualitativa (Tashakkori&Creswell, 2007; Anguera, 2020; Guetterman et al., 2015). Un approccio di ricerca misto consente, da un lato, di comprendere quantitativamente l'impatto della condizione sperimentale sulle misure di outcome e dall'altro di raccogliere e analizzare il vissuto di questi pazienti attraverso l'uso di uno stimolo narrativo.

I partecipanti sono stati assegnati alle condizioni sperimentali mediante una procedura pragmatica, non randomizzata. In una prima fase, l'allocazione avveniva in modo sequenziale, seguendo l'ordine di arruolamento dei pazienti nelle diverse condizioni di studio. Con il procedere del reclutamento, l'allocazione ai gruppi è stata progressivamente adattata per ridurre i disequilibri emergenti tra le condizioni in alcune caratteristiche cliniche e sociodemografiche rilevanti.

In ragione di tale procedura, il presente lavoro va pertanto considerato uno studio controllato di tipo quasi-sperimentale e non un *trial* randomizzato controllato.

4.4 Partecipanti

Sono stati arruolati pazienti adulti con cefalea primaria che si presentavano alle visite di controllo *routinarie* presso il Centro Cefalee dell'Istituto Neurologico "Carlo Besta" di Milano.

I **criteri di inclusione** prevedevano: età pari o superiore a 18 anni, diagnosi di emicrania (episodica o cronica) senza aura o di cefalea di tipo tensivo (episodica o cronica). Rispetto alla tipologia di diagnosi inclusa nel presente studio di ricerca, non è stato definito un criterio di selezione basato su una specifica tipologia di cefalea, poiché il campione è stato definito secondo una logica di reclutamento naturalistico, coerente con la pratica clinica della struttura alla quale afferiscono i pazienti con diverse forme di cefalea primaria. Tale scelta metodologica consente di aumentare la validità ecologica dello studio e di cogliere la complessità e l'eterogeneità dell'esperienza del dolore nella popolazione clinica reale. La diagnosi di cefalea primaria è stata formulata dal neurologo principale investigatore (Dott.ssa Licia Grazzi, neurologa dell'U.O.C. Neurologia 3 – Neuroalgologia dell'Istituto Neurologico "Carlo Besta" di Milano) secondo i criteri dell'ICHD-3.

I **criteri di esclusione** comprendevano: impossibilità a fornire il consenso informato o insufficiente comprensione della lingua italiana; presenza, nella storia clinica recente, di disturbi psichiatrici dello spettro psicotico; precedente partecipazione a protocolli di ricerca volti a valutare l'efficacia di altre terapie o interventi non farmacologici.

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico dell'Istituto Neurologico "Carlo Besta" di Milano (numero di approvazione 15/2023) ed è stato condotto in conformità con la Dichiarazione di Helsinki (1983). Tutti i partecipanti sono stati reclutati tra il mese di luglio 2023 ed il mese di luglio 2024, fornendo il consenso informato scritto prima della somministrazione del protocollo di ricerca.

4.5 Procedura

Per il reclutamento dei partecipanti, lo studio ha previsto la collaborazione della Fondazione IRCSS Istituto Neurologico "Carlo Besta" di Milano, nell'ambito di un accordo formale stipulato con l'Università e-Campus (sede di Novedrate). In relazione ai criteri di inclusione/esclusione, i pazienti sono stati selezionati dalla Dottorssa Licia Grazzi (Sperimentatore Principale) durante la visita ambulatoriale *routinaria* e, in seguito, arruolati

dalla Dott.ssa Alessandra Marelli (Co-Sperimentatore), che li ha ricevuti in uno studio adiacente a quello del neurologo.

Lo psicologo (AM) ha informato i pazienti sugli obiettivi dello studio, ha ottenuto il consenso informato scritto e ha fornito le informazioni necessarie per la partecipazione allo studio. Ai pazienti veniva comunicato unicamente che sarebbe stato richiesto loro di completare un protocollo composto da diversi questionari di autovalutazione e da un esercizio di scrittura incentrato su diverse esperienze della vita quotidiana. I partecipanti hanno anche ricevuto istruzioni dettagliate sulle condizioni standardizzate di somministrazione, definite come un insieme di indicazioni uniformi riguardanti tempi, modalità e contesto di svolgimento dell'attività, al fine di garantire l'uniformità procedurale e la comparabilità dei dati raccolti. È stato inoltre specificato che il protocollo sarebbe stato compilato autonomamente a casa, in modalità *online* (sia al t_0 che al t_1), e che tutte le istruzioni operative e i dettagli relativi alla partecipazione sarebbero stati forniti via *email*. È stato loro chiesto di svolgere ogni sessione in un ambiente privato e confortevole, di dedicare tempo sufficiente e senza interruzioni al completamento dell'attività e di ridurre al minimo le potenziali distrazioni disattivando i dispositivi elettronici e le notifiche. I partecipanti sono stati inoltre informati che, tre mesi dopo, sarebbero stati ricontattati per completare nuovamente *online* i questionari, senza dover ripetere il compito di scrittura espressiva.

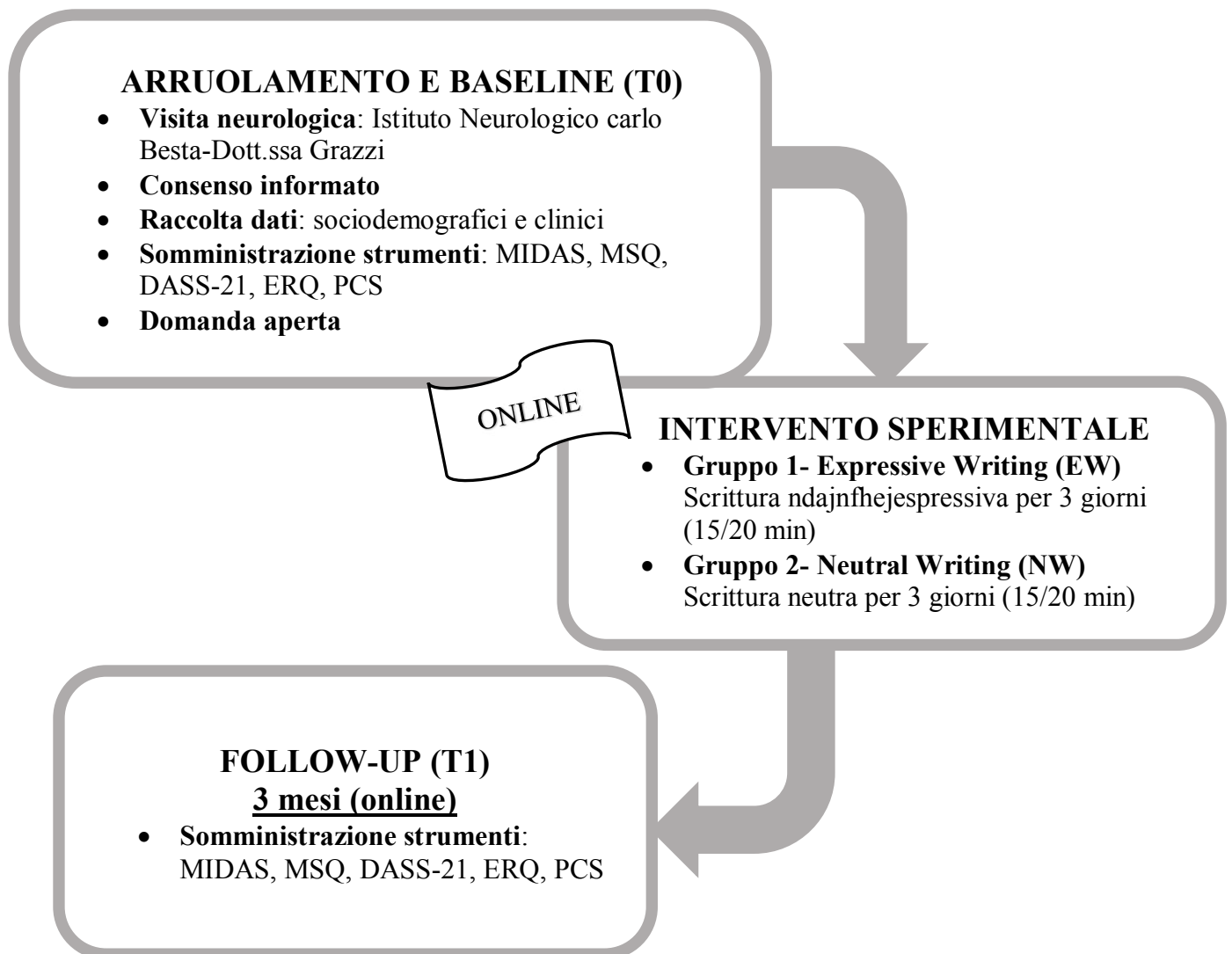
Lo psicologo, dopo aver raccolto le informazioni sociodemografiche (tra cui sesso, età, livello di istruzione, stato civile, numero di figli e occupazione) e cliniche (tra cui diagnosi, descrizione degli episodi di cefalea, trattamento farmacologico attuale, insorgenza e storia familiare della cefalea), ha assegnato i partecipanti in modo casuale al gruppo di intervento (EW) o al gruppo di controllo (NW). Infine, ha inviato ai partecipanti via *email* i *link* per accedere agli strumenti di valutazione e alle sessioni di scrittura espressiva.

Al tempo t_0 , ai partecipanti assegnati alla condizione EW è stato chiesto di descrivere l'evento più stressante associato al loro mal di testa (*vedere le istruzioni del gruppo EW*); ai partecipanti assegnati alla condizione NW, invece, è stato chiesto di descrivere la loro ultima settimana senza fare riferimento agli stati emotivi (*vedere le istruzioni del gruppo NW*). Ai partecipanti è stato chiesto di **scrivere per tre giorni consecutivi, per 15/20 minuti**, in entrambe le condizioni, secondo la procedura classica di Pennebaker (2018) (*per le istruzioni relative alla consegna, fare riferimento alla sezione 4.6, relativa agli Strumenti*).

A tutti i partecipanti è stato chiesto di compilare alcuni strumenti di ricerca validati nella versione italiana, descritti nel paragrafo successivo, e di rispondere a una domanda aperta in cui veniva chiesto loro di raccontare quando la cefalea ha interferito nella relazione con genitori/figli/partner.

Al tempo t_1 (dopo tre mesi) tutti i partecipanti sono stati ricontattati ed è stato inviato loro un nuovo link per la sola ricompilazione dei questionari, senza la somministrazione dell'esercizio di scrittura espressiva.

Di seguito è riportato uno *schema esemplificativo delle fasi della ricerca*.



4.6 Protocollo di ricerca

Inizialmente a tutti i partecipanti è stato chiesto di fornire alcune informazioni sociodemografiche, tra cui genere, sesso alla nascita, età, livello d'istruzione, stato civile, numero di figli e occupazione. Inoltre, sono state raccolte informazioni cliniche relative alla diagnosi, alla descrizione degli episodi di cefalea, al trattamento farmacologico in corso, all'esordio ed alla familiarità della cefalea. La scelta di queste domande è stata condivisa con il neurologo (sperimentatore principale). Fare riferimento al protocollo allegato (*Allegato I*).

La selezione degli strumenti è stata guidata dalla letteratura di riferimento presentata nei capitoli precedenti, al fine di cogliere in modo integrato le principali dimensioni coinvolte nell'esperienza della cefalea primaria, in linea con i due livelli di analisi dello studio: intrapsichico e psicosociale/relazionale. In tale prospettiva, a livello intrapsichico, il protocollo di scrittura espressiva (*Expressive Writing*) è stato incluso poiché è stato evidenziato come efficace nel favorire i processi di elaborazione emotiva e cognitiva di eventi traumatici/stressanti, in particolare legati all'evento malattia. Parallelamente, sono stati somministrati strumenti standardizzati per valutare l'impatto clinico e funzionale del dolore, quali il *Migraine Disability Assessment* (MIDAS) e il *Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire* (MSQ), il distress psicologico mediante la *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS-21), i processi di regolazione emotiva con l'*Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ) e la tendenza alla catastrofizzazione del dolore con la *Pain Catastrophizing Scale* (PCS), riconosciuti come fattori centrali nel mantenimento e nella modulazione del dolore cronico. Con riferimento al livello psicosociale/relazionale, l'integrazione con una domanda aperta di natura narrativa ha infine consentito di esplorare la dimensione relazionale e i processi di significazione dell'esperienza dolorosa, in linea con l'approccio della Medicina Narrativa.

A tutti i partecipanti, ai tempi t_0 e t_1 , sono stati somministrati gli strumenti di misura appena descritti e riportati di seguito.

Expressive Writing (Pennebaker, 2018). L'Expressive Writing introdotto da James W. Pennebaker (2018), è una metodologia di intervento basata sulla scrittura di pensieri ed emozioni associati ad esperienze personali significative o stressanti. Numerosi studi hanno evidenziato che questo tipo di scrittura può favorire l'elaborazione cognitiva ed emotiva degli eventi e promuovere il benessere psicologico e fisico dei soggetti (Procaccia et al., 2021; Kupeli et al., 2019; Glass et al., 2019). Secondo il protocollo classico di Pennebaker (2018), nel

presente studio ai partecipanti assegnati alla condizione 1 (sperimentale) è stato chiesto di scrivere per 15-20 minuti al giorno per 3 giorni consecutivi su un evento traumatico o altamente stressante legato alla cefalea, concentrandosi sia sui fatti accaduti sia sui propri pensieri o sulle emozioni più profonde relative a quell'esperienza. I partecipanti sono stati inoltre invitati a non preoccuparsi della grammatica, dello stile o della coerenza narrativa, ma a mantenere il *focus* sull'evento e sui vissuti ad esso collegati, con la massima onestà emotiva, senza cambiare tema né trasformare il testo in un prodotto letterario. Ai partecipanti assegnati alla condizione 2 (controllo) è stato invece chiesto di scrivere per 15-20 minuti al giorno per 3 giorni consecutivi su come gestiscono il proprio tempo. Di seguito sono riportate le istruzioni di consegna per ciascuna delle due condizioni.

Condizione 1 - EW (sperimentale)

"Ti chiediamo di scrivere ininterrottamente per 15-20 minuti su un trauma o un problema che stai vivendo in questo momento o che hai vissuto in un altro momento della tua vita in relazione alla cefalea. Puoi scrivere di qualsiasi cosa tu voglia, ma ricordati che l'evento che scegli dovrebbe essere l'evento che consideri il più stressante che tu abbia mai vissuto e che è il più importante per te in relazione alla cefalea.

Quando scriverai dell'evento, voglio che ti lasci andare e che tocchi i sentimenti più profondi che hai. In altre parole, scrivi di ciò che è successo e di come ti sei sentito e di come ti senti ora.

Dovresti cercare di scrivere dello stesso evento per 3 giorni consecutivi, ma non è un obbligo. Ancora una volta, l'ideale è che l'argomento sia uno di quelli di cui non si è parlato di cui non hai parlato in dettaglio con altri".

Condizione 2 - NW (controllo)

"Ti chiediamo di scrivere privatamente su come gestisci il tuo tempo. Ti viene chiesto di scrivere per 3 giorni di seguito, per 15-20 minuti al giorno. Scrivi su un argomento diverso in ognuno dei 3 giorni. Scrivi in modo dettagliato su ciò che hai fatto con il tuo tempo nell'ultima settimana (giorno 1), che cosa hai fatto con il tuo tempo nelle ultime 24 ore (giorno 2) e cosa pensi di fare con il tuo tempo nelle prossime 24 ore (giorno 3). Mentre scrivi, dovresti cercare di attenerti ai tuoi comportamenti effettivi o alle azioni pianificate. Cerca di non scrivere dei

tuoi sentimenti su ciò che è accaduto o su ciò che accadrà, e cerca di evitare di esprimere le opinioni. Scrivi solo i fatti, cioè di ciò che è successo, magari giorno per giorno o ora per ora, o di ciò che si pensa di fare nel giorno successivo, ma non sui tuoi sentimenti o sulle tue opinioni".

Migraine Disability Assessment (MIDAS) (D'amico et al., 2001). Il MIDAS è uno degli strumenti più utilizzati a livello internazionale per valutare la disabilità correlata all'emicrania ed è ampiamente impiegato in ambito clinico e di ricerca per quantificare l'impatto funzionale della cefalea. La versione italiana è stata tradotta ed adattata secondo procedure standardizzate, mostrando una buona affidabilità *test-retest* e una soddisfacente consistenza interna, comparabili a quelle osservate nei campioni anglofoni. Il punteggio totale consente inoltre di classificare i pazienti in diversi gradi di disabilità, risultando utile per la definizione della gravità clinica e per il monitoraggio degli esiti dei trattamenti nel tempo. In particolare, questo strumento viene utilizzato per valutare la frequenza, l'intensità e il grado di disabilità dell'emicrania. Si tratta di uno strumento composto da 7 item che valutano l'impatto dell'emicrania sulla vita quotidiana (in termini di limitazioni alle attività familiari, sociali e lavorative dovute agli attacchi di emicrania), nonché la sua frequenza e l'intensità. In questo studio, il coefficiente di Cronbach è risultato pari a 0,78. Il punteggio totale del MIDAS deriva da 5 item relativi al grado di disabilità che coprono tre ambiti. Gli item 1 e 2 misurano il numero di giorni di assenza o di significativa riduzione della produttività (definita come una riduzione $\geq 50\%$) a scuola o nelle attività lavorative retribuite (dimensione lavoro/scuola). Gli items 3 e 4 misurano il numero di giorni di assenza o di significativa riduzione della produttività nelle attività domestiche (dimensione domestica). L'item 5 misura il numero di giorni persi a causa del mal di testa durante le attività familiari, sociali o ricreative (dimensione sociale). Il punteggio totale (MIDAS Index) si ottiene sommando le risposte alle domande che vanno dalla 1 alla 5. Due item aggiuntivi forniscono ulteriori informazioni cliniche sulla frequenza del mal di testa (MIDAS C) e sull'intensità media del dolore (MIDAS D), valutata su una scala da 0 a 10, negli ultimi tre mesi.

Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire v2.1 (MSQ) (Raggi et al., 2013). L'MSQ rappresenta una delle misure *disease-specific* della qualità della vita nei pazienti con emicrania ed è ampiamente riconosciuta per la valutazione degli esiti riferiti dai pazienti in numerosi trial clinici. Le tre sottoscale (*Role Restriction*, *Role Prevention*, *Emotional Function*) permettono di cogliere in modo articolato l'impatto dell'emicrania sul funzionamento quotidiano e sul

benessere emotivo, oltre la sola frequenza degli attacchi. Studi recenti hanno confermato per l'MSQ una buona affidabilità, validità di costrutto e sensibilità al cambiamento, rendendolo particolarmente adatto per valutare l'efficacia degli interventi nei pazienti con emicrania episodica o cronica (Bagley et al., 2018). Il MSQ è un questionario self-report composto da 14 item che valuta l'impatto dell'emicrania sulla qualità della vita nelle quattro settimane precedenti. La sottoscala *Role Restriction* (composta da 7 item) misura il grado in cui l'emicrania interrompe lo svolgimento delle attività abituali. La sottoscala *Role Prevention* (composta da quattro item) valuta in che misura l'emicrania interrompe lo svolgimento delle attività abituali. La sottoscala *Emotional Function* (composta da tre item) si riferisce all'impatto emotivo dell'emicrania. I pazienti rispondono su una scala Likert a 6 passi che va da 1 ("mai") a 6 ("sempre"). I punteggi vengono poi ricodificati su una scala che va da 0 a 100, con valori più alti indicativi di una migliore qualità della vita correlata alla salute specifica per l'emicrania. In questo studio il coefficiente di Cronbach è risultato pari a 0.96.

Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) (Bottesi et al., 2015). La DASS-21 è uno strumento di misura ampiamente utilizzato per valutare il *distress* psicologico generale e le sue componenti specifiche (depressione, ansia, stress) in popolazioni cliniche. La versione italiana ha mostrato una buona struttura fattoriale nonché buone proprietà psicometriche in termini di consistenza interna, stabilità e validità convergente e divergente. La DASS-21 è composta da 21 item valutati su una scala Likert a 4 passi che va da 0 ("non mi è mai successo") a 3 ("mi è successo quasi sempre"), in cui i punteggi più elevati indicano una maggiore frequenza settimanale di sintomi psicologici. Lo strumento misura il grado di disagio psicologico del soggetto e comprende tre dimensioni, ciascuna composta da 7 item, che misurano la gravità di ansia, depressione e stress. I punteggi per depressione, ansia e stress si ottengono sommando gli item delle rispettive sottoscale; punteggi più alti indicano una maggiore gravità dei sintomi. In questo studio il coefficiente di Cronbach è risultato pari a 0.92.

Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) (Balzarotti, Jhon&Gross, 2010). L'ERQ è uno strumento ampiamente utilizzato per valutare due strategie centrali di regolazione delle emozioni: la rivalutazione cognitiva e la soppressione espressiva. L'adattamento italiano ha confermato, tramite un'analisi fattoriale confermativa, la struttura a due fattori dell'ERQ e una buona consistenza interna per entrambe le sottoscale. Inoltre, la versione italiana mostra associazioni coerenti con misure di coping, affettività, tratti di personalità e funzionamento sociale, a sostegno della validità di costrutto dello strumento e della sua utilità nell'indagare i

processi di regolazione emotiva in pazienti con condizioni croniche come la cefalea. L'ERQ è un questionario composto da 10 item. Ogni item è valutato su una scala Likert a 7 passi che va da 1 (fortemente in disaccordo) a 7 (fortemente d'accordo). La scala della rivalutazione cognitiva è composta da 4 item (ad esempio "Quando voglio provare meno emozioni negative, cambio il modo di pensare alla situazione") mentre la scala della soppressione espressiva è composta da 6 item (ad esempio "Quando provo emozioni negative, mi assicuro di non esprimerle"). Il punteggio finale è dato dalla media di tutti gli item, con valori compresi tra 1 e 7, punteggi più alti indicano un maggiore utilizzo della specifica strategia di regolazione emotiva. In questo studio, il coefficiente di Cronbach è risultato pari a 0.71.

Pain Catastrophizing Scale (PCS) (Monticone et al., 2021). Il PCS è uno dei principali strumenti per misurare il grado di catastrofizzazione del dolore. La versione italiana è stata ottenuta tramite un'accurata procedura di adattamento culturale e ha mostrato un'eccellente consistenza interna, una buona affidabilità *test-retest* e una struttura fattoriale a tre componenti in linea con la versione originale. Analisi successive hanno inoltre mostrato una buona robustezza della scala rispetto a variabili sociodemografiche e cliniche. Ciò significa che può essere utilizzata in una varietà di contesti di ricerca e di pratica clinica. La PCS invita i partecipanti a riflettere sulle precedenti esperienze di dolore e a indicare con quale frequenza hanno sperimentato ciascuno dei 13 pensieri o stati emotivi quando provavano dolore, utilizzando una scala Likert a 5 passi che va da 0 ("per nulla") a 4 ("sempre"). Tutti e 13 gli item vengono utilizzati per calcolare il punteggio totale che varia da 0 a 52. La scala comprende tre sottoscale: ruminazione (ad esempio "non riesco a smettere di pensare a quanto mi fa male"), amplificazione (ad esempio "temo che possa succedere qualcosa di grave") e impotenza (ad esempio "non c'è nulla che possa fare per ridurre l'intensità del dolore"). In questo studio il coefficiente di Cronbach è risultato pari a 0.89.

Impatto della cefalea sulle relazioni. Infine, a tutti i partecipanti è stato chiesto di rispondere alla seguente **domanda aperta**: *"Infine, ti chiediamo di raccontare un episodio in cui senti che la cefalea abbia interferito sulla relazione con i tuoi genitori/figli/partner (puoi fare riferimento a cosa è successo, a chi era presente, come ti sei sentito*, cosa hai fatto per sentirti meglio, ecc.)."*

4.8 Strategia di analisi

Le analisi statistiche sono state effettuate con il software SPSS (versione 26.0). Le caratteristiche sociodemografiche e cliniche del campione sono state analizzate mediante statistiche descrittive, utilizzando medie e deviazioni standard per le variabili continue e frequenze e percentuali per quelle categoriali. Questo ha permesso di fornire un quadro d'insieme della popolazione oggetto di studio. L'equivalenza iniziale tra i gruppi sperimentali è stata verificata mediante un'analisi della varianza univariata condotta sulle principali variabili di *outcome* e sulle covariate considerate, con l'obiettivo di escludere differenze sistematiche nella fase pre-intervento. Successivamente è stata condotta un'analisi della covarianza (ANCOVA) con aggiustamento per una covariata selezionata a priori (ad esempio, la gravità basale del sintomo principale), al fine di stimare l'effetto del trattamento tenendo conto di eventuali differenze iniziali tra i gruppi e migliorando l'accuratezza delle stime dei parametri.

Per valutare la rappresentatività del campione analitico e l'eventuale presenza di *bias* dovuti all'abbandono dei partecipanti, sono stati condotti *t-test* per campioni indipendenti sulle variabili continue, confrontando il campione completo ($n=56$) con quello incompleto ($n=39$). Tali analisi non hanno evidenziato differenze statisticamente significative tra i due gruppi (tutte le $p>0,05$). Analogamente, i test chi-quadro condotti sulle variabili categoriali (genere, stato civile, livello d'istruzione) non hanno mostrato differenze significative tra i partecipanti che hanno completato lo studio e quelli che si sono ritirati, suggerendo che la perdita di dati nel *follow-up* non ha introdotto un *bias* sistematico nella composizione del campione. Per tutte le analisi è stato adottato un livello di significatività pari a 0.05 (a due code); i valori di p inferiori a tale soglia sono stati considerati statisticamente significativi.

Inoltre, considerato che la numerosità finale del campione ($N=56$) è stata fortemente influenzata dal tasso di abbandono e non era completamente pianificabile a priori, si è ritenuto più appropriato non condurre una *power analysis* preliminare, ma introdurre invece una *sensitivity power analysis*, in accordo con le raccomandazioni di Faul e colleghi (2007).

L'analisi è stata condotta con il software RStudio (pacchetto *pwr*), fissando un livello di significatività bilaterale di $\alpha = .05$, una potenza statistica desiderata di .80 e la numerosità campionaria disponibile ($N=56$, $n=31$, $n=25$). L'analisi ha indicato che l'effetto minimo rilevabile per il confronto tra gruppi corrisponde a circa Cohen's ≈ 0.40 , equivalente ad una differenza media standardizzata di circa Cohen's ≈ 0.77 . Effetti di ampiezza inferiore a questa

soglia potrebbero quindi non essere stati rilevati. Per tutte le analisi è stato adottato un livello di significatività pari a .05.

È stata infine condotta un'analisi tematica, seguendo la procedura in sei fasi proposta da Braun & Clarke (2006) sulla domanda aperta relativa all'impatto della cefalea sulle relazioni familiari. Dopo una fase di familiarizzazione con i dati (lettura e rilettura delle risposte e annotazione di impressioni preliminari), sono stati generati codici iniziali, successivamente raggruppati in potenziali temi. I temi emergenti sono stati successivamente riesaminati, definiti e denominati, al fine di costruire una rappresentazione coerente e significativa dei *pattern* ricorrenti nelle narrazioni dei partecipanti. L'analisi tematica era finalizzata a individuare, organizzare e descrivere temi espliciti e impliciti relativi alle modalità in cui la cefalea primaria incide sulle dinamiche familiari. Due membri del team di ricerca hanno codificato in modo indipendente le risposte dei partecipanti. Sono stati identificati temi principali con le relative sottounità. Infine, eventuali discrepanze sono state discusse fino al raggiungimento di un consenso condiviso, a garanzia della coerenza e della solidità del processo analitico (Zhang & Wildemuth, 2009).

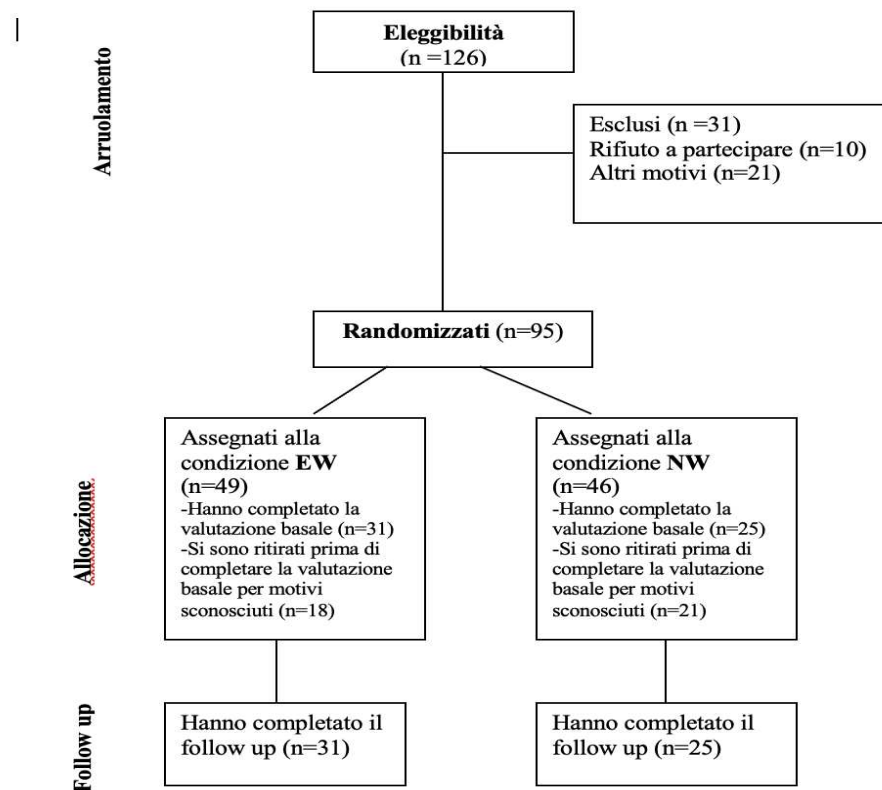
CAPITOLO 5

RISULTATI E DISCUSSIONE

5.1 Partecipanti arruolati

Nello studio sono stati arruolati 126 pazienti; di questi, 31 sono stati esclusi e i restanti 95 sono stati randomizzati (in una randomizzazione pragmatica) nelle due condizioni (sperimentale e controllo). 49 pazienti sono stati assegnati alla condizione sperimentale (*Expressive Writing*), mentre 46 alla condizione di controllo (*Neutral Writing*). Dei pazienti assegnati alla condizione sperimentale, 31 hanno completato l'intero protocollo al t_0 e al t_1 , mentre dei pazienti assegnati alla condizione di controllo, 25 hanno completato l'intero protocollo al t_0 e al t_1 . Il campione finale è quindi composto da 56 pazienti (*Figura 1*).

Figura 2: Diagramma di flusso del processo di arruolamento dei partecipanti alla ricerca (CONSORT 2025).



Le caratteristiche sociodemografiche del campione sono riportate nella *Tabella 1a*. I due gruppi (sperimentale e controllo) inclusi nello studio presentavano caratteristiche demografiche simili. Non sono emerse differenze significative tra i gruppi per quanto riguarda età, genere, livello di istruzione, stato civile, condizione occupazionale, diagnosi, trattamento farmacologico, età di esordio o familiarità per cefalea primaria. Analogamente, non sono state riscontrate differenze significative tra i partecipanti che hanno completato il protocollo sia a t_0 sia a t_1 , e coloro che hanno completato il protocollo solo a t_0 e successivamente si sono ritirati dallo studio.

In entrambi i gruppi, la maggior parte dei partecipanti era composta da donne, single o sposate, con diploma di scuola media superiore o di laurea magistrale, con diagnosi di emicrania senza aura.

Tabella 2a. Caratteristiche sociodemografiche del campione.

VARIABILI	CONFRONTO TRA GRUPPI			
	NW (N=25)	EW (N=31)	t/X2	p
Età, Media (DS) *	39,84 (13,83)	40,84 (14,26)	-	0,79
Sesso alla nascita/identità di genere attuale (stessi risultati) (%)				
Maschi	2 (8)	6 (19,4)	1,46	0,22
Femmine	23 (92)	25 (80,6)		
Stato civile			3,75	0,29
Single	9 (36)	11 (35,5)		
Sposato/a	14 (56)	12 (38,6)		
Convivente	2 (8)	6 (19,4)		
Separato-a/Divorziato-a	0	2 (6,5)		
Educazione			1,97	0,74
Diploma scuola media inf.	0	2 (6,5)		
Diploma scuola media sup.	13 (52)	14 (45,2)		
Laurea triennale	3 (12)	3 (9,7)		
Laurea magistrale	8 (32)	10 (32,3)		
PhD/Specializzazione	1 (4)	2 (6,5)		

* Abbiamo chiesto ai partecipanti di indicare sia il sesso alla nascita sia l'identità di genere attuale; le risposte sono risultate coerenti (ossia, il sesso alla nascita corrispondeva all'identità di genere).

Le caratteristiche cliniche del campione sono riportate nella *Tabella 1b*. I trattamenti farmacologici includono FANS e triptani, tra i più comunemente utilizzati in questa popolazione di pazienti. Per quanto riguarda le terapie preventive, i partecipanti possono assumere nutraceutici in associazione ai trattamenti farmacologici, tra cui l'amitriptilina e i beta-bloccanti. L'esordio della cefalea è più frequente nella giovane età adulta e nell'infanzia, e la maggior parte del campione ha riferito di avere familiarità con la cefalea primaria tra i propri familiari.

Tabella 2b. Caratteristiche cliniche del campione.

VARIABILI	CONFRONTO TRA GRUPPI			
	NW (N=25)	EW (N=31)	t/X2	p
Durata Cefalea primaria, Media (DS)	22,69 (15,21)	21,34 (13)	0,325	0,747
Diagnosi (%)				
Emicrania con Aura	4 (16)	2 (6,5)	3,05	0,384
Emicrania senza Aura	12 (48)	21 (67,7)		
Emicrania senza Aura & altro	2 (8)	3 (9,7)		
Cefalea di tipo tensivo & Emicrania senza Aura	7 (28)	5 (16,1)		
Trattamento farmacologico (%)**				
Triptani	9 (18)	13 (24,5)	3,082	0,379
Antidepressivi	18 (36)	15 (28,3)		
Integratori alimentari a scopo terapeutico	7 (14)	10 (18,9)		
Altro	16 (32)	15 (28,3)		
Familiarità (%) (N=46)				
Infanzia	8 (38,2)	4 (16)	6,386	0,172
Pre-adolescenza	2 (9,5)	5 (20)		
Adolescenza	4 (19)	4 (16)		
Giovane età adulta	7 (33,3)	8 (32)		
Età adulta	0 (0)	4 (16)		
Storia familiarità Cefalea primaria (%) (N=47)				
Si	13 (61,9)	16 (61,5)	0,001	0,98
No	8 (38,1)	10 (38,5)		

**Risposte a scelta multipla.

5.2 Risultati quantitativi: effetti dell'Expressive Writing sui processi psicologici individuali

La *Tabella 2* presenta i risultati del confronto tra le due condizioni (EW e NW) e tra le due valutazioni (al baseline, t_0 , e a tre mesi dal primo intervento di scrittura, t_1) per le variabili considerate.

Tabella 3. Statistiche descrittive delle variabili di studio al baseline e al follow-up.

Variabili		Gruppo NW (N=25)		Gruppo EW (N=31)	
		<i>M (DS)</i>	<i>Mdn (Min-Max)</i>	<i>M (DS)</i>	<i>Mdn (Min-Max)</i>
MIDAS Index*	T0	1,33 (0,31)	1,25 (0,90-2,03)	1,21 (0,40)	1,23 (0,30-2,05)
	T1	1,33 (0,32)	1,34 (0,85-2,04)	1,03 (0,34)	1,07 (0,00-1,77)
MIDAS C	T0	19,66 (14,48)	20 (4-70)	17,42 (14,46)	15 (1-70)
	T1	18,45 (20,06)	10 (2-80)	14,41 (13,89)	10 (0-60)
MIDAS D	T0	7,30 (0,26)	7 (4-10)	6,69 (0,24)	7 (3-9)
	T1	7,04 (0,22)	7 (5-9)	5,35 (0,28)	5 (2-8)
MSQ - RR	T0	47,47 (4,72)	52,2 (0-82,60)	56,24 (4,54)	60,9 (13-100)
	T1	58,17 (4,96)	64,9 (16,2-89,2)	62,87 (4,64)	62,2 (0-100)
MSQ - RP	T0	65,78 (4,84)	72,2 (0-100)	68,63 (4,73)	77,80 (0-100)
	T1	60,80 (5,92)	66,7 (0-100)	70,97 (4,13)	73,30 (0-100)
MSQ - EF	T0	62,40 (5,92)	60 (0-100)	62,58 (5,70)	73,3 (0-100)
	T1	68,80 (4,92)	73,3 (0-30)	75,05 (4,48)	80 (20-100)
DASS-21 D	T0	11,1 (9,78)	10 (0-36)	10,06 (8,08)	6,0 (0-30)
	T1	5,72 (5,04)	3 (0-18)	4,35 (4,38)	3 (0-16)
DASS-21 A	T0	9,28 (7,31)	6,0 (0-32)	5,74 (6,34)	6,0 (0-26)
	T1	4,48 (3,95)	4,0 (0-13)	3,26 (3,12)	3,0 (0-12)
DASS-21 S	T0	19,92 (10,73)	24,0 (2-38)	15,48 (9,98)	14,0 (2-38)
	T1	8,9 (5,99)	8,0 (0-21)	7,13 (5,42)	6,0 (0-20)
ERQ - RE	T0	4,42 (1,14)	4,5 (2,33-6,83)	4,49 (1,45)	4,33 (2,33-7)
	T1	4,40 (1,22)	4,33 (1,67-7)	4,98 (1,22)	5,17 (1,50-7)
ERQ - SU	T0	3,14 (0,27)	3,25 (1-6)	3,66 (0,29)	3,75 (1-6)
	T1	3,48 (0,45)	3,25 (2-6)	2,25 (0,23)	1,75 (1-5)

PCS - HE	T0	10,64 (5,13)	12 (1-17)	10,48 (4,01)	9 (5-18)
	T1	10,04 (4,21)	11 (2-17)	6,80 (3,6)	6 (2-14)
PCS - RU	T0	10,72 (5,09)	13 (2-18)	11,26 (3,60)	12 (5-17)
	T1	10,20 (4,68)	12 (3-19)	9,77 (4,97)	9 (2-20)
PCS - MA	T0	2,64 (1,93)	2 (0-8)	1,93 (1,79)	2 (0-7)
	T1	2,40 (1,73)	2 (0-6)	1,97 (1,68)	2 (0-7)

*L'indice è stato trasformato logaritmicamente a causa della sua distribuzione non normale.

Nel complesso, al baseline i due gruppi risultano sostanzialmente comparabili rispetto a tutte le variabili considerate, confermando l'assenza di differenze iniziali rilevanti tra la condizione sperimentale (EW) e la condizione di controllo (NW). In particolare, al t_0 i livelli di disabilità associata alla cefalea primaria risultano simili tra i due gruppi. Nel gruppo NW il MIDAS Index è pari a 1,33 (DS=0,31), nel gruppo EW è pari a 1,21 (DS=0,40); analogamente il MIDAS C mostra valori pari a 19,66 (DS=14,48) nel gruppo NW e 17,42 (DS=14,46) nel gruppo EW, mentre il MIDAS D pari a 7,30 (DS=0,26) nel gruppo NW e 6,69 (DS=0,24) nel gruppo EW.

L'analisi longitudinale evidenzia, tuttavia, alcune differenze di rilievo tra i gruppi. Con riferimento alla disabilità correlata alla cefalea, il gruppo EW mostra una riduzione più marcata tra t_0 e t_1 rispetto al gruppo NW. In particolare, il MIDAS Index nel gruppo EW diminuisce da 1,21 (DS=0,40) a 1,03 (DS=0,34), mentre nel gruppo NW i valori rimangono sostanzialmente stabili (da 1,33 a 1,33) o presentano variazioni di entità limitata. Una tendenza analoga, emerge per il MIDAS D, che nel gruppo EW si riduce da 6,69 (DS=0,24) a 5,35 (DS=0,28), a fronte di una variazione più contenuta nel gruppo NW (da 7,30 a 7,04). Il MIDAS C mostra un andamento simile ma meno pronunciato, con una riduzione da 17,42 a 14,41 nel gruppo EW e da 19,66 a 18,45 nel gruppo NW.

Per quanto concerne la qualità della vita specifica per l'emicrania, misurata tramite l'MSQ, entrambi i gruppi mostrano un miglioramento nel tempo in alcune dimensioni, in particolare nel dominio del funzionamento emotivo (MSQ-EF), che aumenta da 62,58 (DS=5,70) a 75,05 (DS=4,48) nel gruppo EW e da 62,40 (DS=5,92) a 68,80 (DS=4,92) nel gruppo NW, con incrementi più evidenti nel gruppo EW. I pattern relativi ai domini di limitazione e prevenzione del ruolo (MSQ-RR e MSQ-RP) mostrano un andamento meno uniforme, con variazioni che non delineano un vantaggio sistematico e coerente di un gruppo rispetto all'altro. Nello

specifico, l'MSQ-RR aumenta in entrambi i gruppi (da 47,47 a 58,17 nel gruppo NW e da 56,24 a 62,87 nel gruppo EW), mentre l'MSQ-RP diminuisce nel gruppo NW (da 65,78 a 60,80) e aumenta nel gruppo EW (da 68,63 a 70,97), senza delineare un vantaggio sistematico di un gruppo rispetto all'altro.

Relativamente al distress psicologico, misurato tramite le DASS-21, si osserva una riduzione generalizzata dei punteggi di depressione, ansia e stress in entrambi i gruppi tra t_0 e t_1 . In particolare, la depressione diminuisce da 11,1 (DS=9,78) a 5,72 (DS=5,04) nel gruppo NW e da 10,6 (DS=8,08) a 4,35 (DS=4,38) nel gruppo EW. Analogamente si osservano riduzioni per ansia (da 9,28 a 4,48 nel gruppo NW e da 5,74 a 3,26 nel gruppo EW) e stress da (19,92 a 8,9 nel gruppo NW e da 15,48 a 7,13 nel gruppo EW). Tale diminuzione appare sostanzialmente sovrapponibile, suggerendo un miglioramento complessivo nel tempo, non specificamente attribuibile alla condizione sperimentale.

Per quanto riguarda le strategie di regolazione emotiva, misurate tramite l'ERQ, il gruppo EW evidenzia un incremento nella dimensione della ristrutturazione cognitiva (ERQ-RE) (da 4,49 a 4,98) e una marcata riduzione della dimensione dell'inibizione delle emozioni (ERQ-SU) (da 3,66 a 2,25) tra t_0 e t_1 . Al contrario, nel gruppo NW la dimensione della ristrutturazione cognitiva rimane stabile (da 4,42 a 4,40), mentre quella della soppressione emotiva mostra un lieve incremento (da 3,14 a 3,48). Questo suggerisce un possibile effetto specifico dell'intervento sulle strategie di regolazione emotiva.

Infine, con riferimento alle dimensioni della catastrofizzazione del dolore, misurate tramite il PCS, nel gruppo EW si osserva una riduzione più evidente della dimensione relativa al senso di impotenza (PCS-HE) (da 10,48 a 6,80), mentre nel gruppo NW i valori rimangono relativamente stabili (da 10,64 a 10,04). Le dimensioni della ruminazione (PCS-RU) e della magnificazione (PCS-MA) mostrano variazioni più contenute e, complessivamente, simili tra i gruppi. Nel gruppo NW, invece, i punteggi risultano relativamente stabili nel tempo.

Nel complesso, l'analisi descrittiva evidenzia un pattern coerente con un possibile effetto selettivo dell'intervento nel gruppo EW, in particolare sulla disabilità associata alla cefalea, sulle strategie di regolazione emotiva e sul senso di impotenza. Al contrario, altre dimensioni

quali il distress psicologico (ansia, depressione e stress) e alcuni aspetti relativi alla qualità della vita, mostrano miglioramenti più aspecifici o meno chiaramente differenziati tra i due gruppi.

Nella *Tabella 4* sono invece riportati i risultati dell'analisi ANCOVA.

Tabella 4. ANCOVA.

	Somma dei quadrati	gdf	Quadrato medio	F	p	Dimensione dell'effetto
MIDAS Index	0,600	1	0,6000	13,613	<,001	0,217
MIDAS C	181,516	1	181,516	0,832	0,366	0,016
MIDAS D	20,760	1	20,760	19,683	<,001	0,271
MSQ - RR	22,876	1	22,876	0,40	0,841	0,001
MSQ - RP	1097,829	1	1097,829	1,932	0,170	0,35
MSQ - EF	532,329	1	532,329	0,968	0,330	0,018
DASS - DP	18,363	1	18,363	0,970	0,329	0,018
DASS - A	3,602	1	3,602	0,340	0,562	0,006
DASS - S	6,842	1	6,842	0,262	0,611	0,005
ERQ - RE	8,618	1	8,618	7,859	0,007	0,129
ERQ - SU	15,957	1	15,957	11,255	0,002	0,280
PCS - HE	136,872	1	136,872	15,780	<,001	0,229
PCS - RU	8,142	1	8,142	0,504	0,481	0,009
PCS - MA	0,378	1	0,378	1,53	0,697	0,003

L'ANCOVA, condotta per confrontare il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo sugli esiti post-test, controllando i punteggi al baseline, ha evidenziato un effetto principale significativo del gruppo sul MIDAS Index, $F(1,56)=13,613$, $p<0,001$, $\eta^2p=0,217$, e sul MIDAS D, $F(1,56)=19,683$, $p<0,001$, $\eta^2p=0,271$. Tali risultati indicano che, dopo aver controllato i valori iniziali, i partecipanti del gruppo sperimentale presentano livelli di disabilità correlata alla cefalea significativamente diversi rispetto al gruppo di controllo.

Un effetto principale significativo del gruppo è emerso anche per le strategie di regolazione emotiva: ristrutturazione cognitiva (ERQ-RE) $F(1,56)=7,859$, $p=0,007$, $\eta^2p=0,129$ e inibizione

delle emozioni (ERQ-SU) $F(1,56)=11,255, p=0,002, \eta^2p=0,280$, suggerendo che l'intervento è associato a cambiamenti significativi sia nella dimensione della ristrutturazione cognitiva sia in quella dell'inibizione delle emozioni.

Un ulteriore effetto principale significativo è stato osservato per la dimensione del senso di impotenza misurata attraverso il PCS, $F(56)=15,78, p<0,001, \eta^2p=0,229$, evidenziando differenze rilevanti tra i gruppi nei livelli del senso di impotenza percepito associato al dolore.

Al contrario, non sono emersi effetti principali significativi del gruppo per il MIDAS-C, per le dimensioni dell'MSQ (limitazione e prevenzione del ruolo e funzionamento emotivo), per le dimensioni della DASS-21 (depressione, ansia e *stress*), né per le dimensioni del PCS (ruminazione e magnificazione). Ciò indica che tali dimensioni non sono state influenzate in modo differenziale dall'intervento.

Nel complesso, questi risultati suggeriscono che, una volta controllati i punteggi alla *baseline*, la qualità della vita specifica per l'emicrania, il *distress* psicologico e la tendenza alla catastrofizzazione del dolore non differiscono tra il gruppo EW e il gruppo NW. Al contrario, l'intervento di scrittura espressiva sembra aver prodotto un effetto selettivo e clinicamente rilevante sulla disabilità correlata alla cefalea, sulle strategie di regolazione emotiva e sul senso di impotenza, senza determinare miglioramenti statisticamente significativi della qualità della vita, del *distress* psicologico e della tendenza alla catastrofizzazione del dolore. Non sono state riscontrate ulteriori differenze tra i gruppi in relazione alla diagnosi e alle altre variabili considerate.

5.3 Risultati qualitativi: dimensioni psicosociali e relazionali dell'esperienza di cefalea

L'analisi qualitativa delle risposte alla domanda aperta "*Racconta un episodio in cui senti che la cefalea abbia interferito nella relazione con i tuoi familiari (genitori/figli/partner)*" ha consentito di approfondire la dimensione psicosociale e relazionale dell'esperienza di malattia dei pazienti con cefalea primaria, con particolare riferimento all'impatto sulla relazione con i familiari e sulle relazioni sociali. Complessivamente, 84 partecipanti su 95 hanno risposto alla domanda aperta, consentendo l'individuazione di **cinque temi** principali tra loro interconnessi.

Le risposte alla domanda aperta sono state analizzate mediante l'analisi tematica secondo il modello proposto da Braun e Clarke (2006). L'analisi è stata finalizzata all'identificazione sia dei temi espliciti sia dei contenuti impliciti presenti nelle narrazioni dei partecipanti, per cogliere la complessità dell'esperienza soggettiva di malattia legata alla cefalea primaria. Per garantire una maggiore affidabilità del processo analitico, due ricercatori hanno analizzato i testi in modo indipendente, procedendo successivamente a un confronto e alla condivisione dei temi emergenti fino al raggiungimento di un accordo.

Conseguentemente all'analisi tematica, è stata condotta un'ulteriore fase di analisi articolata in due livelli: descrittivo ed esplicativo.

Nella prima fase, descrittiva, è stata effettuata una sintesi delle frequenze (riportate nella *tabella 6*) delle categorie e delle sottocategorie individuate durante l'analisi tematica, al fine di fornire una rappresentazione quantitativa della distribuzione dei temi riscontrati nelle risposte dei partecipanti. Tale passaggio ha consentito di evidenziare i contenuti più ricorrenti e di delineare i contesti, le relazioni e i comportamenti più frequenti associati all'esperienza di malattia.

In una seconda fase, esplicativa, i temi identificati sono stati approfonditi attraverso un'analisi trasversale delle narrazioni, con l'obiettivo di cogliere i significati sottostanti, le connessioni tra le diverse dimensioni emerse e i processi psicologici e relazionali implicati. Questa fase ha permesso di cogliere pattern ricorrenti, dinamiche di adattamento e criticità nella gestione della malattia nel contesto familiare e sociale, arricchendo i dati quantitativi raccolti.

Di seguito è riportata una tabella che illustra il processo di analisi dei dati qualitativi.

Tabella 5. Fasi del processo di analisi dei dati qualitativi.

FASE	DESCRIZIONE	OBIETTIVO
1. Raccolta dei dati	Raccolta delle risposte alla domanda aperta	Ottenere narrazioni sull'esperienza di malattia relativa alla cefalea primaria
2. Familiarizzazione con i dati	Lettura delle risposte alla domanda aperta da parte dei ricercatori	Acquisire una visione globale dei contenuti e individuare le prime tematiche rilevanti
3. Codifica iniziale	Identificazione e attribuzione di codici alle unità di significato presenti nelle risposte dei partecipanti	Organizzare i dati in unità significative

4. Costruzione dei temi	Raggruppamento dei codici in categorie e sottocategorie	Individuare pattern ricorrenti dei dati
5. Revisione e definizione dei temi	Confronto tra i ricercatori e definizione condivisa dei temi emergenti	Garantire coerenza e affidabilità dell'analisi
6. Analisi descrittiva	Calcolo delle frequenze di categorie e sottocategorie	Fornire una rappresentazione quantitativa dei temi emersi
7. Analisi esplicativa	Analisi trasversale delle narrazioni e interpretazione dei significati sottostanti	Approfondire i processi psicologici e relazionali implicati
8. Integrazione dei risultati	Sintesi dei risultati quantitativi e qualitativi	Ottenere una comprensione complessiva dell'esperienza di malattia relativa alla cefalea primaria

Per rendere esplicita la struttura dei temi individuati, di seguito è riportata una tabella con le categorie e le sottocategorie identificate durante il processo di analisi tematica e, per evidenziare l'importanza dei vissuti emersi per ciascuno dei cinque temi, sono riportati alcuni stralci esemplificativi tratti dalle narrazioni dei pazienti.

Tabella 6. Definizione operativa delle categorie e delle sottocategorie emerse dall'analisi tematica.

CODICE (categorie e sottocategorie)	SPIEGAZIONE	ESEMPIO
1) <u>LUOGO</u> • casa • gite o uscite in famiglia/vacanza, eventi vari • attività quotidiane	Si riferisce al luogo in cui i partecipanti si trovavano nel momento in cui è scoppiato il mal di testa	<i>“una delle prime volte che mi è capitato un attacco di emicrania con parestesia ero a casa”</i>
2) <u>CON CHI ERA</u> • partner • famiglia • genitori • figli • tutti/chunque	si riferisce alle persone presenti nel momento in cui i partecipanti hanno riportato di aver avuto il mal di testa	<i>“ricordo una sera che dovevo andare a cena fuori con il mio ragazzo in un posto</i>

• parenti • amici • da solo • altre mamme		<i>in cui volevamo andare da tempo mi è venuto un forte mal di testa”</i>
3) <u>COSA HA FATTO</u> • rinunciare • isolamento fisico e relazionale • me la prendo con gli altri persone/oggetti • sopporto il dolore/chiedere aiuto farmaci • l’altro si prende cura di me	si riferisce alle azioni/comportamenti messi in atto nel momento in cui è scoppiato il mal di testa	<i>“la maggior parte delle volte che devo rinunciare ad incontri di famiglia per via del mal di testa sono dispiaciuta”</i>
4) <u>REAZIONE DEGLI ALTRI</u> • non capiscono • comprensione/supporto • mi aiutano concretamente dispiaciuti/preoccupati	si riferisce alla reazione che hanno avuto le altre persone nei confronti dei partecipanti nel momento in cui si è verificato l’episodio di mal di testa	<i>“una volta che mio marito non ha capito quanto stessi male, dovendo udcire per forza, ho tirato un forte calcio alla porta”</i>
5) <u>EMOZIONI</u> • insofferenza/irritabilità/nervosismo • senso di inutilità/sentirsi un peso • senso di colpa • dispiacere/tristezza/depressione impotenza • panico/agitazione • rabbia • esaurimento	Si riferisce alle emozioni che i partecipanti riportano in relazione al mal di testa	<i>“quando i figli erano più piccoli mi arrabbiavo spesso con loro in concomitanza del mal di testa, ero nervosissima e poco paziente”</i>

Nell’ambito della prima fase di analisi descrittiva delle risposte dei partecipanti alla domanda aperta, è stata condotta un’analisi delle frequenze delle categorie e sottocategorie emerse, al fine di quantificare la distribuzione dei temi nei racconti dei partecipanti. I risultati sono riportati nella tabella seguente.

Tabella 7. Distribuzione delle frequenze delle categorie e sottocategorie emerse dall'analisi tematica.

CODICE	FREQUENZE	%TOT
LUOGO		
Casa	19	22.6%
Gite o uscite in famiglia/Vacanza	19	22.6%
Eventi vari	15	17.9%
Attività quotidiane	7	8.3%
Non ha interferito	4	4.8%
Non ha indicato	20	23.8%
CON CHI ERA		
Partner	21	25.0%
Famiglia	16	19.0%
Genitori	11	13.1%
Figli	10	11.9%
Tutti/Chiunque	3	3.6%
Parenti	2	2.4%
Amici	1	1.2%
Da solo	1	1.2%
Altre mamme	1	1.2%
Non precisa	18	21.5%
COSA HA FATTO		
Rinunciare	27	32.1%
Isolamento (fisico/relazionale)	19	22.6%
Me la prendo con gli altri (persone/oggetti)	7	8.3%
Sopporto il dolore/Chiedere aiuto	4	4.8%
Farmaci	2	2.4%
L'altro si prende cura di me	2	2.4%
Altro	2	2.4%
Non precisa	12	14.3%
Non ha interferito	5	6.0%
REAZIONE DEGLI ALTRI		

Non capiscono	13	15.5%
Comprensione/supporto	12	14.3%
Mi aiutano concretamente	9	10.7%
Dispiaciuti/preoccupati	3	3.6%
Non ha interferito	4	4.8%
Non indicato	43	51.2%
EMOZIONI		
Insofferenza/Irritabilità/Nervosismo	15	19.0%
Senso di inutilità/Sentirsi un peso	6	7.1%
Senso di colpa	6	7.1%
Dispiacere/Tristezza/Depressione	4	4.8%
Impotenza	4	4.8%
Panico/Agitazione	3	3.6%
Rabbia	1	1.2%
Esaurimento	1	1.2%
Non interferisce	1	1.2%
Non precisa	42	50.0%

Analisi descrittiva

Dall'analisi tematica è emerso che l'interferenza della cefalea primaria si colloca prevalentemente nei contesti della vita familiare e quotidiana. In particolare, gli episodi riportati si verificano con maggiore frequenza all'interno dell'ambiente domestico (22,6%) e durante gite o vacanze di famiglia (22,6%), suggerendo che la dimensione relazionale più prossima rappresenti il principale scenario di impatto della sintomatologia. Una quota rilevante riguarda anche gli eventi sociali (17,9%), mentre risultano meno rappresentate le attività quotidiane routinarie (8,3%). La presenza di risposte non indicate (23,8%) potrebbe tuttavia segnalare una difficoltà nel collocare temporalmente o contestualmente l'evento malattia.

Rispetto alla dimensione relazionale, i partecipanti riportano che l'attacco di mal di testa si è manifestato prevalentemente quando erano in presenza del partner (25.0%) e della famiglia (19.0%), seguiti da genitori (13.1%) e figli (11.9%), a conferma della centralità delle relazioni significative nell'esperienza di malattia.

Dal punto di vista comportamentale, emerge una prevalenza di strategie di evitamento. La risposta più frequente tra i partecipanti è la rinuncia alle attività (32,1%), seguita dall'isolamento fisico o relazionale (22,6%). Tali risposte suggeriscono un impatto significativo della cefalea primaria sulla partecipazione alle attività sociali e familiari. Strategie più adattive, come chiedere aiuto o la tolleranza al dolore (4,8%), risultano meno frequenti, così come l'utilizzo di farmaci durante l'attacco (2,4%) e il ricorso a chiedere supporto all'altro (2,4%). I partecipanti, inoltre, riportano una quota di comportamenti reattivi pari all'8,3%, che potrebbe indicare una difficoltà nella regolazione delle emozioni durante l'evento malattia. Anche in questo caso si osserva una percentuale non trascurabile di risposte mancanti (14,3%).

Rispetto alle reazioni che gli altri hanno nei confronti dei partecipanti durante l'evento malattia, le risposte riportate appaiono eterogenee e ambivalenti. Una parte dei partecipanti riporta vissuti di incomprensione (15,5%), mentre altri riferiscono esperienze di comprensione e supporto emotivo (14,3%) o di aiuto concreto (10,7%). Reazioni emotive di preoccupazione o dispiacere (3,6%) risultano essere meno frequenti: tuttavia, la presenza di una quota molto elevata di risposte non indicate (51,2%) limita la possibilità di avere un quadro specifico su questa dimensione.

Sul piano emotivo, le risposte dei partecipanti evidenziano una prevalenza di stati di insofferenza, irritabilità e nervosismo (19,0%). Emergono vissuti di colpa (7,1%) e di inutilità o percezione di essere un peso (7,1%), che suggeriscono una sofferenza a livello relazionale e identitario. Vissuti depressivi (4,8%), senso di impotenza (4,8%) e stati di agitazione (3,6%) risultano meno rappresentati. Anche rispetto a questa categoria si registra una percentuale molto elevata di risposte non specificate (50,0%), che potrebbe suggerire una possibile difficoltà nell'esplicitazione dei vissuti emotivi ed una tendenza all'inibizione delle emozioni.

Analisi esplicativa

Ritiro sociale e riorganizzazione della partecipazione agli eventi familiari e sociali.

Il tema del ritiro sociale emerge con frequenza nelle narrazioni dei pazienti. Ciò evidenzia, come la cefalea primaria influenzi profondamente la loro partecipazione alla vita sociale e familiare. I partecipanti descrivono una progressiva riduzione delle attività sociali e familiari spesso accompagnata da un atteggiamento anticipatorio di evitamento. Alcuni riportano: “*molte*

volte evito di uscire con gli amici perché ho paura che mi venga un attacco e devo tornare a casa prima” e ancora: *“ho iniziato a dire di no agli inviti a cene perché non so mai come starò”*. Queste testimonianze suggeriscono che il ritiro sociale può costituire una strategia preventiva, e non esclusivamente una conseguenza del dolore. Tuttavia, ciò può contribuire a una progressiva contrazione della rete sociale.

Disagio emotivo e ridefinizione dell'identità personale.

Il secondo nucleo tematico riguarda il disagio emotivo legato alla perdita di autonomia e alla limitazione delle attività quotidiane, domestiche e lavorative. Le narrazioni evidenziano più spesso vissuti di frustrazione, di impotenza e, talvolta, di svalutazione di sé. I partecipanti riportano: *“mi sento inutile quando non riesco a fare le cose più semplici in casa”* e *“è frustrante dover dipendere dagli altri per le piccole cose”*. In alcuni casi tali esperienze sembrano incidere sulla rappresentazione di sé, contribuendo a una ridefinizione identitaria. Alcuni di loro riportano *“a volte mi sembra che la mia vita sia organizzata intorno al mal di testa”*. Questi estratti evidenziano come l'esperienza di malattia non incida soltanto sul funzionamento quotidiano ma anche sulla percezione del proprio ruolo e del valore personale.

Isolamento durante l'attacco: tra bisogno corporeo e distanza relazionale.

L'isolamento durante gli attacchi è un elemento centrale nelle narrazioni. I partecipanti descrivono comportamenti di ritiro fisico e sensoriale, come restare in una stanza al buio senza percepire rumori né odori, spesso accompagnati da una sospensione delle interazioni sociali. Alcuni riportano: *“quando ho un attacco mi chiudo in camera al buio e non voglio vedere nessuno”* e ancora *“non riesco a parlare con nessuno, devo stare da sola finché non passa”*. Se da un lato tali comportamenti rispondono ad un bisogno fisiologico di contenimento del dolore, dall'altro contribuiscono a creare una distanza relazionale temporanea, che può essere vissuta come una forma di disconnessione dagli altri.

Ambivalenza del supporto familiare.

Il ruolo dei familiari emerge come profondamente ambivalente. I partecipanti, da un lato, riconoscono il valore del supporto ricevuto, in termini di accoglienza, protezione e comprensione. Essi riportano: *“la mia famiglia mi aiuta molto, soprattutto nei momenti peggiori”* e *“il mio partner cerca sempre di capirmi e starmi vicino”*. Dall'altro lato, emerge la percezione di una comprensione parziale o insufficiente della sofferenza vissuta. I familiari

vengono percepiti come incapaci di comprendere appieno il dolore e la disabilità associati alla cefalea primaria. Infatti, i partecipanti riportano *“a volte ho la sensazione che pensino che esagero”* e ancora *“è difficile spiegare quanto fa male, chi non lo vive non lo capisce davvero”*. Questa ambivalenza riflette una tensione tra il bisogno di riconoscimento e la percezione di incomprensione, che può influenzare la qualità delle relazioni e il benessere emotivo del paziente.

Interconnessione tra dimensione individuale e relazionale.

Nel loro insieme, i temi emersi dalle narrazioni evidenziano come l'esperienza della cefalea primaria si configuri come un fenomeno profondamente relazionale. L'esperienza del dolore non si esaurisce nella sua dimensione fisica e individuale, ma si inserisce in una rete più ampia di significati che coinvolge le dinamiche relazionali, sociali e identitarie. Come sintetizza efficacemente un partecipante: *“non è solo il mal di testa, è tutto quello che cambia nella mia vita quando arriva”*.

5.4 Integrazione dei risultati quantitativi e qualitativi

I risultati emersi dal presente studio di ricerca, considerati sia nella loro dimensione individuale sia in quella psicosociale-relazionale, delineano un quadro complesso ma coerente degli effetti della scrittura espressiva in pazienti adulti con cefalea primaria. Sul piano quantitativo, i dati evidenziano come l'intervento produca effetti selettivi e significativi principalmente sul grado di disabilità associato alla cefalea (misurato tramite il MIDAS Index e in MIDAS D), sulle strategie di regolazione emotiva (incremento della dimensione della ristrutturazione cognitiva e riduzione della dimensione dell'inibizione delle emozioni misurate attraverso l'ERQ) e sulla dimensione del senso di impotenza legato al dolore (misurato attraverso il PCS). Tali risultati suggeriscono un'azione mirata sui processi psicologici implicati nella gestione della malattia, favorendo l'elaborazione delle emozioni e, di conseguenza, una riorganizzazione adattiva dell'esperienza soggettiva del dolore. Al contrario, altre dimensioni, come il distress psicologico generale (ansia, stress e depressione misurati tramite la DASS-21) e alcuni aspetti della qualità della vita (misurati tramite l'MSQ), mostrano miglioramenti trasversali nei due gruppi (sperimentale e controllo), suggerendo l'esistenza di effetti aspecifici legati al tempo, al contesto o alla partecipazione allo studio.

I risultati qualitativi consentono di collocare tali informazioni in un contesto psicosociale e relazionale, dimostrando che la cefalea primaria è un'esperienza profondamente diffusa che coinvolge sia il funzionamento individuale sia le relazioni e l'identità personale. Il ritiro sociale, il disagio emotivo e la ridefinizione di sé, l'isolamento durante l'attacco, l'ambivalenza del supporto familiare e l'interconnessione tra le dimensioni individuale e relazionale sono alcuni dei temi emersi, che evidenziano come il dolore persistente sia inserito in una rete di significati che va oltre l'ambito somatico. I cambiamenti osservati a livello intrapsichico, in particolare la regolazione emotiva e la riduzione del senso di impotenza, possono essere considerati processi in grado di influire sul piano relazionale e sulle modalità di partecipazione sociale, contribuendo a contrastare le dinamiche di ritiro sociale e relazionale.

Complessivamente, l'integrazione dei dati quantitativi e qualitativi dimostra che la scrittura espressiva non agisce tanto sulla riduzione diretta del distress psicologico, quanto piuttosto sulla trasformazione del modo in cui l'esperienza dolorosa viene elaborata, interpretata e integrata nella storia personale e relazionale del paziente. Tale riorganizzazione sembrerebbe tradursi in una riduzione del grado di disabilità percepito e in un miglioramento delle risorse psicologiche, offrendo indicazioni rilevanti per interventi clinici che mirino non solo al sintomo, ma anche ai significati e ai processi che lo sostengono, e fornendo al contempo elementi utili per orientare la presa in carico e personalizzare gli interventi terapeutici.

5.5 Discussione generale dei risultati

Il presente studio di ricerca aveva l'obiettivo di valutare l'efficacia della scrittura espressiva nel promuovere il benessere dei pazienti adulti con cefalea primaria, considerando sia la dimensione intrapsichica sia quella psicosociale. In particolare, si è valutato l'impatto della scrittura espressiva sui processi emotivi e cognitivi, sulla qualità della vita correlata alla cefalea primaria e sulle modalità di rielaborazione narrativa dell'esperienza del dolore, rispetto a una condizione di scrittura neutra. I risultati mostrano che il gruppo EW, rispetto al gruppo NW, ha mostrato una riduzione della disabilità correlata alla cefalea, miglioramenti nella regolazione delle emozioni e una diminuzione della tendenza alla catastrofizzazione del dolore, relativamente alla dimensione del senso di impotenza. Entrambi i gruppi hanno riportato un miglioramento dei livelli di ansia, *stress* e depressione, senza differenze significative tra le due

condizioni. Lo studio di ricerca ha inoltre esplorato il contributo della Medicina Narrativa, considerando le narrazioni come strumento clinico utile alla comprensione dell'esperienza di malattia e alla progettazione di una presa in carico personalizzata. Su questa base, è stata proposta una scheda narrativa per la raccolta strutturata delle narrazioni relative all'esperienza di malattia dei pazienti, come possibile supporto alla pratica clinica.

I risultati dello studio confermano l'efficacia della scrittura espressiva nel ridurre i sintomi correlati alla cefalea primaria e la percezione dell'intensità del dolore, misurata tramite il MIDAS. Il gruppo sperimentale EW, che ha riportato emozioni legate alla propria esperienza di malattia, ha mostrato miglioramenti significativamente maggiori rispetto al gruppo di controllo NW. In linea con studi precedenti che dimostrano un effetto positivo della scrittura espressiva sulla percezione del dolore e sul benessere generale, l'Expressive Writing può rappresentare un utile intervento non farmacologico nella gestione del dolore cronico in pazienti adulti con cefalea primaria (Reinhold, Burkner & Holling, 2018; Broderick, Junghaenel & Schwartz, 2005; Koopman, Ismailji & Holmes, 2005).

Per quanto riguarda l'effetto della scrittura espressiva sull'impatto della cefalea primaria sulla qualità della vita, nel gruppo sperimentale EW si è osservato un effetto positivo sulla dimensione del funzionamento emotivo, misurata con l'MSQ, che valuta l'impatto della cefalea primaria sul piano emotivo, con una riduzione dei sentimenti di frustrazione, della percezione di essere un peso e della paura di deludere le aspettative a causa della cefalea. La scrittura espressiva può quindi rappresentare uno strumento utile per l'elaborazione delle emozioni negative e per ridurre la preoccupazione per le aspettative sociali, contribuendo a prevenire la catastrofizzazione dell'esperienza dolorosa. Non sono emerse differenze tra i gruppi nelle dimensioni di limitazione di ruolo (limitazione delle attività quotidiane) e di prevenzione del ruolo (rinuncia preventiva alle attività quotidiane). Questo risultato risulta essere in linea con studi precedenti, che suggeriscono come le variabili di qualità della vita siano più strettamente legate alla frequenza e alla gravità degli episodi di cefalea che alla percezione soggettiva dell'intensità del dolore (Cheung & Chung, 2021).

Relativamente al piano emotivo, il gruppo sperimentale EW ha mostrato un miglioramento nelle strategie di regolazione emotiva, misurate tramite l'ERQ, con un aumento della dimensione della ristrutturazione cognitiva e una riduzione della dimensione dell'inibizione

delle emozioni. Attraverso la scrittura espressiva, i pazienti possono esternalizzare pensieri ed emozioni, riducendo così il bisogno di reprimerli o di nasconderli. Inoltre, la scrittura aiuta loro a dare un nuovo significato (re-significare) alle esperienze emotive associate agli episodi di cefalea primaria. Questo processo potrebbe favorire l'acquisizione, il rafforzamento o il miglioramento delle competenze nella regolazione delle emozioni, spesso carenti in questa tipologia di pazienti (Mordechay, Nir & Eviatar, 2019; Sunay, Harmanc & Buyukgol, 2024). Inoltre, lo studio di Wolf e colleghi (2020) ha evidenziato che l'impiego di strategie di ristrutturazione cognitiva è associato a un'esperienza emotiva meno negativa e può quindi contribuire al miglioramento del benessere fisico e mentale (Mordechay, Nir & Eviatar, 2019; Sunay, Harmanc & Buyukgol, 2024).

È stata osservata una riduzione della catastrofizzazione del dolore nella dimensione del senso di impotenza, mentre non sono stati rilevati cambiamenti nelle dimensioni della magnificazione e della ruminazione, misurate tramite il PCS. Questi risultati appaiono in parte in contrasto con la letteratura che individua la catastrofizzazione come predittore del dolore cronico e suggerisce che la scrittura espressiva, facilitando l'elaborazione di pensieri ed emozioni negative legate alla cefalea, possa ridurre la tendenza alla ruminazione ed alla catastrofizzazione, promuovendo una percezione del dolore legato alla cefalea primaria maggiormente adattiva, una migliore capacità di regolazione delle emozioni ed un conseguente miglioramento della qualità della vita (Reinhold, Burkner & Holling, 2018; Sunay, Harmanc & Buyukgol, 2024; Baikié, Geerligs & Wilhelm, 2012). Una possibile spiegazione potrebbe risiedere nella natura automatica e radicata dei processi cognitivi di ruminazione e magnificazione, che richiederebbero interventi più strutturati, come, ad esempio, la terapia cognitivo-comportamentale, per essere modificati in modo significativo (Watkins, 2008; Beck, 2012). Inoltre, alcuni studi suggeriscono che gli effetti della scrittura espressiva sulla ruminazione possano emergere solo nel lungo termine.

Nel presente studio di ricerca, tuttavia, gli effetti sono stati valutati dopo tre mesi, in linea con il protocollo classico di Pennebaker (Pennebaker, 1997; Pennebaker & Beall, 1986). Un'ulteriore spiegazione riguarda le differenze individuali dei partecipanti: gli elevati livelli iniziali di ruminazione e magnificazione potrebbero aver limitato l'efficacia dell'intervento nel breve periodo. È possibile che i livelli iniziali di ruminazione e magnificazione fossero particolarmente elevati, il che potrebbe aver limitato l'efficacia dell'intervento nel breve termine. Infatti, studi precedenti hanno suggerito che gli individui con livelli più alti di

ruminazione tendono a resistere al cambiamento e potrebbero necessitare di un'esposizione prolungata alla scrittura espressiva o di interventi complementari per ottenere benefici significativi (Sloan et al, 2008; Pennebaker & Evans, 2014).

Infine, i risultati del presente studio di ricerca mostrano miglioramenti nella riduzione della dimensione del senso di impotenza misurata tramite il PCS. Questo risultato suggerisce che la scrittura espressiva potrebbe avere un ruolo specifico nel favorire una maggiore percezione di controllo sulle proprie emozioni e sul dolore, riducendo così il senso di impotenza spesso associato al dolore cronico (Baikie, Geerligs & Wilhelm, 2012).

Entrambi i gruppi hanno inoltre mostrato miglioramenti nel corso del tempo nei livelli di ansia, *stress* e depressione. Questo andamento suggerisce che la partecipazione a un'attività di scrittura, indipendentemente dal contenuto emotivo, possa essere associata a un miglioramento del benessere psicologico, anziché riflettere un effetto specifico della scrittura espressiva. Questi risultati sono coerenti con studi di ricerca precedenti che hanno osservato effetti positivi sullo stato psicologico anche in condizioni di scrittura controllata e focalizzata su temi neutri, ad esempio, la gestione del tempo. Ad esempio, lo studio di Baikie e colleghi (2012), ha evidenziato che anche i gruppi di controllo impegnati in compiti di scrittura neutra riportano miglioramenti significativi nei livelli di ansia, stress e depressione, sia immediatamente dopo l'intervento sia nei follow-up successivi. Una possibile spiegazione risiede nel fatto che il compito di gestione del tempo, pur concepito come una condizione di controllo, possa fungere da intervento attivo. La gestione del tempo condivide infatti alcune caratteristiche con le tecniche di pianificazione delle attività impiegate nella terapia cognitivo-comportamentale per il trattamento della depressione (Persons & Tompkins, 2001). Tali interventi mirano a contrastare l'inattività e la ruminazione, promuovendo un approccio più organizzato alla routine quotidiana e incidendo positivamente sul benessere psicologico dei pazienti. I miglioramenti osservati in entrambi i gruppi potrebbero inoltre essere attribuibili a fattori comuni, quali il coinvolgimento richiesto dal compito di scrittura e l'opportunità di riflessione personale, indipendentemente dal contenuto specifico del compito. Infatti, organizzare i propri pensieri e creare uno spazio per l'auto-osservazione possono favorire il benessere psicologico (Pennebaker & Evans, 2014).

Tali considerazioni suggeriscono la necessità di superare una lettura puramente descrittiva dei risultati, orientandosi verso un'analisi integrata che metta in dialogo dati quantitativi e qualitativi. Questo passaggio consente di comprendere più a fondo i processi psicologici e i significati soggettivi attraverso cui la scrittura espressiva incide sull'esperienza della cefalea primaria. In particolare, l'integrazione tra dati quantitativi e qualitativi consente di spostare l'attenzione dall'esito al processo, evidenziando che la scrittura espressiva non agisce principalmente sulla riduzione diretta del *distress*, bensì sui meccanismi psicologici e sui significati soggettivi che mediano l'esperienza del dolore. In questa prospettiva, l'intervento di scrittura espressiva può essere letto come uno strumento di riorganizzazione dell'esperienza interna, più che un semplice dispositivo di riduzione sintomatica. Le narrazioni dei partecipanti, tratte dalle risposte alla domanda aperta del protocollo di ricerca, mostrano infatti come la cefalea primaria non si configuri come un'esperienza limitata alla dimensione somatica, bensì come un fenomeno complesso, profondamente intrecciato con le sfere relazionali, sociali e identitarie. Questo risultato è in linea con la letteratura sul dolore cronico, che evidenzia come l'esperienza del dolore sia multidimensionale e costruita attraverso l'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (Nielson & Wier, 2001).

I temi emersi, ritiro sociale, disagio emotivo e ridefinizione dell'identità, isolamento durante l'attacco, ambivalenza del supporto familiare e interconnessione tra le dimensioni individuale e relazionale, delineano un quadro coerente con gli studi che descrivono il dolore cronico come un'esperienza disorganizzata del funzionamento quotidiano e del senso di sé (Ojala et al., 2015; Raheim & Haland, 2006).

In particolare, il tema del ritiro sociale evidenzia come i pazienti tendano a sviluppare strategie di evitamento anticipatorio che, pur avendo una funzione protettiva nel breve termine, nel lungo periodo contribuiscono a una riduzione della partecipazione sociale e a una contrazione della rete relazionale. Questo dato è coerente con il modello *fear-avoidance* del dolore cronico, secondo cui l'evitamento del dolore favorisce la disabilità e il mantenimento del problema (Crombez et al., 2012). In tal senso, la riduzione del senso di impotenza osservata nei dati quantitativi suggerisce che la scrittura espressiva possa contribuire a interrompere tali circoli viziosi, promuovendo una maggiore percezione di agency, in linea con studi che evidenziano come l'elaborazione emotiva e cognitiva favorisca una gestione più adattiva del dolore (Pennebaker & Chung, 2011).

Analogamente, il disagio emotivo e i processi di ridefinizione identitaria descritti dai partecipanti possono trovare spiegazione nei cambiamenti osservati nelle strategie di regolazione emotiva. La possibilità di esternalizzare pensieri ed emozioni attraverso la scrittura sembra offrire uno spazio simbolico per la rielaborazione dell'esperienza di malattia. Questo risultato è in linea con la letteratura sulla scrittura espressiva, che evidenzia come tale pratica favorisca processi di *meaning-making* e l'integrazione narrativa dell'esperienza (Pennebaker & Chung, 2011).

Il tema dell'isolamento durante l'attacco introduce una dimensione rilevante, in cui il bisogno fisiologico e quello di ridurre gli stimoli sensoriali si intrecciano con una temporanea disconnessione relazionale. Questo risultato trova riscontro nella letteratura clinica sulla cefalea primaria, che descrive il ritiro durante l'attacco come una strategia funzionale, ma potenzialmente associata a vissuti di isolamento (Ahmad & Senese, 2025).

Un altro elemento di complessità è l'ambiguità del sostegno familiare. Le storie evidenziano una tensione tra la necessità di supporto e l'impressione di non essere del tutto compresi. Questo risultato è in linea con la letteratura sul ruolo del contesto relazionale nel dolore cronico. Secondo questa prospettiva, le risposte degli altri possono influenzare l'esperienza del dolore e i processi di adattamento del paziente. La percezione del dolore, il senso di validazione emotiva e le strategie di coping adottate possono essere influenzate da modalità di risposta quali l'iperprotezione, la minimizzazione o l'incomprensione. Possono anche influenzare l'adattamento funzionale alla condizione cronica (Buse et al., 2016; Battista et al., 2023). Di conseguenza, la scrittura espressiva può aiutare a comunicare meglio le esperienze soggettive e a facilitare i processi di rinegoziazione dei significati nelle relazioni.

Infine, i risultati possono essere integrati in una prospettiva coerente con il modello biopsicosociale, attraverso il tema dell'interconnessione tra le dimensioni individuali e relazionali. Il dolore viene presentato come un'esperienza situata e costruita all'interno di contesti simbolici e relazionali. Questo è in linea con le ricerche che sostengono che il dolore persistente sia il risultato dell'interazione tra più sistemi (Gatchel et al., 2007). I cambiamenti osservati a livello intrapsichico, in particolare sul senso di controllo e sulla regolazione emotiva, possono avere effetti a cascata sul funzionamento sociale e identitario in questo contesto.

Il miglioramento del *distress* generale in entrambi i gruppi è di particolare interesse. Questo risultato è in linea con la letteratura che sottolinea l'esistenza di effetti specifici associati alla scrittura e alla partecipazione allo studio (Frattaroli, 2006). Ma l'integrazione con dati qualitativi consente di distinguere questi effetti generali da quelli più specifici osservati nel gruppo di scrittura espressiva. La rielaborazione dell'esperienza e i processi di significazione sembrano essere le cause principali di questi cambiamenti.

Nel complesso, i risultati suggeriscono che la scrittura espressiva può essere considerata sia un intervento sintomatico sia un dispositivo trasformativo che influisce sui processi di costruzione del significato nell'esperienza di malattia. Con questa interpretazione concorda l'approccio della Medicina Narrativa, che considera la narrazione un processo attivo di riorganizzazione dell'esperienza (Charon, 2006).

In conclusione, i risultati del presente studio di ricerca supportano l'idea che gli interventi centrati sulla narrazione possano costituire una parte importante della presa in carico del paziente e dell'intero percorso di cura della cefalea primaria. Tale prospettiva è in linea con le indicazioni per la gestione integrata del dolore cronico, che sottolineano l'importanza di interventi multimodali che integrino aspetti biologici e psicologici (Eccleston, Morley & Williams, 2013).

CAPITOLO 6

CONTRIBUTI DELLO STUDIO, LIMITI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO: IMPLICAZIONI E APPLICAZIONI

6.1 Contributi alla letteratura e implicazioni cliniche

I risultati del presente studio di ricerca ampliano la conoscenza degli interventi psicologici non farmacologici per la gestione della cefalea primaria, evidenziando cambiamenti sia nella dimensione intrapsichica, in termini di processi emotivi e cognitivi, sia nella dimensione psicosociale, legata alla rielaborazione dell'esperienza di malattia e al suo impatto relazionale. I dati mostrano in particolare che la scrittura espressiva può avere un impatto positivo su vari aspetti importanti del funzionamento del paziente, come la disabilità correlata alla cefalea, la regolazione emotiva e la tendenza alla catastrofizzazione del dolore, con un impatto specifico sulla dimensione del senso di impotenza. Questo aspetto è di particolare interesse teorico e clinico, poiché contribuisce a chiarire i possibili meccanismi con cui l'esperienza soggettiva del dolore può essere influenzata da interventi economici e facilmente implementabili.

Dal punto di vista scientifico, lo studio si colloca in un filone di ricerca che indaga il ruolo dei processi cognitivi ed emotivi nella modulazione del dolore cronico. Lo studio sostiene l'ipotesi che gli interventi basati sull'elaborazione emotiva possano promuovere strategie di regolazione più adattive, come la ristrutturazione cognitiva, e ridurre strategie disfunzionali, come l'inibizione delle emozioni. I risultati aiutano anche a comprendere meglio le dimensioni della catastrofizzazione del dolore, indicando che non tutte le sue componenti possono essere modificate allo stesso modo con interventi brevi e non strutturati. Infatti, per affrontare processi più profondi, come la ruminazione (il dolore è al centro del pensiero, occupando spazio mentale in modo ripetitivo e difficile da interrompere) e la magnificazione (percepire il dolore come più pericoloso, grave o ingestibile di quanto sia oggettivamente), il lavoro sottolinea la necessità di integrare la scrittura espressiva con metodi più strutturati, ad esempio la terapia cognitivo-comportamentale.

La dimensione relazionale dell'esperienza di malattia è un altro aspetto importante che emerge dall'analisi qualitativa delle risposte alla domanda aperta. Le narrazioni dei partecipanti

mostrano come la cefalea primaria influenzi le dinamiche familiari e sociali attraverso i processi di ritiro, di isolamento e di ambivalenza nel supporto percepito. Ciò arricchisce la letteratura attuale, sottolineando l'importanza di considerare il dolore cronico sia come fenomeno individuale sia come fenomeno relazionale e contestuale. In questa prospettiva, gli interventi come la scrittura espressiva hanno un valore clinico più ampio perché aiutano i pazienti a regolare le proprie emozioni, a diventarne più consapevoli e a comunicare le proprie esperienze con gli altri significativi.

Rispetto all'impatto sulla comunità scientifica, il presente studio di ricerca contribuisce a rafforzare l'interesse per interventi accessibili e a basso costo nella gestione delle cefalee primarie. Sottolineando, inoltre, la necessità di approcci integrati che considerino i fattori biologici, psicologici, relazionali ed emotivi dell'esperienza del dolore.

I risultati mostrano che la scrittura espressiva può essere utile per la presa in carico multidisciplinare dei pazienti con cefalea primaria. Potrebbe essere utilizzata come strumento aggiuntivo nei programmi di educazione terapeutica e negli ambienti ambulatoriali, in grado di promuovere una maggiore consapevolezza emotiva, una migliore gestione del dolore e una riduzione del senso di impotenza. Questo intervento è particolarmente adatto anche a contesti clinici con risorse limitate, poiché può essere utilizzato in autonomia o a distanza. Infine, l'uso della scrittura espressiva nella pratica clinica può contribuire a promuovere un modello di cura *patient-centered*, in cui il dolore soggettivo viene riconosciuto, valorizzato ed integrato all'interno del processo terapeutico. In questo senso, l'intervento non si limita alla riduzione dei sintomi, ma contribuisce anche a una rielaborazione più ampia della malattia, con benefici a lungo termine per il benessere generale del paziente.

Questo aspetto risulta particolarmente coerente con l'approccio della Medicina Narrativa, che concepisce la narrazione non solo come mezzo espressivo, ma anche come processo attivo di costruzione del significato e di riorganizzazione dell'esperienza di malattia. In questa prospettiva, la scrittura espressiva può essere intesa come un dispositivo narrativo che consente al paziente di integrare il dolore nella propria storia personale, favorendo una maggiore continuità identitaria e una comprensione più articolata di sé.

Al tempo stesso, la Medicina Narrativa offre una cornice clinica e relazionale in cui tali processi possono essere valorizzati nella pratica clinica. In questo senso, l'integrazione della scrittura espressiva nei contesti clinici non rappresenta soltanto un supporto alla regolazione emotiva, ma anche uno strumento per facilitare la comunicazione tra paziente e professionisti sanitari e per arricchire la comprensione del vissuto di malattia.

In linea con questa prospettiva, sulla base dei risultati qualitativi e quantitativi, è stata elaborata una proposta di scheda narrativa finalizzata a supportare la raccolta strutturata delle narrazioni dei pazienti nella pratica clinica. Tale proposta non costituisce uno strumento validato, ma una possibile traduzione applicativa dei processi osservati, volta a fornire al clinico una visione integrata del paziente nelle sue dimensioni emotive, cognitive e relazionali, al fine di migliorare la presa in carico e l'intero percorso di cura.

6.2 Limiti dello studio

Nonostante i risultati promettenti, lo studio presenta alcuni limiti. In primo luogo, sebbene la dimensione del campione fosse sufficiente per un'analisi preliminare volta a identificare gli effetti di entità medio-grandi, è possibile che non siano stati rilevati effetti di entità più piccole. Poiché la maggior parte dei pazienti con cefalea primaria ha una diagnosi di emicrania, il campione potrebbe non essere del tutto rappresentativo della popolazione. In secondo luogo, il basso tasso di completamento al *follow-up* potrebbe essere dovuto in parte alle differenze nelle procedure tra la valutazione basale e quella di *follow-up*. Sebbene *online*, la valutazione iniziale (T0) è stata effettuata immediatamente dopo una visita neurologica in presenza, durante la quale un neurologo e uno psicologo hanno presentato lo studio, il che ha probabilmente favorito l'adesione iniziale. La valutazione di follow-up (T1), invece, è stata effettuata circa tre mesi dopo sempre in modalità *online*, senza visita di controllo programmata né contatto diretto con i professionisti; ciò potrebbe aver ridotto la motivazione dei partecipanti a completare la valutazione. Per migliorare la *retention*, gli studi futuri potrebbero beneficiare di una maggiore integrazione tra il *follow-up* e le visite cliniche di routine. In terzo luogo, gli effetti della scrittura espressiva sulla gestione della cefalea e sul benessere psicologico a lungo termine non possono essere esaminati a causa della breve durata del *follow-up*. Gli studi futuri dovrebbero prevedere *follow-up* più lunghi per valutare la stabilità degli effetti nel tempo.

Un'altra limitazione è la mancanza di confronto con altri interventi non farmacologici consolidati, come la terapia cognitivo-comportamentale o la *mindfulness*. Inoltre, il disegno dello studio non ha consentito di esaminare i meccanismi psicologici alla base dei benefici osservati. Il processo di assegnazione presenta ulteriori problemi. I partecipanti sono stati assegnati secondo un metodo pragmatico, adattato al processo di reclutamento, per ridurre gli squilibri tra i gruppi. Sebbene ciò possa aver comportato un *bias* di allocazione, le differenze significative tra i gruppi sono state esaminate e controllate statisticamente. Sebbene questascelta rifletta il carattere esplorativo dello studio e le circostanze del mondo reale, sottolinea quanto siano importanti futuri studi randomizzati controllati per confermare i risultati.

Infine, il campione potrebbe essere caratterizzato da un *bias* di autoselezione; i pazienti più motivati o più inclini alla riflessione emotiva potrebbero essere stati anche quelli più disponibili a impegnarsi nell'intervento e, di conseguenza, a trarne beneficio.

Nella parte qualitativa vanno considerati alcuni limiti metodologici. In primo luogo, è stata utilizzata un'unica domanda aperta per raccogliere i dati. Per ottenere un primo accesso ai vissuti dei partecipanti, questo metodo si è rivelato utile; tuttavia, non ha consentito un'esplorazione iterativa e approfondita dell'esperienza soggettiva. In effetti, l'assenza di interviste qualitative strutturate o semi-strutturate limita la possibilità di approfondire i significati emergenti, esaminare le ambiguità e creare categorie interpretative più articolate. Inoltre, i *bias* legati alla desiderabilità sociale, alla capacità narrativa individuale e al livello di insight dei partecipanti emergono dalla raccolta di dati scritti autoriferiti. Ciò potrebbe sottorappresentare esperienze più complesse o emotivamente significative. Un altro limite è la mancanza di triangolazione metodologica, come l'inclusione di *focus group*, di interviste in profondità o del coinvolgimento di altri soggetti significativi, come i familiari. Ciò riduce la robustezza e la validità ecologica dei risultati. Un altro limite è che l'analisi qualitativa non ha considerato le storie raccontate dai partecipanti durante l'intervento di scrittura espressiva, ma solo le risposte a una specifica domanda aperta. Poiché sono stati creati in un contesto esperienziale diretto e si concentrano sull'elaborazione emotiva della malattia, questi materiali costituiscono una fonte di dati particolarmente ricca ed ecologicamente valida. Un approccio più approfondito ai processi di significazione, alle dinamiche di regolazione emotiva e ai

cambiamenti narrativi nel tempo avrebbe potuto essere raggiunto includendo e analizzando attentamente tali testi.

L'analisi tematica ha permesso di identificare pattern ricorrenti nei dati dal punto di vista analitico, ma l'assenza di procedure di analisi qualitativa più sofisticate limita la possibilità di sviluppare modelli interpretativi più complessi. Per studi futuri, potrebbe essere vantaggioso utilizzare approcci come l'IPA (*Interpretative Phenomenological Analysis*; Biggerstaff & Thompson, 2008), che analizza in profondità l'esperienza vissuta e i processi di significazione individuale, oppure la *Grounded Theory* (Charmaz, 2015), che genera modelli teorici a partire dai dati. Inoltre, integrare l'analisi narrativa o strumenti linguistici come il LIWC (*Linguistic Inquiry and Word Count*, Tausczik & Pennebaker, 2010) consentirebbe di esaminare sia i contenuti tematici sia gli indicatori cognitivi ed emotivi associati ai processi di elaborazione. Il LIWC è un programma di analisi testuale che consente di quantificare l'uso di determinate categorie linguistiche (come parole emotive, cognitive e sociali). Ciò si ottiene fornendo indicatori indiretti dei processi psicologici alla base della narrazione, quali l'elaborazione emotiva, la ristrutturazione cognitiva e il coinvolgimento sociale.

Nonostante le limitazioni appena descritte, i risultati mostrano che la scrittura espressiva può risultare utile per la presa in carico multidisciplinare dei pazienti adulti con cefalea primaria. Potrebbe essere uno strumento aggiuntivo nei programmi di educazione terapeutica e negli ambienti ambulatoriali, utile a promuovere una maggiore consapevolezza emotiva, una migliore gestione del dolore e una riduzione del senso di impotenza. Questo intervento è particolarmente adatto anche a contesti clinici con risorse limitate, perché può essere utilizzato in autonomia o a distanza.

Infine, l'uso della scrittura espressiva nella pratica clinica può contribuire a sviluppare un modello di cura centrato sul paziente, in cui il dolore soggettivo viene riconosciuto e considerato un elemento importante del processo terapeutico. Di conseguenza, l'intervento non si limita alla riduzione dei sintomi, ma aiuta a rielaborare la malattia in modo più ampio, migliorando la qualità della vita e il benessere mentale a lungo termine.

6.3 Prospettive di ricerca futura

I risultati del presente studio offrono indicazioni promettenti sull'utilità della scrittura espressiva nella gestione della cefalea primaria in pazienti adulti, ma sottolineano anche la necessità di ulteriori studi per chiarirne l'efficacia, i meccanismi sottostanti e le migliori strategie di impiego.

Per confermare i risultati osservati e garantire una maggiore solidità metodologica, sarebbe consigliabile condurre studi randomizzati controllati con una numerosità campionaria adeguata. Con l'uso di rigorose procedure di randomizzazione e di una definizione chiara degli esiti primari, sarebbe possibile migliorare la validità interna e ridurre i potenziali *bias* di selezione e di allocazione. Per valutare la stabilità degli effetti della scrittura espressiva nel tempo, potrebbe essere fondamentale formulare previsioni su periodi di *follow-up* più lunghi.

Inoltre, studi futuri potrebbero approfondire il ruolo di variabili di mediazione, come l'elaborazione cognitiva, l'espressività emotiva o le strategie di *coping*, mediante l'impiego di modelli statistici complessi ed avanzati, quali l'analisi di mediazione e moderazione. In particolare, potrebbe essere rilevante indagare perché alcune dimensioni del dolore, come la ruminazione e la magnificazione, appaiono meno sensibili a questo tipo di intervento, nonché la necessità di integrare tale approccio con interventi psicoterapici più strutturati.

Un ulteriore sviluppo consiste nel confronto diretto tra la scrittura espressiva e altri interventi non farmacologici più validati (come la terapia cognitivo-comportamentale, la *mindfulness* e gli interventi basati sulla regolazione emotiva), al fine di valutarne l'efficacia in termini di meccanismi di azione e ambiti di applicazione. Tale confronto consentirebbe non solo di individuare eventuali sinergie con altri approcci, ma anche di testarne l'efficacia. Seguendo questa linea di pensiero, sarebbe utile definirne il ruolo all'interno di percorsi terapeutici, esplorando il suo impiego sia come intervento autonomo, qualora la scrittura espressiva sia sufficientemente in grado di produrre benefici clinicamente significativi, sia come intervento complementare, in grado di potenziare l'efficacia degli interventi più strutturati.

Appare inoltre fondamentale approfondire le differenze interindividuali nelle risposte all'intervento. L'efficacia della scrittura espressiva può essere influenzata da fattori quali i livelli

iniziali di *distress*, la tendenza alla ruminazione, gli stili di regolazione emotiva e le caratteristiche di personalità. L'analisi sistematica di queste variabili consentirebbe di chiarire per quali sottogruppi di pazienti l'intervento risulti efficace e attraverso quali meccanismi. In tale prospettiva, per determinare se e in che misura l'intervento sia più efficace in specifici sottogruppi di persone, studi futuri dovrebbero includere una caratterizzazione più precisa della popolazione clinica, ad esempio distinguendo tra diversi sottotipi di cefalea e tenendo conto delle comorbidità. Inoltre, l'utilizzo di misure oggettive o multimodali, come diari elettronici del dolore e indicatori comportamentali o fisiologici, potrebbe aumentare l'affidabilità delle valutazioni integrando i dati *self-report*.

Un'altra area di ricerca riguarda l'ottimizzazione del protocollo di intervento. Potrebbe risultare utile esaminare quali modalità di somministrazione siano più efficaci in termini di durata e frequenza, valutare se sia preferibile far compilare il protocollo in presenza o online, effettuare una somministrazione guidata o autonoma, nonché l'eventuale integrazione con strumenti digitali che possano facilitare l'aderenza e il monitoraggio nel tempo. Pertanto, l'utilizzo di piattaforme digitali o di applicazioni mobili potrebbe essere un buon modo per rendere l'intervento più scalabile e accessibile.

Infine, per facilitarne l'implementazione nei contesti sanitari, le future ricerche dovrebbero tenere conto anche dei fattori di fattibilità, di accettabilità e di aderenza all'intervento nella pratica clinica reale. Il coinvolgimento della scrittura espressiva nei percorsi di cura multidisciplinari richiede, infatti, prove di sostenibilità ed efficacia.

Nel complesso, l'approfondimento di queste linee di ricerca può aiutare a definire con maggiore precisione il ruolo della scrittura espressiva nella gestione della cefalea primaria e, più in generale, nel trattamento del dolore cronico, sostenendo lo sviluppo di interventi sempre più efficaci, personalizzati e integrati.

Inoltre, i risultati qualitativi suggeriscono, per studi futuri, l'opportunità di approfondire la relazione tra la cefalea primaria e gli altri sintomi associati, indagando le dinamiche familiari, i processi di ritiro sociale e la costruzione dell'identità di malattia. L'emergere di aspetti come l'isolamento durante l'attacco e l'ambivalenza nei confronti del supporto familiare evidenzia la necessità di progettare ricerche che includano variabili relazionali e interpersonali, nonché

metodologie miste in grado di cogliere la complessità dell'esperienza soggettiva. L'integrazione sistematica di dati qualitativi, infatti, può contribuire a una comprensione più ecologica e clinicamente rilevante degli effetti degli interventi.

6.4 Traduzione applicativa dei risultati: proposta di scheda narrativa

Alla luce dei risultati emersi, appare particolarmente rilevante tradurre le evidenze in indicazioni operative per la pratica clinica. In particolare, i dati quantitativi e qualitativi convergono nel sottolineare che l'esperienza della cefalea primaria non si esaurisce nella dimensione sintomatica, ma coinvolge in modo significativo anche i processi di regolazione emotiva, le rappresentazioni cognitive della malattia e le dinamiche sociali e relazionali. I risultati mostrano infatti che l'intervento di scrittura espressiva è associato a una riduzione della disabilità percepita, a un miglioramento delle strategie di regolazione emotiva e a una diminuzione del senso di impotenza, suggerendo che gli interventi orientati alla narrazione e alla rielaborazione dell'esperienza possano incidere sulle dimensioni caratteristiche del profilo psicologico dei pazienti con cefalea primaria.

In questo contesto, la Medicina Narrativa si offre non solo come cornice teorica, ma anche come strumento di lettura clinica delle narrazioni prodotte dai pazienti attraverso l'esercizio di scrittura espressiva e come modalità di traduzione del materiale scritto in conoscenza clinica. Rappresenta quindi la cornice clinica entro cui un intervento psicologico strutturato, nel nostro caso la scrittura espressiva, può essere implementato e interpretato. Se la scrittura espressiva agisce principalmente sui processi di regolazione emotiva e di ristrutturazione cognitiva, la Medicina Narrativa consente di collocare tali cambiamenti all'interno di una relazione di cura centrata sulla storia del paziente, ampliandone la portata sul piano identitario e relazionale. Come abbiamo visto, essa si avvale di una pluralità di strumenti, tra cui interviste, diari autobiografici, cartelle parallele e strumenti digitali, che consentono di rendere espliciti i significati attribuiti alla malattia, di esplorare le traiettorie biografiche entro cui essa si iscrive e di produrre materiali narrativi utilizzabili sia a fini clinici sia a fini di ricerca (Giarella, Marisco & Truscio, 2015; Covelli, 2021). In parallelo, i processi di digitalizzazione dei sistemi sanitari stanno progressivamente ridefinendo le modalità di raccolta e condivisione delle storie di malattia, ampliando le possibilità di espressione dell'esperienza soggettiva e promuovendo

forme più attive di partecipazione del paziente alla costruzione del sapere clinico e al proprio percorso di cura (Covelli & Polvani, 2026).

In questa direzione, la scheda narrativa si presenta come uno strumento applicativo concreto che mira a facilitare la raccolta sistematica e guidata di storie di malattia nella pratica clinica quotidiana. È un dispositivo strutturato ma flessibile che consente al clinico di orientare il racconto del paziente verso argomenti pertinenti, senza limitarne la spontaneità espressiva. Con la sua applicazione, i dati clinici oggettivi possono essere integrati con elementi soggettivi, offrendo una comprensione più ampia e articolata dell'esperienza delle persone che soffrono di malattia.

La scheda proposta (vedi *Figura 2*), coerentemente con i risultati della presente ricerca, si articola in diverse aree tematiche che riflettono le dimensioni emerse maggiormente rilevanti: la storia della cefalea primaria e il suo esordio, le caratteristiche e la localizzazione del dolore, i sintomi associati, i fattori trigger e le comorbidità, i trattamenti farmacologici e non farmacologici sperimentati, l'impatto emotivo e funzionale della cefalea primaria nonché le aspettative e gli obiettivi del paziente rispetto al percorso di cura.

L'inclusione di domande-stimolo e di spazi di scrittura favorisce l'emergere di contenuti narrativi ricchi che consentono al paziente di esprimere vissuti emotivi, significati e rappresentazioni difficilmente rilevabili con strumenti standardizzati.

In linea con i risultati quantitativi del presente studio di ricerca, la scheda narrativa consente inoltre di esplorare dimensioni quali il senso di impotenza, le modalità di regolazione emotiva e la percezione della disabilità associata alla cefalea primaria, offrendo al clinico elementi utili per identificare aree di vulnerabilità psicologica e orientare interventi mirati. Parallelamente, i risultati qualitativi evidenziano come l'esperienza della cefalea primaria sia profondamente intrecciata con dinamiche relazionali e sociali, caratterizzate da ritiro, isolamento e ambivalenza nei confronti dei familiari; tali aspetti possono essere efficacemente indagati e restituiti attraverso l'uso della scheda narrativa, favorendo una presa in carico che tenga conto della complessità del vissuto del paziente.

Da un punto di vista clinico, l'adozione della scheda narrativa può contribuire a promuovere una relazione di cura più centrata sul paziente, poiché favorisce l'ascolto attivo, la comprensione empatica e la costruzione condivisa del significato della malattia (Charon, 2006; Giarella, Marisco & Truscio, 2015). Inoltre, essa può supportare gli operatori sanitari a personalizzare l'intervento terapeutico, integrando approcci farmacologici e non farmacologici e favorendo l'attivazione di risorse adattative nel paziente (Covelli, 2021). In questo senso, la scheda narrativa si configura non solo come un mero strumento di raccolta dei dati, ma anche come un vero e proprio dispositivo clinico capace di attivare processi di riflessione, consapevolezza e rielaborazione, in linea con i meccanismi di cambiamento evidenziati dalla scrittura espressiva (Pennebaker & Chung, 2011).

Nel complesso, la proposta di una scheda narrativa rappresenta un tentativo di tradurre i risultati del presente studio di ricerca in una pratica clinica concreta, sostenendo un modello di cura biopsicosociale che riconosce il valore della narrazione come strumento conoscitivo, terapeutico e relazionale.

Figura 3. Proposta di scheda narrativa – uno strumento per raccogliere le narrazioni del paziente.

<u>AREA</u>	<u>DOMANDE STIMOLO</u>
<u>1. Racconto della storia della cefalea</u>	• Può raccontarmi quando è iniziato il problema della cefalea? • Come è cambiata nel tempo? • Ci sono eventi della sua vita che associa all'inizio?
<u>2. Esperienza del dolore</u>	• Come descriverebbe il suo dolore? • Dove lo sente e come si diffonde? • In che modo il dolore evolve durante la giornata?
<u>3. Sintomi associati</u>	• <u>Quali altri sintomi accompagnano il mal di testa?</u> • <u>Ci sono segnali che anticipano l'attacco?</u>

<u>4. Fattori scatenanti e contesto</u>	• Ha notato situazioni o fattori che scatenano la cefalea? • Ci sono condizioni di salute o di salute emotiva associate?
<u>5. Strategie e trattamenti</u>	• Cosa fa quando arriva il dolore? • Quali trattamenti ha provato e con quali risultati? • Ci sono strategie non farmacologiche che utilizza?
<u>6. Impatto sulla vita</u>	• Che effetto ha su lavoro, relazioni e tempo libero? • Come si sente emotivamente rispetto a questa condizione?
<u>7. Aspettative e bisogni</u>	• Cosa si aspetta dal percorso di cura? • Quali sono i suoi obiettivi principali? • Di cosa sente maggiormente il bisogno in questo momento?
<u>8. Note del clinico</u>	Osservazioni rilevanti emerse durante il colloquio

CONCLUSIONI

Il presente lavoro di tesi ha consentito di approfondire l'evento malattia relativo alla cefalea primaria, adottando una prospettiva integrata che la considera non solo come una condizione neurologica, ma anche come un'esperienza complessa, situata all'intersezione tra le dimensioni biologica, psicologica e relazionale.

In linea con gli obiettivi del presente studio di ricerca, articolati lungo due traiettorie principali (intrapsichica e psicosociale/relazionale), il lavoro ha inteso, da un lato, valutare gli effetti della scrittura espressiva sui processi emotivi e cognitivi e sulla qualità della vita dei pazienti con cefalea primaria e, dall'altro, approfondire, attraverso le narrazioni, l'impatto della malattia sulla vita relazionale e sui processi di significazione dell'esperienza del dolore. Accanto a tali obiettivi, lo studio ha inoltre esplorato il contributo della Medicina Narrativa nell'integrare la dimensione soggettiva dell'evento malattia attraverso le narrazioni dei pazienti nei percorsi di cura.

Nel corso del lavoro di tesi è emerso che la condizione di malattia considerata incide in modo significativo sulla dimensione identitaria e relazionale della persona. La ricorrenza imprevedibile degli attacchi e la difficoltà nel controllarne l'andamento possono compromettere il senso di continuità del sé, influenzare la percezione dell'efficacia personale e modificare l'immagine di sé nei diversi ruoli della vita. Inoltre, il carattere spesso invisibile del dolore può esporre i pazienti a vissuti di incomprensione, minimizzazione e isolamento, confermando la rilevanza del contesto sociale e relazionale nella costruzione dell'esperienza di malattia.

All'interno di questa prospettiva, la gestione della cefalea si configura come un processo che si svolge in un contesto relazionale e simbolico, in cui il modo in cui il dolore viene comunicato, interpretato e riconosciuto dagli altri influisce sulla sua elaborazione emotiva e sul grado di disabilità percepita. Le caratteristiche psicologiche associate alla cefalea, tra cui vulnerabilità agli affetti negativi, tendenza alla ruminazione e difficoltà di regolazione emotiva, si confermano elementi centrali nei processi di adattamento psicosociale alla cronicità, contribuendo a modellare il significato attribuito alla malattia e la sua integrazione nella storia di vita della persona.

All'interno di questa cornice, i risultati suggeriscono che la scrittura espressiva possa contribuire a una riorganizzazione dell'esperienza soggettiva di malattia, incidendo su dimensioni centrali del profilo psicologico dei pazienti adulti con cefalea primaria, come la regolazione delle emozioni.

In particolare, l'effetto osservato sulla riduzione del senso di impotenza appare indicativo di un possibile processo di riappropriazione dell'esperienza di malattia, in cui il dolore non viene più vissuto come evento passivo, incontrollabile e disabilitante, bensì come un'esperienza progressivamente integrabile nella propria storia di vita.

L'integrazione dei dati quantitativi e qualitativi ha consentito di evidenziare che tali cambiamenti non si configurano unicamente come esiti sintomatologici, bensì come trasformazioni nei processi di significazione. In questa prospettiva, la scrittura espressiva può essere interpretata come un dispositivo psicosociale capace di facilitare la regolazione delle emozioni attraverso la narrazione, contribuendo a trasformare l'esperienza del dolore da evento disorganizzato a elemento narrativamente integrato. Tali risultati sono coerenti con l'idea che la regolazione emotiva non sia esclusivamente un processo intrapsichico, bensì un fenomeno mediato dal linguaggio e dalle pratiche narrative.

Allo stesso tempo, i dati evidenziano che alcuni processi cognitivi, quali la ruminazione e la magnificazione, risultano più resistenti al cambiamento, suggerendo la necessità di integrare la scrittura espressiva con interventi più strutturati nei casi in cui tali dimensioni siano particolarmente radicate.

Un ulteriore elemento emerso riguarda il ruolo dei fattori aspecifici legati all'attività di scrittura, che sembrano contribuire al miglioramento del benessere psicologico generale indipendentemente dal contenuto. Tuttavia, l'analisi qualitativa ha permesso di distinguere questi effetti generali dai cambiamenti più specifici osservati nella scrittura espressiva, che appaiono maggiormente legati alla rielaborazione dell'esperienza. In questo senso, il presente lavoro di ricerca si colloca nel quadro della psicologia sociale e della salute, evidenziando come il dolore cronico sia un fenomeno situato, costruito e negoziato all'interno di contesti clinici, relazionali e culturali.

Dal punto di vista applicativo, i risultati supportano l'idea che interventi brevi, accessibili e centrati sulla narrazione possano costituire un complemento utile nei percorsi di presa in carico della cefalea primaria. In particolare, la proposta di scheda narrativa, derivata dai dati dello studio, si configura come uno strumento esplorativo volto a favorire l'integrazione della dimensione soggettiva nella pratica clinica, in coerenza con i principi della medicina narrativa. Infine, il presente lavoro suggerisce che il contributo delle narrazioni nella gestione della cefalea risieda unicamente nella riduzione dei sintomi, ma nella possibilità di trasformare il modo in cui il dolore viene compreso, vissuto e integrato nella storia personale.

In questa prospettiva, la cura non si limita al controllo della malattia, ma si estende alla costruzione di significato, alla relazione e all'identità, aprendo nuove prospettive per interventi orientati all'adattamento alla cronicità e al benessere complessivo della persona.

BIBLIOGRAFIA

Ahmad, S., & Senese, V. P. (2025). When migraine meets people: a qualitative study on the negative and positive influences of episodic migraine on interpersonal relationships. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1-13.

Alvarez-Astorga, A., García-Azorín, D., Hernández, M., de la Red, H., Sotelo, E., Uribe, F., & Guerrero, A. L. (2021). Pain catastrophising in a population of patients with migraine. *Pensamiento catastrófico ante el dolor: presencia en una población de migrañosos*. *Neurología*, 36(1), 24–28.

Anguera, M. T., Blanco-Villaseñor, A., Jonsson, G. K., Losada, J. L., & Portell, M. (2020). Best practice approaches for mixed methods research in psychological science. *Frontiers in psychology*, 11, 590131.

Ashina, S., Terwindt, G. M., Steiner, T. J., Lee, M. J., Porreca, F., Tassorelli, C., ... & Lipton, R. B. (2023). Medication overuse headache. *Nature reviews Disease primers*, 9(1), 5.

Bae, J. Y., Sung, H. K., Kwon, N. Y., Go, H. Y., Kim, T. J., Shin, S. M., & Lee, S. (2021). Cognitive behavioral therapy for migraine headache: a systematic review and meta-analysis. *Medicina*, 58(1), 44.

Baikie KA, Geerligs L, Wilhelm K. Expressive writing and positive writing for participants with mood disorders: An online randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2012;136(3):310–9.

Baikie, K. A., & Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in psychiatric treatment*, 11(5), 338-346.

Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European journal of psychological assessment*.

Banfi, P., Cappuccio, A., Latella, M. E., Reale, L., Muscianisi, E., & Marini, M. G. (2018). Narrative medicine to improve the management and quality of life of patients with COPD: the first experience applying parallel chart in Italy. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 287-297.

Barbanti, P., Aurilia, C., Egeo, G., Proietti, S., D'Onofrio, F., Torelli, P., ... & ERT; for the Italian Migraine Registry study group. (2024). Ultra-late response (> 24 weeks) to anti-CGRP monoclonal antibodies in migraine: a multicenter, prospective, observational study. *Journal of Neurology*, 271(5), 2434-2443.

Barbanti, P., Fiorentini, G., Camarda, C., Autunno, M., Pistoia, F., Aurilia, C., ... & Cevoli, S. (2025). Profiling the real-world migraine patient: public health insights from sociodemographic, lifestyle, and clinical data in the Italian National Migraine Registry (I-GRAINE). *The Journal of Headache and Pain*, 26(1), 199.

Barmherzig, R., & Rajapakse, T. (2021). Nutraceuticals and behavioral therapy for headache. *Current neurology and neuroscience reports*, 21(7), 33.

Battista, S., Lazzaretti, A., Coppola, I., Falsiroli Maistrello, L., Rania, N., & Testa, M. (2023). Living with migraine: A meta-synthesis of qualitative studies. *Frontiers in Psychology*, 14, 1129926.

Beck, J. S. (2012). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*.

Biggerstaff, D., & Thompson, A. R. (2008). Interpretative phenomenological analysis (IPA): A qualitative methodology of choice in healthcare research. *Qualitative research in psychology*, 5(3), 214-224.

Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., & Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive psychiatry*, 60, 170-181.

Bottiroli, S., Renzi, A., Ballante, E., De Icco, R., Sances, G., Tanzilli, A., Vecchi, T., Tassorelli, C., & Galli, F. (2023). Personality in Chronic Headache: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Pain research & management*, 2023, 6685372.

Brandenburg, U., & Bitzer, J. (2009). Sexual counseling in the clinical setting—The importance of patient–physician interaction. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(1), 291–301.

Brandenburg, U., & Bitzer, J. (2009). The challenge of talking about sex: The importance of patient–physician interaction. *Maturitas*, 63(2), 124-127.

Broderick JE, Junghaenel DU, Schwartz JE. Written emotional expression produces health benefits in fibromyalgia patients. *Psychosom Med*. 2005;67(2):326–334.

Burch, R., Rizzoli, P., & Loder, E. (2018). The prevalence and impact of migraine and severe headache in the United States: figures and trends from government health studies. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 58(4), 496-505.

Buse, D. C., Manack, A., Serrano, D., Turkel, C., & Lipton, R. B. (2010). Sociodemographic and comorbidity profiles of chronic migraine and episodic migraine sufferers. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 81(4), 428-432.

Buse, D. C., Scher, A. I., Dodick, D. W., Reed, M. L., Fanning, K. M., Adams, A. M., & Lipton, R. B. (2016). Impact of migraine on the family: perspectives of people with migraine and their spouse/domestic partner in the CaMEO study. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 91, No. 5, pp. 596-611). Elsevier.

Caponnetto, V., Deodato, M., Robotti, M., Koutsokera, M., Pozzilli, V., Galati, C., ... & European Headache Federation School of Advanced Studies (EHF-SAS). (2021). Comorbidities of primary headache disorders: a literature review with meta-analysis. *The journal of headache and pain*, 22(1), 71.

Cardona-Roca, L., Seguí-Solanes, C., Cano-Alonso, M., Sosa-Pons, A., Almendros-Abad, N., & Sola, N. R. (2025). Impact of anti-CGRP monoclonal antibodies on treatment satisfaction

and quality of life in patients with resistant migraine: a retrospective real-world study. *BMC neurology*, 25(1), 418.

Charmaz, K. (2015). Grounded theory. *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*, 3(2015), 53-84.

Charon, R. (2001). Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, 286(15), 1897–1902.

Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford: Oxford University Press.

Charon, R. (2008). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.

Cheung RY, Chung HS, Ng MC. Expressive writing and well-being in Chinese emerging adults: Is emotion regulation an underlying mechanism? *Emerg Adulthood*. 2021;9(6):679-689.

Corasaniti, M. T., Bagetta, G., Nicotera, P., Tarsitano, A., Tonin, P., Sandrini, G., ... & Scuteri, D. (2023). Safety of Onabotulinumtoxin A in chronic migraine: a systematic review and Meta-analysis of randomized clinical trials. *Toxins*, 15(5), 332.

Covelli, V. (2025). *La medicina narrativa nel sistema sanitario attuale: Elementi essenziali per un approccio integrato alla cura*. Rivista eCampus Università.

Celentano, D. D., Linet, M. S., & Stewart, W. F. (1990). Gender differences in the experience of headache. *Social science & medicine*, 30(12), 1289-1295.

Chu, H.T.; Liang, C.S.; Lee, J.T.; Yeh, T.C.; Lee, M.S.; Sung, Y.F.; Yang, F.C. Associations between depression/anxiety and headache frequency in migraineurs: A cross sectional study. *Headache J. Head Face Pain* 2018, 58, 407–415.

Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J. W., & Karoly, P. (2012). Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. *The Clinical journal of pain*, 28(6), 475-483.

D'Amico D, Mosconi P, Genco S, et al. The Migraine Disability Assessment (MIDAS) questionnaire: translation and reliability of the Italian version. *Cephalalgia*. 2001;21(10):947–52.

D'Souza, P. J., Lumley, M. A., Kraft, C. A., & Dooley, J. A. (2008). Relaxation training and written emotional disclosure for tension or migraine headaches: a randomized, controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 36(1), 21-32.

Davis, R. E., Smitherman, T. A., & Baskin, S. M. (2013). Personality traits, personality disorders, and migraine: a review. *Neurological Sciences*, 34(Suppl 1), 7-10.

de Almeida Soares, A., Fortes, Y. M. L., de Oliveira Souza, W. P., & Silva-Néto, R. P. (2024). Questionnaires used to assess the quality of life of patients with migraine and other headache disorders: an integrative review. *Headache Medicine*, 15(3), 123-130.

Dodick, D. W., Reed, M. L., Lee, L., Balkaran, B. L., Umashankar, K., Parikh, M., ... & Buse, D. C. (2024). Impact of headache frequency and preventive treatment failure on quality of life, disability, and direct and indirect costs among individuals with episodic migraine in the United States. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 64(4), 361-373.

Duan, S.; Ren, Z.; Xia, H.; Wang, Z.; Zheng, T.; Li, G.; Liu, L.; Liu, Z. Associations between anxiety, depression with migraine, and migraine-related burdens.

Eccleston, C., Morley, S. J., & Williams, A. D. C. (2013). Psychological approaches to chronic pain management: evidence and challenges. *British journal of anaesthesia*, 111(1), 59-63.

Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (junior & adult)*. Hodder and Stoughton Educational.

Fioretti, C., Mazzocco, K., Riva, S., Oliveri, S., Masiero, M., & Pravettoni, G. (2016). Research studies on patients' illness experience using the Narrative Medicine approach: a systematic review. *BMJ open*, 6(7), e011220.

Fischer, M. A., & Jan, A. (2019). Medication-overuse headache. PMID: 30844177.

Florczyk, S., Elliott, T., Lawrence, K., Penwell-Waines, L., & Robes, C. (2024). Headache treatment options. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 37(4), 737-744.

Fox, J., Gaul, C., Ohse, J., Peperkorn, N., Krutzki, J., & Shibani, Y. (2025). Psychological transdiagnostic factors and migraine characteristics as predictors of migraine-related disability. *The Journal of Headache and Pain*, 26(1), 167.

Ford, J. H., Jackson, J., Milligan, G., Cotton, S., Ahl, J., & Aurora, S. K. (2017). A real-world analysis of migraine: a cross-sectional study of disease burden and treatment patterns. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 57(10), 1532-1544.

Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. Chicago: Univ.

Fratraroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 132(6), 823.

Galvez-Sánchez, C. M., & Montoro Aguilar, C. I. (2022). Migraine and Neuroticism: A Scoping Review. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 12(2), 30.

Gao, X. (2022). Research on expressive writing in psychology: A forty-year bibliometric analysis and visualization of current status and research trends. *Frontiers in Psychology*, 13, 825626.

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*, 41(3), 543-554.

Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological bulletin*, 133(4), 581.

Gendolla, A., Brown, J. D., Mercadante, A. R., Drakeley, S., Sternbach, N., Jenkins, A., ... & Coppola, G. (2024). The incremental burden and healthcare resource utilization among people with migraine in Europe: Insights from the 2020 European National Health and Wellness Survey. *Cephalalgia*, 44(12), 03331024241276415.

Giarella, G., Marsico, G., & Taruscio, D. (2015). *Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative*. Conferenza di Consenso. In *Il Sole 24 Ore Sanità – I Quaderni di Medicina* (n. 7, 24 febbraio–2 marzo 2015).

Glass, O., Dreusicke, M., Evans, J., Bechard, E., & Wolever, R. Q. (2019). Expressive writing to improve resilience to trauma: A clinical feasibility trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 34, 240-246.

Gortner, E. M., Rude, S. S., & Pennebaker, J. W. (2006). Benefits of expressive writing in lowering rumination and depressive symptoms. *Behavior therapy*, 37(3), 292-303.

Grazzi, L., Sansone, E., Raggi, A., D'Amico, D., De Giorgio, A., Leonardi, M., ... & Andrasik, F. (2017). Mindfulness and pharmacological prophylaxis after withdrawal from medication overuse in patients with Chronic Migraine: an effectiveness trial with a one-year follow-up. *The journal of headache and pain*, 18(1), 15.

Grazzi, L., Andrasik, F., Rizzoli, P., Bernstein, C., Sansone, E., & Raggi, A. (2021). Acceptance and commitment therapy for high frequency episodic migraine without aura: findings from a randomized pilot investigation. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 61(6), 895-905.

Grazzi, L. (2022). Mindfulness and other behavioral approaches. *Neurological Sciences*, 43(9), 5745-5747.

Grazzi, L., Covelli, V., & Memini, F. (2020). Deeper inside the experience of pediatric headache: a narrative study.

Grazzi, L., Giossi, R., Montisano, D. A., Canella, M., Marcosano, M., Altamura, C., & Vernieri, F. (2024). Real-world effectiveness of Anti-CGRP monoclonal antibodies compared to OnabotulinumtoxinA (RAMO) in chronic migraine: a retrospective, observational, multicenter, cohort study. *The Journal of Headache and Pain*, 25(1), 14.

Gucciardi, E., Jean-Pierre, N., Karam, G., & Sidani, S. (2016). Designing and delivering facilitated storytelling interventions for chronic disease self-management: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 16(1), 249.

Guetterman, T. (2015). Descriptions of sampling practices within five approaches to qualitative research in education and the health sciences.

Guo, L. (2023). The delayed, durable effect of expressive writing on depression, anxiety and stress: A meta-analytic review of studies with long-term follow-ups. *British Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 272-297.

Hajhashemy, Z., Golpour-Hamedani, S., Eshaghian, N., Sadeghi, O., Khorvash, F., & Askari, G. (2024). Practical supplements for prevention and management of migraine attacks: a narrative review. *Frontiers in Nutrition*, 11, 1433390.

Han, X., & Yu, S. (2023). Non-pharmacological treatment for chronic migraine. *Current Pain and Headache Reports*, 27(11), 663-672.

Haneke, H., Sulaiman, S., Nickel, S., Raffaelli, B., Jansen, J. P., & Kirchberger, V. (2023). Changes in health-related quality of life in patients with therapy-resistant migraine during treatment with erenumab in an ambulatory care setting. *Journal of Clinical Medicine*, 12(17), 5619.

Haratian, A., Amjadi, M. M., Ghandehari, K., Hatamian, H., Kiani, S., Habibi, M., ... & Ataei, M. (2020). Emotion regulation difficulties and repetitive negative thinking in patients with tension headaches and migraine.

Haywood, K. L., Mars, T. S., Potter, R., Patel, S., Matharu, M., & Underwood, M. (2016). Assessing the impact of headaches and the outcomes of treatment: a systematic review of patient reported outcome measures (PROMs). *Cephalalgia*, 36(10), 951-968.

Hearn, J., et al. (2022). Narrative medicine and headache: Exploring patient stories to improve clinical care. *Headache*, 62(5), 564–575.

Hus, A. K., Xu, Y. Y., Steinmetz, J. D., Aalipour, M. A., Aalruz, H., Abdulah, D. M., ... & Jairoun, A. A. (2025). Global, regional, and national burden of headache disorders, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet Neurology*, 24(12), 1005-1015.

Kim, S., Bae, D. W., Park, S. G., & Park, J. W. (2021). The impact of Pain-related emotions on migraine. *Scientific reports*, 11(1), 577.

Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.

Koopman C, Ismailji T, Holmes D, et al. The effects of expressive writing on pain, depression and posttraumatic stress disorder symptoms in survivors of intimate partner violence. *J Health Psychol*. 2005;10(2):211–221.

Kraft, C. A., Lumley, M. A., D'Souza, P. J., & Dooley, J. A. (2008). Emotional approach coping and self-efficacy moderate the effects of written emotional disclosure and relaxation training for people with migraine headaches. *British journal of health psychology*, 13(1), 67-71.

Kristoffersen, E. S., & Lundqvist, C. (2014). Medication-overuse headache: epidemiology, diagnosis and treatment. *Therapeutic advances in drug safety*, 5(2), 87-99.

Kupeli, N., Chatzitheodorou, G., Troop, N. A., McInnerney, D., Stone, P., & Candy, B. (2019). Expressive writing as a therapeutic intervention for people with advanced disease: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 18(1), 65.

Lázaro, E., & Moscardó, V. (2024, October). Qualitative Health-Related Quality of Life and Natural Language Processing: Characteristics, Implications, and Challenges. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 19, p. 2008). MDPI.

Leonardi, M., Martelletti, P., Burstein, R., Fornari, A., Grazi, L., Guekht, A., ... & Raggi, A. (2024). The World Health Organization Intersectoral Global Action Plan on Epilepsy and Other Neurological Disorders and the headache revolution: from headache burden to a global action plan for headache disorders. *The Journal of Headache and Pain*, 25(1), 4.

Leonardi, M., Raggi, A. A narrative review on the burden of migraine: when the burden is the impact on people's life. *J Headache Pain* 20, 41 (2019).

Levi R., Edman G.V., Ekbom K., Waldenlind E. Episodic cluster headache. I: Personality and some neuropsychological characteristics in male patients. *Headache*. 1992;32:119–125.

Lew, Y. F. H., & Xin, X. H. (2021). Using a narrative practice approach to understand in-depth experiences of individuals coping with chronic pain. *Pain Medicine*, 22(1), 191-202.

Licina, E., Radojicic, A., Jeremic, M., Tomic, A., & Mijajlovic, M. (2023). Non-pharmacological treatment of primary headaches—a focused review. *Brain Sciences*, 13(10), 1432.

Lipton, R.B.; Seng, E.K.; Chu, M.K.; Reed, M.L.; Fanning, K.M.; Adams, A.M.; Buse, D.C. The effect of psychiatric comorbidities on headache-related disability in migraine: Results from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study. *Headache J. Head Face Pain* 2020, 60, 1683–1696.

Lipton, R. B., Ailani, J., Mullin, K., Pavlovic, J. M., Tepper, S. J., Dodick, D. W., & Blumenfeld, A. M. (2024). Situational prevention: pharmacotherapy during periods of

increased risk for migraine attacks. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 64(7), 859-864.

Lipton, R. B., Bigal, M. E., Kolodner, K., Stewart, W. F., Liberman, J. N., & Steiner, T. J. (2003). The family impact of migraine: population-based studies in the USA and UK. *Cephalalgia*, 23(6), 429-440.

Lipton, R. B., Buse, D. C., Adams, A. M., Varon, S. F., Fanning, K. M., & Reed, M. L. (2017). Family impact of migraine: development of the impact of migraine on partners and adolescent children (IMPAC) scale. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 57(4), 570-585.

Lipton, R. B., Nicholson, R. A., Reed, M. L., Araujo, A. B., Jaffe, D. H., Faries, D. E., ... & Pearlman, E. M. (2022). Diagnosis, consultation, treatment, and impact of migraine in the US: Results of the OVERCOME (US) study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 62(2), 122-140.

Lonardi, C. (2006). *Racconti di cefalea. L'approccio biografico alla malattia cronica* (pp. 1-211). QUI EDIT.

Lund, T., Neville, A., Jordan, A., Carter, B., Sumpton, J., & Noel, M. (2024). Narrative accounts of youth and their mothers with chronic headache: application of a socio-narratology framework to pain narratives. *The Clinical Journal of Pain*, 40(10), 588-600.

Mangrum, R., Bryant, A. L., Gerstein, M. T., McCarrier, K. P., Houts, C. R., McGinley, J. S., ... & Wirth, R. J. (2024). The impacts of migraine on functioning: results from two qualitative studies of people living with migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 64(2), 156-171.

Mantonakis, L., Belesioti, I., Deligianni, C. I., Natsis, V., Mitropoulou, E., Kasioti, E., ... & Mitsikostas, D. D. (2024). Depression and anxiety symptoms in headache disorders: an observational, cross-sectional study. *Neurology International*, 16(2), 356-369.

Marelli, A., Grazzi, L., Visco, M. A., Crescenzo, P., Bavagnoli, A., Sirotich, C., & Covelli, V. (2024, June). Alternative Treatments for Emotional Experiencing and Processing in People with Migraine or Tension-Type Headache: A Scoping Review. In *Healthcare*(Vol. 12, No. 13, p. 1302). MDPI.

Marini, M. G., Braga, A., Lattuada, C., Cappuccio, A., & Madau, F. B. (2025). Exploring the language of chronic pain stories through a Facebook page. A qualitative study on narratives and unmet needs. *Minerva medica*, 116(1), 1–12.

Mohamed, N. H., Beckstein, A., Winship, G., Ashraf Khan Mou, T., Pang, N. T. P., & Relajo-Howell, D. (2023). Effects of self-expressive writing as a therapeutic method to relieve stress among university students. *Journal of Poetry Therapy*, 36(3), 243-255.

Montisano, D. A., Giossi, R., Canella, M., Altamura, C., Marcosano, M., Vernieri, F., ... & Grazzi, L. (2024). Reducing the impact of headache and allodynia score in chronic migraine: an exploratory analysis from the Real-World effectiveness of anti-CGRP monoclonal antibodies compared to onabotulinum toxin A (RAMO) study. *Toxins*, 16(4), 178.

Monterrey, P., González, M., Ramírez, D., Gracia, F., Henríquez, F., Pérez-Franco, E., ... & Pertuz, W. (2022). Characteristics of migraine in patients with headache disorders: A clinic-based study from Central American and Caribbean countries. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 62(8), 1029-1038.

Monticone, M., Baiardi, P., Ferrari, S., Foti, C., Mugnai, R., Pillastrini, P., ... & Vanti, C. (2012). Development of the Italian version of the Pain Catastrophising Scale (PCS-I): cross-cultural adaptation, factor analysis, reliability, validity and sensitivity to change. *Quality of Life Research*, 21(6), 1045-1050.

Mordechay DS, Nir B, Eviatar Z. Expressive writing-Who is it good for? Individual differences in the improvement of mental health resulting from expressive writing. *Complement Ther Clin Pract*. 2019;37:115-121.

Muñoz I., Hernández M.S., Santos S., Jurado C., Ruiz L., Toribio E., Sotelo E.M., Guerrero A.L., Molina V., Uribe F., et al. Personality traits in patients with cluster headache: A comparison with migraine patients. *J. Headache Pain*. 2016;17:25.

Mugerwa, S., & Holden, J. D. (2012). Writing therapy: a new tool for general practice?. *The British Journal of General Practice*, 62(605), 661.

Niles, A. N., Haltom, K. E. B., Mulvenna, C. M., Lieberman, M. D., & Stanton, A. L. (2014). Randomized controlled trial of expressive writing for psychological and physical health: the moderating role of emotional expressivity. *Anxiety, Stress & Coping*, 27(1), 1-17.

Nielson, W. R., & Weir, R. (2001). Biopsychosocial approaches to the treatment of chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 17(4), S114-S127.

Olesen, J. (2018). International classification of headache disorders. *The Lancet Neurology*, 17(5), 396-397.

Norel, R., Gewandter, J., Zhang, Z., Tahsin, A., Abdallah, C. G., Markman, J., ... & Geha, P. (2025). Turning Patients' Open-Ended Narratives of Chronic Pain Into Quantitative Measures: Natural Language Processing Study. *JMIR human factors*, 12(1), e80269.

Olesen, J. (2025). Research to improve headache classification: Results, methods, and future challenges. *Cephalalgia*, 45(10), 03331024251377753.

Ornello, R., Baldini, F., Onofri, A., Rosignoli, C., De Santis, F., Burgalassi, A., ... & Iannone, L. F. (2025). Impact of duration of chronic migraine on long-term effectiveness of monoclonal antibodies targeting the calcitonin gene-related peptide pathway—A real-world study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 65(1), 61-67.

Ojala, T., Häkkinen, A., Karppinen, J., Sipilä, K., Suutama, T., & Piirainen, A. (2015). Chronic pain affects the whole person—a phenomenological study. *Disability and rehabilitation*, 37(4), 363-371.

Overeem, L. H., Ulrich, M., Fitzek, M. P., Lange, K. S., Hong, J. B., Reuter, U., & Raffaelli, B. (2025). Consistency between headache diagnoses and ICHD-3 criteria across different levels of care. *The Journal of Headache and Pain*, 26(1), 6.

Park, C. L., & George, L. S. (2016). Assessing meaning and meaning making in the context of stressful life events: Measurement tools and approaches. In *Positive Psychology in Search for Meaning* (pp. 27-48). Routledge.

Pellesi, L., Do, T. P., & Hougaard, A. (2024). Pharmacological management of migraine: current strategies and future directions. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 25(6), 673-683.

Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of abnormal psychology*, 95(3), 274.

Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological science*, 8(3), 162-166.

Pennebaker, J. W., & Chung, C. K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals, and health. *Foundations of health psychology*, 263, 263-284.

Pennebaker JW, Evans JF. *Expressive writing: Words that heal*. Enumclaw, WA: Idyll Arbor; 2014.

Pennebaker, J. W., & Chung, C. K. (2011). Expressive writing: Connections to physical and mental health. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford handbook of health psychology* (pp. 417–437). Oxford University Press.

Pennebaker, J. W. (2018). Expressive writing in psychological science. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 226-229.

Pennebaker, J. W., & Smyth, J. M. (2016). *Opening up by writing it down: How expressive writing improves health and eases emotional pain*. Guilford Publications.

Persons, J. B., & Tompkins, M. A. (1997). Cognitive-behavioral case formulation. *Handbook of psychotherapy case formulation*, 314-339.

Peters G. L. (2019). Migraine overview and summary of current and emerging treatment options. *The American journal of managed care*, 25(2 Suppl), S23–S34. PMID: 30681821.

Pistoia, F., Salfi, F., Saporito, G. et al. Behavioral and psychological factors in individuals with migraine without psychiatric comorbidities. *J Headache Pain* 23, 110 (2022).

Procaccia, R., Segre, G., Tamanza, G., & Manzoni, G. M. (2021). Benefits of expressive writing on healthcare workers' psychological adjustment during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12, 624176.

Puledda, F., Sacco, S., Diener, H. C., Ashina, M., Al-Khazali, H. M., Ashina, S., ... & Tassorelli, C. (2024). International Headache Society global practice recommendations for the acute pharmacological treatment of migraine. *Cephalalgia*, 44(8), 03331024241252666.

Radat, F., & Swendsen, J. (2005). Psychiatric comorbidity in migraine: a review. *Cephalalgia*, 25(3), 165-178.

Raggi, A., Giovannetti, A. M., Schiavolin, S., Leonardi, M., Bussone, G., Grazi, L., ... & D'Amico, D. (2014). Validating the Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire v2. 1 (MSQ) in Italian inpatients with chronic migraine with a history of medication overuse. *Quality of Life Research*, 23(4), 1273-1277.

Råheim, M., & Håland, W. (2006). Lived experience of chronic pain and fibromyalgia: Women's stories from daily life. *Qualitative health research*, 16(6), 741-761.

Ravyts, S. G., Carnahan, N., Harte, N., Bhattiprolu, K., McCaulley, C., Dudeney, J., & Aaron, R. V. (2025). Depression and anxiety in adults with chronic headache conditions: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Pain*, 105610.

Reinhold M, Bürkner PC, Holling H. Effects of expressive writing on depressive symptoms—A meta-analysis. *Clin Psychol Sci Pract*. 2018;25(1):e12224.

Robbins, M. S. (2021). Diagnosis and management of headache: a review. *Jama*, 325(18), 1874-1885.

Rondinella, S., & Silipo, D. B. (2023). The effects of chronic migraine on labour productivity: Evidence from Italy. *Labour*, 37(1), 1-32.

Rosa, R., Lionetto, F., Angilecchia, D., Carmillo, L., Castaldo, M., Giovannico, G., ... & Pellicciari, L. (2025). Italian version of the Headache Disability Inventory: Cross-cultural adaptation, validity, and reliability. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 65(2), 230-241.

Rosignoli, C., Ornello, R., Onofri, A., Caponnetto, V., Grazzi, L., Raggi, A., ... & Sacco, S. (2022). Applying a biopsychosocial model to migraine: rationale and clinical implications. *The Journal of Headache and Pain*, 23(1), 100.

Ruiz de Velasco, I., Gonzalez, N., Etxeberria, Y., & Garcia-Monco, J. C. (2003). Quality of life in migraine patients: a qualitative study. *Cephalalgia*, 23(9), 892-900.

Sacco, S., Amin, F. M., Ashina, M., Bendtsen, L., Deligianni, C. I., Gil-Gouveia, R., ... & Lampl, C. (2022). European Headache Federation guideline on the use of monoclonal antibodies targeting the calcitonin gene related peptide pathway for migraine prevention—2022 update. *The journal of headache and pain*, 23(1), 67.

Scaratti, C., Covelli, V., Guastafierro, E., Leonardi, M., Grazzi, L., Rizzoli, P. B., ... & Raggi, A. (2018). A qualitative study on patients with chronic migraine with medication overuse

headache: comparing frequent and non-frequent relapsers. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 58(9), 1373-1388.

Shapiro, R. E., Martin, A. A., Bhardwaj, S., Thomson, H., Maculaitis, M. C., Anderson, C., & Kymes, S. M. (2023). Relationships between headache frequency, disability, and disability-related unemployment among adults with migraine. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 29(2), 197-209.

Simic, K., Savic, B., & Knezevic, N. N. (2024). Pain catastrophizing: how far have we come. *Neurology international*, 16(3), 483-501.

Smyth, J. M., Stone, A. A., Hurewitz, A., & Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis: A randomized trial. *Jama*, 281(14), 1304-1309.

Sloan, D. M., Marx, B. P., Epstein, E. M., & Dobbs, J. L. (2008). Expressive writing buffers against maladaptive rumination. *Emotion*, 8(2), 302.

Slavin-Spenny, O., Lumley, M. A., Thakur, E. R., Nevedal, D. C., & Hijazi, A. M. (2013). Effects of anger awareness and expression training versus relaxation training on headaches: A randomized trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(2), 181-192.

Steiner, T. J., Stovner, L. J., Katsarava, Z., Lainez, J. M., Lampl, C., Lantéri-Minet, M., ... & André, C. (2014). The impact of headache in Europe: principal results of the Eurolight project. *The journal of headache and pain*, 15, 1-11.

Steiner, T. J., Stovner, L. J., & Vos, T. (2016). GBD 2015: migraine is the third cause of disability in under 50s. *The journal of headache and pain*, 17(1), 104.

Steiner, T. J., Terwindt, G. M., Katsarava, Z., Pozo-Rosich, P., Gantenbein, A. R., Roche, S. L., ... & Tassorelli, C. (2022). Migraine-attributed burden, impact and disability, and migraine-impacted quality of life: expert consensus on definitions from a Delphi process. *Cephalalgia*, 42(13), 1387-1396.

Stephan, Y., Sutin, A. R., Luchetti, M., & Terracciano, A. (2021). Personality and headaches: Findings from six prospective studies. *Biopsychosocial Science and Medicine*, 83(2), 118-124.

Stovner LJ, Hagen K, Linde M, Steiner TJ (2022) The global prevalence of headache: an update, with analysis of the influences of methodological factors on prevalence estimates. *Headache Pain* 23(1):34.

Sunay E, Harmancı H, Büyükgöl H. Emotional regulation difficulties in migraine patients: Do they link with clinical features of migraine and pain-related disability?. *Ann Clin Anal Med* 2024;15(4):250-254.

Tashakkori, A., & Creswell, J. W. (2007). Exploring the nature of research questions in mixed methods research. *Journal of mixed methods research*, 1(3), 207-211.

Tausczik, Y. R., & Pennebaker, J. W. (2010). The psychological meaning of words: LIWC and computerized text analysis methods. *Journal of language and social psychology*, 29(1), 24-54.

Tonelli, M. E., & Wachholtz, A. B. (2014). Meditation-based treatment yielding immediate relief for meditation-naïve migraineurs. *Pain Management Nursing*, 15(1), 36-40.

Tonini, M.C., Chesi, P. Narrative medicine, an innovative approach to: 10.1007/s10072-018-3377-3.

Tonini, M. C., Fiorencis, A., Iannacchero, R., Zampolini, M., Cappuccio, A., Raddino, R., ... & Marini, M. G. (2021). Narrative Medicine to integrate patients', caregivers' and clinicians' migraine experiences: The DRONE multicentre project. *Neurological Sciences*, 42(12), 5277-5288.

Usai, S., Grazzi, L., D'Amico, D., Andrasik, F., & Bussone, G. (2009). Psychological variables in chronic migraine with medication overuse before and after inpatient withdrawal: results at 1-year follow-up. *Neurological sciences*, 30(Suppl 1), 125-127.

Vekhter, D., Robbins, M. S., Minen, M., & Buse, D. C. (2020). Efficacy and feasibility of behavioral treatments for migraine, headache, and pain in the acute care setting. *Current pain and headache reports*, 24(10), 66.

Vernieri, F., Iannone, L. F., Guerzoni, S., Russo, A., Barbanti, P., Sances, G., ... & Torelli, F. (2024). Long-term effectiveness of galcanezumab in the prevention of migraine: an Italian retrospective analysis (REALITY). *Neurology and Therapy*, 13(2), 415-435.

Wachholtz, A. B., & Pargament, K. I. (2008). Migraines and meditation: does spirituality matter?. *Journal of behavioral medicine*, 31, 351-366.

Wachholtz, A., Vohra, R., & Metzger, A. (2019). A reanalysis of a randomized trial on meditation for migraine headaches: distraction is not enough but meditation takes time. *Complementary therapies in medicine*, 46, 136-143.

Wasson, S. (2018). Before narrative: episodic reading and representations of chronic pain. *Medical Humanities*, 44(2), 106-112.

Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological bulletin*, 134(2), 163.

Wolf, J., Danno, D., Takeshima, T., Vancleef, L. M., Yoshikawa, H., & Gaul, C. (2020). The relation between emotion regulation and migraine: A cross-cultural study on the moderating effect of culture. *Cephalalgia*, 40(4), 384-392.

Woldeamanuel, Y. W., & Cowan, R. P. (2017). Migraine affects 1 in 10 people worldwide featuring recent rise: a systematic review and meta-analysis of community-based studies involving 6 million participants. *Journal of the neurological sciences*, 372, 307-315.

Yuan, L., Pantila, K., Niu, X. Y., Zhang, Y. X., Yang, F., & Zheng, H. (2025). Efficacy of psychological treatment for tension-type headache: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Headache and Pain*.

Yuan, Y., Schreiber, K., Flowers, K. M., Edwards, R., Azizoddin, D., Ashcraft, L., ... & Hruschak, V. (2024). The relationship between emotion regulation and pain catastrophizing in patients with chronic pain. *Pain Medicine*, 25(7), 468-477.

Zandifar, A., Asgari, F., Haghdoost, F., Masjedi, S. S., Manouchehri, N., Banihashemi, M., Ghorbani, A., Najafi, M. R., Saadatnia, M., & Lipton, R. B. (2014). Reliability and validity of the migraine disability assessment scale among migraine and tension type headache in Iranian patients. *BioMed research international*, 2014, 978064.

Zachariae, R., & O'Toole, M. S. (2015). The effect of expressive writing intervention on psychological and physical health outcomes in cancer patients—a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1349-1359.

Zhang, P., & Berk, T. (2025). Network analysis of headache diagnoses using international classification of headache disorders, 3rd edition. *Frontiers in neurology*, 16, 1526037.

Zhang, Y., & Wildemuth, B. M. (2009). Qualitative analysis of content. *Applications of social research methods to questions in information and library science*, 308(319), 1-12.

Allegato 1. Protocollo di ricerca.

Progetto Adult_EW

La cefalea in età adulta: strumenti narrativi per il clinico e il paziente

INFORMAZIONI SOCIO DEMOGRAFICHE

1. Genere
 - ☐ Maschio
 - ☐ Femmina
2. Età:
.....
3. Il titolo di studio più elevato che ha conseguito è:
Contrassegna solo una risposta
 - ☐ Nessun titolo
 - ☐ Licenza Elementare
 - ☐ Licenza Media
 - ☐ Diploma scuola media superiore
 - ☐ Laurea triennale/Diploma universitario
 - ☐ Laurea Specialistica/Magistrale/Vecchio Ordinamento
 - ☐ Dottorato di ricerca/Master/Specializzazione
 - ☐ Altro: ...
4. Quanti anni di studio ha svolto in totale? Ad es. se ha conseguito la licenza media ma ha frequentato anche due anni di scuola secondaria superiore dovrà indicare 10 anni.
(indicare il numero di anni di studio)
5. Il suo stato civile è:
Contrassegna solo un ovale
 - ☐ Nubile/Celibe
 - ☐ Sposato
 - ☐ Convivente
 - ☐ Separato/Divorziato
 - ☐ Vedovo
6. Ha figli? Se sì, quanti?
.....
7. Qual è la sua qualifica professionale e che lavoro svolge?
Ad es. è un commercialista e lavora presso una società di consulenze.
.....

CONDIZIONE SCRITTURA ESPRESSIVA

*"Ti chiediamo di scrivere ininterrottamente per 15-20 minuti su un trauma o un problema che stai vivendo in questo momento o che hai vissuto in un altro momento della tua vita **in relazione alla cefalea**. Puoi scrivere di qualsiasi cosa tu voglia, ma ricordati che l'evento che scegli dovrebbe essere **l'evento che consideri il più stressante che tu abbia mai vissuto e che è il più importante per te in relazione alla cefalea**. Quando scriverai dell'evento, voglio che ti lasci andare e che tocchi i sentimenti più profondi che hai. In altre parole, scrivi di ciò che è successo e di come ti sei sentito e di come ti senti ora. Dovresti cercare di scrivere dello stesso evento per 3 giorni consecutivi, ma non è un obbligo. Ancora una volta, l'ideale è che l'argomento sia uno di quelli di cui non si è parlato di cui non hai parlato in dettaglio con altri".*

CONDIZIONE DI CONTROLLO

"Ti chiediamo di scrivere privatamente su come gestisci il tuo tempo. Ti viene chiesto di scrivere per 3 giorni di seguito, per 15-20 minuti al giorno. Scrivi su un argomento diverso in ognuno dei 3 giorni. Scrivi in modo dettagliato su ciò che hai fatto con il tuo tempo nell'ultima settimana (giorno 1), che cosa hai fatto con il tuo tempo nelle ultime 24 ore (giorno 2) e cosa pensi di fare con il tuo tempo nelle prossime 24 ore (giorno 3). Mentre scrivi, dovresti cercare di attenerti ai tuoi comportamenti effettivi o alle azioni pianificate. Cerca di non scrivere dei tuoi sentimenti su ciò che è accaduto o su ciò che accadrà, e cerca di evitare di esprimere le opinioni. Scrivi solo i fatti, cioè di ciò che è successo, magari giorno per giorno o ora per ora, o di ciò che si pensa di fare nel giorno successivo, ma non sui tuoi sentimenti o sulle tue opinioni".

MIDAS (MIGRAINE DISABILITY ASSESSMENT)

Istruzioni: risponda alle domande dalla n° 1 alla n° 5 relativamente a TUTTI i mal di testa di cui ha sofferto negli ultimi 3 mesi. Scriva la sua risposta nella casella a fianco di ogni domanda. Scriva zero se non ha svolto nel corso degli ultimi 3 mesi le attività indicate nella domanda.

1) Quanti giorni di assenza dal lavoro o da scuola ha fatto negli ultimi tre mesi a causa del mal di testa? _____ giorni

2) Per quanti giorni, nel corso degli ultimi tre mesi, il suo rendimento sul lavoro o a scuola si è ridotto della metà o più a causa del mal di testa? (Non conteggi i giorni di assenza che ha già indicato nella risposta alla prima domanda) _____ giorni

3) Per quanti giorni, nel corso degli ultimi tre mesi, non ha svolto i lavori di casa a causa del mal di testa?
_____ giorni

4) Per quanti giorni, negli ultimi tre mesi, il suo rendimento nei lavori di casa si è ridotto della metà o più a causa del mal di testa?
(Non conteggi i giorni di assenza che ha già indicato nella risposta alla prima domanda) _____ giorni

5) Per quanti, giorni, nel corso degli ultimi tre mesi, non ha partecipato ad attività familiari, sociali o di svago a causa del mal di testa?
_____ giorni

C. Per quanti giorni, nel corso degli ultimi tre mesi, ha sofferto di mal di testa?
(Se un mal di testa è durato più di un giorno, sommi tutti i giorni) _____ giorni

D. Su una scala da 0 a 10, quale è stata mediamente l'intensità del dolore durante questi mal di testa?
(Dove 0 è uguale ad assenza di dolore e 10 dolore fortissimo, non potrebbe essere peggio) _____ giorni

MSQ (MIGRAINE-SPECIFIC QUALITY OF LIFE)

Nel rispondere alle seguenti domande, la preghiamo di pensare a tutti gli eventuali attacchi di emicrania che ha avuto nelle ultime 4 settimane. Faccia una X nella casella che meglio descrive la sua risposta.

1-----2-----3-----4-----5-----6
mai sempre

		1	2	3	4	5	6
1	Nelle <u>ultime 4 settimane</u> , quante volte l'emicrania ha <u>influito</u> sui suoi rapporti familiari, gli amici e altre persone che le sono vicine?						
2	Nelle <u>ultime 4 settimane</u> , quante volte l'emicrania ha <u>influito</u> sulle sue attività di svago, come ad esempio leggere o fare esercizio fisico?						
3	Nelle <u>ultime 4 settimane</u> , quante volte ha avuto <u>difficoltà</u> nello svolgere il suo lavoro o le sue attività quotidiane a causa dell'emicrania?						
4	Nelle <u>ultime 4 settimane</u> , quante volte l'emicrania le ha <u>impedito</u> di fare tante cose quante ne fa di solito al lavoro o a casa?						
5	Nelle <u>ultime 4 settimane</u> , quante volte l'emicrania ha <u>limitato</u> la sua capacità di concentrarsi nel lavoro o nelle attività quotidiane?						
6	Nelle <u>ultime 4 settimane</u> , quante volte <u>si è sentito/a troppo stanco/a</u> per fare il suo lavoro o svolgere le sue attività quotidiane a causa dell'emicrania?						
7	Nelle <u>ultime 4 settimane</u> , quante volte l'emicrania l'ha <u>fatta sentire meno</u> dinamico/a del solito?						
8	Nelle <u>ultime 4 settimane</u> , quante volte ha dovuto <u>rinunciare</u> a fare il suo lavoro o a svolgere le sue attività quotidiane perché aveva l'emicrania?						
9	Nelle <u>ultime 4 settimane</u> , quante volte ha avuto <u>bisogni di aiuto</u> per svolgere le attività abituali (come fare i lavori domestici, sbrigare le piccole cose di ogni giorno, fare la spesa oppure occuparsi di altre persone) quando aveva l'emicrania?						
10	Nelle <u>ultime 4 settimane</u> , quante volte ha dovuto <u>interrompere</u> il lavoro o le attività quotidiane per cercare di alleviare i sintomi dell'emicrania?						
11	Nelle <u>ultime 4 settimane</u> , quante volte le è stato <u>impossibile prendere parte</u> ad attività sociali, come feste, con gli amici, ecc., perché aveva l'emicrania?						
12	Nelle <u>ultime 4 settimane</u> , quante volte <u>ha avuto la sensazione</u> di non poterne più o si è sentito/a frustrato/a a causa dell'emicrania?						
13	Nelle <u>ultime 4 settimane</u> , quante volte si è <u>sentito/a</u> di peso per gli altri a causa dell'emicrania?						
14	Nelle <u>ultime 4 settimane</u> , quante volte ha avuto <u>paura</u> di deludere le attese degli altri a causa dell'emicrania?						

DASS-21 (DEPRESSION ANXIETY STRESS SCALE-21)

Per favore, legga ogni frase e poi indichi con quale frequenza la situazione descritta si è verificata negli ultimi

sette giorni. Esprima la sua valutazione facendo un segno sul numero 0, 1, 2 o 3 secondo la scala di valutazione seguente. Tenga presente che non esistono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere a ciascuna affermazione, spesso la prima risposta è la più accurata.

Grazie per la sua preziosa disponibilità e collaborazione.

0	1	2	3
Non mi è mai accaduto	Mi è capitato qualche volta	Mi è capitato con una cerca frequenza	Mi è capitato quasi sempre

		0	1	2	3
1	Ho provato molta tensione e ho avuto difficoltà a recuperare uno stato di calma				
2	Mi sono accorto di avere la bocca secca				
3	Non riuscivo proprio a provare delle emozioni positive				
4	Mi sono sentito molto in affanno (per es. respiro molto accelerato, sensazione di forte affanno in assenza di sforzo fisico)				
5	Ho avuto un'estrema difficoltà nel cominciare quello che dovevo fare				
6	Ho avuto la tendenza a reagire in maniera eccessiva alle situazioni				
7	Ho avuto tremori (per es. alle mani)				
8	Ho sentito che stavo impiegando molta energia nervosa				
9	Ho temuto di trovarmi in situazioni in cui sarei potuto andare nel panico e rendermi ridicolo				
10	Non vedevo nulla di buono nel mio futuro				
11	Mi sono sentito stressato				
12	Ho avuto difficoltà a rilassarmi				
13	Mi sono sentito scoraggiato e depresso				
14	Non riuscivo a tollerare per nulla eventi o situazioni che mi impedivano di portare avanti ciò che stavo facendo				
15	Ho sentito di essere vicino ad avere un attacco di panico				
16	Non c'era nulla che mi dava entusiasmo				
17	Sentivo di valere poco come persona				
18	Mi sono sentito piuttosto irritabile				
19	Ho percepito distintamente il battito del mio cuore senza aver fatto uno sforzo fisico (es. battito cardiaco accelerato o perdita di un battito)				
20	Mi sono sentito spaventato senza ragione				
21	Sentivo la vita priva di significato				

PCS (PAIN CATASTROPHIZING SCALE)

Ognuno di noi prova esperienze dolorose durante la propria vita. Tali esperienze possono includere, ad esempio, mal di testa, mal di denti, dolore articolare o muscolare. Le persone sono spesso esposte a situazioni che possono causare dolore come le malattie, gli infortuni, o le procedure chirurgiche.

Istruzioni.

Siamo interessati ai pensieri e ai sentimenti che provate quando avete dolore. Di seguito sono elencate tredici affermazioni che descrivono pensieri e sentimenti eventualmente associati a dolore. Usando la seguente scala, è richiesto indicare la frequenza con cui coltivate questi pensieri e sentimenti quando provate dolore.

0-----1-----2-----3-----4
mai **qualche volta** **sempre**

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
1) Sono preoccupato riguardo a quando finirà il dolore	0	1	2	3	4
2) Sento di non riuscire ad andare avanti	0	1	2	3	4
3) Il dolore è terribile e penso che non migliorerà più	0	1	2	3	4
4) Tutto è inutile e sento che il dolore sta per sopraffarmi	0	1	2	3	4
5) Ho la sensazione di non poter più sopportare il dolore	0	1	2	3	4
6) Ho paura che il dolore possa aumentare	0	1	2	3	4
7) Penso ad altre esperienze dolorose	0	1	2	3	4
8) Desidero con impazienza che il dolore vada via	0	1	2	3	4
9) Non mi sembra di riuscire a scacciare il dolore dalla mia mente	0	1	2	3	4
10) Continuo a pensare a quanto il dolore mi provochi sofferenza	0	1	2	3	4
11) Continuo a pensare a quanto intensamente voglio che il dolore finisca	0	1	2	3	4
12) Non c'è nulla che posso fare per ridurre l'intensità del dolore	0	1	2	3	4
13) Mi chiedo se qualcosa di serio possa accadermi	0	1	2	3	4

IMPATTO SULLA VITA FAMILIARE

Infine, ti chiediamo di raccontare un episodio in cui senti che la cefalea abbia interferito sulla relazione con i tuoi genitori/figli/partner (puoi fare riferimento a cosa è successo, a chi era presente, come ti sei sentito/a, cosa hai fatto per sentirti meglio etc.)

.....

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio con affetto e stima la *prof.ssa Venusia Covelli* che, con grande cura, mi ha guidato, sostenuto e accompagnato in questi anni di dottorato e nella realizzazione di questa tesi, incoraggiandomi sempre, anche e soprattutto nei momenti più difficili.

Ringrazio la *prof.ssa Elena Camisasca* perché ha saputo essere per me una guida, in tutti i momenti significativi della mia vita, con la sua grande umanità e competenza.

Ringrazio il *professor Baldari*, sempre disponibile ed accogliente, un punto di riferimento in questi anni di dottorato.

Ringrazio tutti i *docenti* del Dottorato in Scienze Applicate a Benessere e Sostenibilità dell'Università eCampus che mettono a nostra disposizione le loro conoscenze e la loro professionalità.

Ringrazio *Alessandra* (mia collega e cara amica) per i tanti momenti di confronto e condivisione e l'affetto dimostrato autenticamente in questi anni.

Infine ringrazio la mia famiglia.

Ringrazio con profondo amore i miei *cari genitori*, che vivono in me ogni giorno e che, con grande supporto e sacrificio, mi hanno sempre permesso di raggiungere i miei traguardi.

La mia piccola *Matilde*, grazie a lei ho sempre trovato la forza di credere in me stessa portando a termine tutti i miei obiettivi.