



## Quel tremendo mal di testa

*Che cosa può fare lo psicoterapeuta per alleviarlo?*

Tra i disturbi più diffusi il mal di testa sembra occupi un posto preminente nella vita di ognuno di noi, chi infatti, non ha mai sperimentato un, seppur lieve e transitorio, mal di testa?

Solitamente, nella maggior parte dei casi, chi lo ha sperimentato o lo sperimenta periodicamente vive tale esperienza sulla base di convinzioni di cui le più diffuse sono quella di sopportare, tanto non si può guarire, e quella per cui è sufficiente ricorrere all'automedicazione self help assumendo analgesici, o senza prescrizione medica o senza il rispetto delle dosi prescritte. Gli atteggiamenti più comuni riguardo al mal di testa sono infatti o la sottovalutazione del disturbo o la sopravvalutazione dell'autocura personale.

Queste pagine propongono una riflessione su alcune idee erranee a larga diffusione ed una maggior attenzione al proprio mal di testa e alle modalità per alleviarlo. Si passeranno in rassegna le forme più comuni di quello che volgarmente vien chiamato indifferenziatamente mal di testa e si presenterà il ruolo, forse meno conosciuto, dello psicoterapeuta (che cosa può fare e come) nell'approccio di questa esperienza dolorosa e, spesso, estremamente invalidante soprattutto per chi ne soffre periodicamente.

Il comune termine "mal di testa", scientificamente noto col nome generico di cefalea, sottende ben 13 forme diverse. Alcune sono diretta conseguenza di processi patologici organici e sono perciò definite secondarie o sintomatiche, altre, molto più frequenti, caratterizzate da comparsa occasionale, improvvisa e spesso violenta del dolore, vengono definite cefalee essenziali, esse sono sintomi e malattia al tempo stesso alle cui cause concorrono diversi fattori. Di queste ci occuperemo nel presente articolo.

L'emicrania, nome spesso usato erroneamente per indicare un generico mal di testa, è una delle 13 forme in cui si sperimenta dolore al capo. Il dolore inizia al di sopra dell'occhio (destro o sinistro) e si estende fino a metà testa, da cui il nome emicrania, e viene sperimentato solitamente in una sola parte della testa, in zona temporale (destra o sinistra). Ha una durata media di 4 ore fino al massimo 3 giorni e si manifesta sempre pulsante ed intenso tanto da costringere chi ne soffre ad interrompere le normali attività e rifugiarsi a letto, al buio ed in silenzio, infatti sintomi spesso associati a questa forma di cefalea sono la sonnolenza, l'avversione per la luce





ed i rumori (fotofobia e fonofobia) oltre a nausea e a vomito; peggiora con gli sforzi e l'attività fisica e dopo la crisi la maggior parte degli emicranici riferisce spossatezza fisica e mentale. Colpisce prevalentemente le donne situate in una fascia d'età dai 25 ai 54 anni e rispetto ad altre forme cefalgiche gli attacchi possono essere previsti da 2 a 48 ore prima in quanto vengono anticipati da alcuni segni premonitori che possono essere, a seconda dei casi, cambiamenti dell'umore (depresso o euforico), con conseguente modificazione comportamentale in tale direzione, nausea, fame (solitamente dolci), annebbiamento della vista, sbadigli, apparizione, anche ad occhi chiusi, di macchie, puntini luminosi, lampi (fotopsie e scotomi scintillanti). In circa il 15-20% dei casi, dopo questa fase anticipatrice, insorgono, per 10-45 minuti prima della crisi emicranica, assieme agli scotomi scintillanti, una serie di disturbi come formicolii e perdita di sensibilità agli arti superiori o inferiori, difficoltà di pronuncia o di trovare la parola adatta (disturbo di denominazione), caratterizzanti quella che viene definita l'emicrania con l'aura o emicrania classica.

Sempre localizzato monolateralmente, come per la maggior parte dell'emicrania, è il dolore di coloro che soffrono di cefalea a grappolo (o cluster). Se le vittime dell'emicrania sono solitamente donne (secondo la statistica 3 donne per ogni uomo), quelle della cefalea a grappolo sono prevalentemente persone di sesso maschile (il rapporto tra maschi e femmine è qui di 5 a 1) dai 30 ai 40 anni che recenti indagini personologiche descrivono come riservati, perfezionisti, senza problemi economici, forti fumatori e bevitori, iperattivi, intraprendenti, con scarsa tendenza ai compromessi e molto soddisfatti del loro lavoro. Sul lavoro sono soliti attivare comportamenti molto diversi da quelli agiti all'interno della propria famiglia e tendono a mettersi socialmente in evidenza ricercando visibilmente l'attenzione altrui. Tali persone possono rimanere anche mesi o addirittura anni senza alcun attacco cefalgico, ma quando lo sperimentano diventa veramente esasperante, quasi "da suicidio": dura da 15 a 90 minuti con una frequenza anche di 8 volte al giorno (da ciò la denominazione "a grappolo"), prevalentemente di notte, nelle ore dedicate al sonno REM (v. P. Zucconi, I disturbi del sonno, Diagnosi & Terapia N° 1/95) con dolore localizzato attorno all'occhio (sede retroorbitaria e periorbitaria) e a livello della tempia, penetrante come la lama di un coltello, con possibile irradiazione anche a zone circostanti (mandibola, arcate dentarie, mento) A questo dolore si associano abbondante lacrimazione, rigonfiamento degli occhi, naso congestionato, vampate di calore al viso con sudorazione frontale e facciale e presenza di agitazione generale.

Altra forma di cefalea essenziale è quella di tipo tensivo (fino al '90 denominata muscolo-tensiva) in quanto caratterizzata da contrazioni muscolari alla faccia, al cuoio capelluto, al collo con dolore sordo, cupo e persistente localizzato bilateralmente (da entrambe le parti della testa) a casco, "come una morsa che stringe", fino al collo; limita le normali attività, ma non le impedisce e non peggiora con l'attività fisica, come nel caso dell'emicrania. La cefalea tensiva è quella più frequente nella pratica clinica,





che più risente degli effetti dello stress ed è anche quella più sensibile al trattamento psicoterapico. Si associa frequentemente a manifestazioni ansiose e depressive e dura solitamente dai 30' ad una settimana (cefalea tensiva episodica), ma se la sua durata supera i 15 giorni al mese diventa cronica. A cronicizzare l'episodio cefalgico concorre spesso l'abuso di farmaci analgesici sintomatici, responsabile della cefalea da farmaco o "rebound", a larga prevalenza nel sesso femminile tra i 30 e i 40 anni, che insorge, durante l'astinenza dal farmaco, dura per tutta la giornata con dolore diffuso, bilaterale, nausea e vomito come sintomi associati.

E' consuetudine in caso di mal di testa rivolgersi al medico, come per tutti i dolori e disturbi avvertiti su parti del nostro corpo. Ma che cosa potrebbe invece fare lo psicoterapeuta per pazienti sofferenti di mal di testa?

Il paziente cefalgico che decide di curare il suo disturbo presso uno studio psicoterapico, dopo l'esclusione di eventuali cause organiche tramite opportune visite medico-specialistiche (oftalmologo, otorinolaringoiatra, stomatologo, neurologo, a seconda del sospetto patologico) viene sottoposto ad una valutazione iniziale di tipo generale (anche con utilizzo di test psicodiagnostici) e ad una valutazione focalizzata al tipo di cefalea (anamnesi, sintomi sperimentati, antecedenti e conseguenze del disturbo). A queste si aggiunge la valutazione del dolore provato che viene misurato attraverso i parametri della frequenza, dell'intensità e della durata.

L'intervento psicoterapico alla cefalea sostanzialmente si orienta in due direzioni: nel trattamento del dolore (acuto e cronico) e nella ricerca e nell'eliminazione, dove possibile, dei fattori psicologici scatenanti o aggravanti la cefalea.

Il dolore, può essere considerato come un, utile, segnale di allarme che dai recettori periferici informa il nostro cervello che qualcosa non va, non funziona come dovrebbe. Nel caso di dolore alla testa qualcosa non va in qualche parte del cranio (generalmente per sforzi oculari, posture, stress, disturbi vascolari, o altro) muscoli della nuca e collo inclusi. Durante il percorso dalla periferia, attraverso il midollo, fino al cervello il segnale può aumentare o diminuire tanto che la percezione del dolore che ne deriva varia da soggetto a soggetto e nello stesso soggetto varia da momento a momento, cosicché si dice che certe persone hanno una soglia bassa di dolore, altri una soglia alta e lo stesso riscontriamo nella stessa persona che sopporta di più o di meno il dolore a seconda delle circostanze in cui questo si manifesta. Pertanto il dolore che noi percepiamo, mal di testa compreso, non è semplicemente relazionato al solo stimolo doloroso, ma è anche determinato da fattori psicologici come l'attenzione, i pensieri negativi, l'esperienza passata, l'ansia, la depressione, le caratteristiche personologiche, tanto per citarne soltanto alcuni, i quali possono amplificare o ridurre la percezione dolorosa. Nello specifico caso, poi, di dolore riferito al capo l'autopreoccupazione che qualcosa non va proprio all'interno della nostra testa fa aumentare il livello generale





di attivazione fisiologica molto di più di un dolore, magari di intensità di gran lunga inferiore, percepito in altra zona del corpo.

Lo psicoterapeuta agisce proprio sui fattori psicologici, soggettivi, della spiacevole esperienza del dolore, che non è un'esperienza solamente sensoriale, ma anche emozionale e cognitiva. Nel caso, poi, del dolore cronico, la persona lo vive, più che subirlo, in quanto tende a modificare in negativo i suoi schemi mentali ed il suo sistema di vita. Lo psicoterapeuta, quindi, ricercate ed esaminate tutte le variabili psicologiche che determinano la cefalea lamentata, considerata la 'storia' del dolore, l'eventuale referto neurologico, l'ambiente sociale in cui il soggetto vive, predispone una metodologia di trattamento, in certi casi di supporto a una terapia antalgica a base farmacologica in stretta collaborazione con il medico. A seconda delle persone, il trattamento psicoterapico, particolarmente quello basato sulla psicologia dell'apprendimento, si avvale di somministrazione di informazioni, anche tramite biblioterapia, utilizzo di mirate strategie cognitive e comportamentali sintomatiche come ad esempio la disattenzione immaginativa, la trasformazione immaginativa del dolore, la deviazione dell'attenzione, terapie di rilassamento psicofisico e ipnoretax generale e focalizzato alla zona dolorante.

In certi casi, quando, in assenza di patologie organiche, è possibile l'individuazione di cause psicogene l'intervento dello psicoterapeuta diventa più completo e può intervenire oltre che con procedimenti sintomatici di controllo dello stimolo, con trattamenti specifici sui disturbi d'ansia, sulla depressione, sull'affrontamento di eventi stressanti, fattori questi scatenanti più associati alla cefalea di tipo tensivo. In altri casi il terapeuta potrà esaminare l'utilizzo patologico dell'alcol associato all'emicrania e, più specificatamente, alla cefalea a grappolo, considerando pure che questa forma cefalgica necessita pure un'attenta analisi dello stile di vita del paziente e di un intervento di ristrutturazione cognitiva e comportamentale orientato alla sua modificazione. Altri interventi psicoterapici possono riguardare pazienti cefalgici ipertesi che attivano comportamenti a rischio di affezioni cardiovascolari (comportamento di "tipo A"), altri ancora riguardano pazienti con cefalea "rebound" da abuso di farmaci analgesici o di ergotamina da utilizzo associato di sostanze analgesiche ed ergotaminici con psicofarmaci (caffaina inclusa) dove potrebbero anche esserci situazioni gravi di farmaco-tossicodipendenza, di difficile estinzione soprattutto se acquisite negli anni.

L'approccio psicoterapico alle cefalee, particolarmente verso quelle essenziali, meglio se in collaborazione con il medico e con il farmacista, si propone la riduzione d'intensità, di frequenza e di durata del dolore, se non la remissione completa delle crisi cefalgiche; in certi casi si può arrivare a prevenire, senz'altro si può controllare e gestire l'attacco cefalgico, in altri casi si migliora lo stile di risposta alle stimolazioni ambientali che scatenano o mantengono il "mal di testa", comunque il risultato





ottenuto, anche se solo di miglior convivenza con una situazione ormai cronicizzata, favorisce un maggior adattamento ed una migliore qualità della vita del paziente e delle persone che vivono e operano assieme a lui.

