

# *Terapia e Ricerca*

*Psicologia Psicosomatica (ISSN 2239-6136) –15 –*

*Data di pubblicazione: 02 Maggio 2012*



## **CONSIDERAZIONI SULLA CEFALEA NELLA PROSPETTIVA SOMATOLOGICA**

**la Psicosomatica dalla parte del corpo**

**di Michele Fortis**

**Perchè l'approccio integrato *somatologico* può essere utile ai pazienti con cefalea?**

**Una riflessione sull'importanza delle implicazioni soggettive nel vissuto e nel decorso del paziente che soffre i sintomi del mal di testa. Un confronto fra modello medico, modelli psicologici e nuove forme di intervento psico-somatico.**

In medicina si usa classificare le cefalee secondo il ICHD, che nella versione aggiornata del 2004 prevede 12 gruppi di cefalee ognuno suddiviso in sottogruppi (The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. International Headache Society 2004 ). Per ogni gruppo viene esposto un numero di caratteristiche cliniche particolari riunite in rigorosi criteri clinici che conducono alla diagnosi. Nei primi gruppi troviamo le categorie di gran lunga più diffuse come emicranie (13,5 %), cefalee muscolo-tensive (86 %), cefalee a grappolo (0,4 %). Esse possono, in taluni casi evolvere in MOH (Medication Overuse Headache): sono soggetti per i quali l'abuso di farmaci analgesici diviene esso stesso causa di dolore (Nota 1). La terapia medica e la profilassi farmacologica ottengono importanti risultati nel controllo della sintomatologia, specie quando il paziente può contare su un Centro specializzato per le Cefalee, generalmente in seno alle unità operative di neurologia degli Ospedali.

Altre categorie descrivono le cefalee cosiddette secondarie. L'importante distinzione viene posta tra cefalee "primarie" (ovvero non legate ad altri processi patologici cranio-cerebrali) e, appunto, "secondarie" a malattie del cervello o del cranio.

Oggi la sofisticata diagnostica per immagini (TC, RMN, Angiografia Cerebrale) permette di identificare la presenza di patologie causa del dolore (emorragie, tumori, ascessi, trombosi venose) all'interno della scatola cranica. Nel caso delle cefalee primarie tutte le indagini non portano all'identificazione di nessuna causa "visibile".

## Perchè allora il dolore?

I più recenti orientamenti in fatto di fisiopatologia considerano fondate le ipotesi che, in particolare per l'emicrania, mettono al centro la disfunzione nel processare i segnali sensoriali. Ci sarebbe, cioè, fin dalla nascita, una particolare “sensibilità” del sistema recettoriale, tanto che si attiverebbe in maniera autonoma o per stimoli di bassissima entità, dando così origine al dolore caratteristico dell'emicrania, della cefalea tensiva e di quella a grappolo o cluster. Secondo alcuni Autori si tratterebbe di una vera e propria disfunzione del tronco cerebrale e di una diffusa depressione corticale (Migrane pathogenesis and state of pharmacological treatment options. T. Springer – P.J.Goadsby; Eadie M.J. ).



Il cervello è dotato di una forma di ricezione del dolore, fondamentale per la sopravvivenza e che segnala la presenza di condizioni patologiche potenzialmente fatali per l'individuo. Da questo punto di vista il cervello (nella complessità delle sue strutture vascolari e di rivestimento) si comporta come tutti gli altri organi del corpo. I recettori del dolore hanno una distribuzione particolare: si trovano lungo il primo tratto delle pareti dei grossi vasi arteriosi del Poligono di Willis, alla base cranica, nelle meningi e nel primo tratto dei nervi cranici; il tessuto cerebrale vero e proprio non ha recettori (il cervello “non soffre”). Per le caratteristiche anatomiche del contenitore cranico, che è inestensibile, i processi patologici intracranici abitualmente comportano un aumento della pressione nel cranio, determinando compressioni, stiramento, distorsione o infiltrazioni delle strutture che possiedono i recettori del dolore: questi sono i meccanismi con cui si genera il dolore nella cefalea secondaria.

L'approccio istituzionale al paziente con cefalea prevede che vengano chiariti tutti i possibili dubbi rispetto alla natura primaria o secondaria, alla tipologia di presentazione e quindi alla classificazione del fenomeno. Ciò al fine di identificare l'area farmacologica più adatta a quel tipo di mal di testa.

E' di comune esperienza medica il riscontro di pazienti “poco responsivi alle terapie” o che mostrano un rapporto inconstante con il sintomo e con la stessa terapia. E' da queste osservazioni che, in alcune situazioni, si identifica appunto MOH, ove l'abuso di farmaci diviene esso stesso causa del dolore. E' altrettanto comune imbattersi in pazienti che occupano molto del tempo a loro disposizione, nel setting di visita, per articolare un lamento generale sulla propria condizione di vita o sull'inefficacia della terapia o, ancora, sull'importanza che la regolarità degli appuntamenti col proprio medico specialista nelle cefalee, ha nel loro equilibrio.

Talvolta, poi, pazienti segnalano il desiderio di avvalersi di terapie cosiddette non convenzionali, adducendo una certa “antipatia” per i farmaci o denunciando un “fascino” per tutto ciò che si possa definire “naturale”. D'altra parte va ricordato che in letteratura vi è un ampio dibattito sull'efficacia delle terapie non convenzionali (Wells R.E., Bertish M.B. Et all.) in particolare nei casi di cefalea muscolo-tensiva accompagnati da cervicalgia (Posadzki P., Ernst E.)

**C'è dunque da considerare il ruolo della soggettività nella presentazione della malattia e nella “aderenza” alla malattia?**

Come e in che forma considerare la “personalità” del paziente?

Per la medicina generalmente la personalità viene considerata tra le “comorbidità” mentre in psicologia è l'oggetto della speculazione clinica. Già a questo livello quindi



si aprono almeno due differenti orientamenti, supportati poi dalla diversa posizione rispetto al “sintomo”: che per la medicina è ricercato (nelle sue diverse associazioni) come patognomonico della malattia che si sospetta (che se diagnosticata produce la scelta delle specifica procedura

terapeutica) mentre, sotto lo sguardo psicodinamico, è compromesso soggettivo tra istanze. Quando letto in campo psicologico infatti, assume i connotati di risultato del conflitto tra tensione al piacere e principio di realtà o principi morali.

Sotto il profilo dell'obiettivo quindi i due campi speculativi pongono problematiche diverse: ottenere efficacemente il risultato (nel debellare o controllare la malattia) per il medico, e ricostruire aree semantiche relative ad emozioni non ben comprese per lo psicologo; ristrutturare il campo delle relazioni tra sé e l'Altro, nello specifico della psicanalisi.

Alla prima domanda si può quindi rispondere che l'apporto dell'inquadramento psicosomatico è proprio quello di studiare in che rapporto sta il paziente con il proprio sintomo, prendere cioè in carico una soggettività sofferente che esprima la sua sofferenza attraverso quel sintomo.

Alla seconda domanda possiamo rispondere che lo studio della struttura psichica del paziente potrebbe essere determinante quanto lo studio delle specifiche caratteristiche tassonomiche della cefalea, perchè ben diverso è l'approccio ad un soggetto ossessivo, piuttosto che isterico, piuttosto che alessitimico (Sifneos P.E. 1973), non in grado di riconoscere e descrivere le proprie emozioni ovvero quel soggetto che in passato si definiva essere il candidato naturale a sviluppare disturbi psicosomatici.

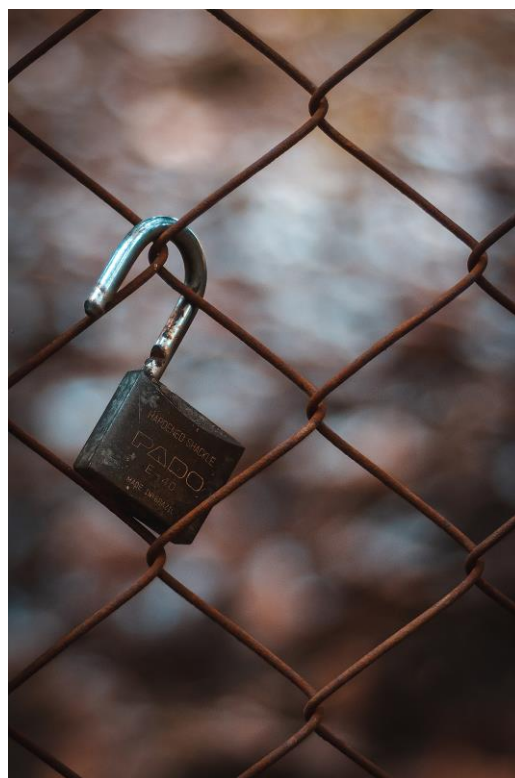
Se accettiamo tanto i risultati delle ricerche sui meccanismi di ipersensibilizzazione recettoriale quanto l'importanza della struttura di personalità del paziente, un approccio completo ed integrato al problema dovrebbe quindi prevedere tanto il percorso diagnostico neurologico quanto un'analisi della soggettività "patente". Perché? Per esempio per trattare in modo adeguato e specifico i trigger capaci di indurre un attacco di cefalea, che possono essere prevalentemente somatici o psicologici, legati alla postura o allo stress, ma, anche, comprendere lo specifico rapporto che quel soggetto, con la sua specifica struttura psichica, frutto di adattamenti al problema del rapporto con il mondo, intrattiene col suo sintomo. Esistono soggetti, per esempio, come accennato in precedenza, che utilizzano lo spazio e tempo a loro disposizione per lamentare ben altro rispetto al dolore al capo.

### **Come fare allora?**

Per esempio non dimenticare che la "malattia", quando è risultato di un adattamento al conflitto tra ciò che si vorrebbe avere o essere e ciò che si pensa di poter raggiungere, può essere, per taluni, una soluzione meno gravosa rispetto all'affrontare grandi temi dell'esistenza. In questo caso il sintomo viene portato dal paziente come qualcosa di cui liberarsi, ma al contempo esso è intoccabile in quanto vera soluzione di un problema più ampio. Ma mentre per un soggetto nevrotico si tratta di riallacciare il link tra un affetto rimosso e l'idea che lo rappresenta (e quindi cogliere nel suo discorso i termini celati del conflitto) per il soggetto Alessitimico (psicosomatico) non vi è accesso alle emozioni e di conseguenza il lavoro non può che essere a livello somatico con la possibilità di introdurre progressivamente una grammatica emotiva a partire dal lavoro sui trigger somatici e dagli eventi scatenanti.

## Nello specifico della psicosomatica, quale è il ruolo del “somatologo”?

Il lavoro del “SOMATOLOGO”, lo psicosomatista con competenze sulle logiche strutturali ed energetiche somatiche (dalla posturologia alla Medicina Tradizionale Cinese, etc), è quello di comprendere attraverso quale via poter costruire una relazione terapeutica con quello specifico soggetto, partendo dal suo sintomo, che consenta una partecipazione attiva del paziente al percorso di cambiamento e possibile guarigione. *La consapevolezza nel processo trasformativo* è appunto il focus del lavoro clinico somatologico: la specificità della figura professionale sta nel ricercare e comprendere quale piano della soggettività (per



esempio struttura osteo-muscolare, sistema fasciale, sistema nutrizionale, equilibri neuro-endocrino-vegetativi, intelligenza emotiva e coscienza di sé) poter mettere al lavoro attivamente nel processo trasformativo volto a riallacciare la persona sofferente con il suo corpo sofferente, con le terapie specifiche e con le scelte utili a modificare l'equilibrio sintomatico. **L'approccio integrato mira quindi a sviluppare maggiore conoscenza**, all'interno della coppia paziente-terapeuta, **sui meccanismi che sostengono il dolore**, sia esso di natura principalmente strutturale che con forti implicazioni emotive. La Società Italiana di Medicina Psicosomatica definisce il proprio campo come “...lo studio delle reciproche interferenze tra vita emotiva e fisiopatologia umana attraverso l'applicazione dei concetti psicologici alla clinica medica...” (Antonelli F., Biondi M.). Nello specifico della Somatologia si studiano i codici attraverso cui il soggetto si esprime e quindi con i quali è possibile interagire

per sviluppare maggiore conoscenza e consapevolezza dei meccanismi patologici. Se accettiamo la definizione di Weiss e English secondo cui è psicosomatico qualunque evento fisiopatologico che sia in rapporto con la psiche (Weiss E., English O.S.), per la somatologia tutto è psicosomatico nella misura in cui ogni evento ha sempre almeno un doppio versante e semmai può essere letto come primariamente psichico o primariamente somatico (Scognamiglio, 2008). Ne consegue che nel processo attivo, che si intende essere il conseguimento della salute, il paziente con cefalea può essere aiutato a **sviluppare una intelligenza sulla condizione della sua esistenza che influenza la malattia**, quando possibile sul versante emotivo-relazionale ed esistenziale, e quando necessita, nella direzione della cosiddetta *Intelligenza Somatica* (Scognamiglio R.M., Zoccarato A., Vigorelli M., Gallucci M., Zerbini C.A, 2009). Per *Intelligenza Somatica* intendiamo l'apprendimento e la progressiva modifica dei fattori che influenzano uno specifico stato del corpo, come postura, condizioni di lavoro, uso di ortesi appropriate, scelta di esercizi adatti, alimentazione specifica e personalizzata in relazione allo specifico problema. Ma l'approccio deve quindi tener conto tanto della forma clinica che della struttura di personalità del paziente che, ancora, dello specifico contesto di cura in cui ci si trova.

Ci si potrebbe cioè trovare confrontati, per esempio, con soggetti con diagnosi



medica di cefalea muscolo-tensiva, con squilibri evidenti dei recettori posturali come quello della articolazione temporo-mandibolare o della muscolatura oculare, e per esempio con caratteristiche personologiche non adatte ad esplorare mentalmente i motivi di stress

emotivo capaci di indurre l'acuzie del sintomo. In un caso come questo non sarebbe utile, anzi sarebbe controproducente, provare a spostare il piano del lavoro clinico dal trattamento sintomatico a quello psicoterapeutico, in quanto il paziente stesso

non coglierebbe alcuna implicazione personale nelle tematiche conflittuali che il terapeuta potrebbe intuire come fonte dello scatenamento. Sempre continuando su questo quadro esemplificativo, il somatologo potrebbe allora ricercare, attraverso specifici test, i recettori posturali e/o viscerali sregolati ed applicare le tecniche correttive manuali o strumentali necessarie, mantenendo attivo l'ascolto delle componenti emotive, o di altra natura, che dovessero emergere nel trattamento di una specifica parte anatomica. Ciò per favorire, nel paziente, la creazione di legami tra aspetti strutturali ed elementi più simbolizzati, oppure con altri piani (per esempio alimentazione ed ecologia personale) implicati. Il somatologo opera, in questo caso, nella direzione di stimolare una maggiore consapevolezza rispetto alla propria condizione sintomatica, proprio all'interno di un setting di aiuto diretto sul sintomo. In altri casi invece, nel lavoro esplorativo potrebbe emergere una domanda di implicazione personale con la condizione dolorosa sia nella ricerca di aspetti funzionali che di spostamento o conversione. Tale esplorazione di implicazione personale potrebbe essere favorita dall'osservazione, nel setting terapeutico-relazionale, di cambiamenti di tensioni muscolari in relazione, per esempio, all'emergere di particolari emozioni, magari anche attraverso test di kinesiologia emozionale (Nota 2).

In queste condizioni il compito del somatologo è di cogliere prontamente tale domanda e comprendere quando il paziente autorizza l'esperto in psicosomatica ad esplorare la dimensione emotiva. Solo allora infatti è possibile spostare il piano di lavoro da quello del lenimento del sintomo a quello delle questioni personali aperte o non completamente risolte.

L'approccio integrato di tipo somatologico offre quindi al paziente con cefalea la possibilità di:

- valutare gli squilibri posturali implicati (analisi recettoriale)
- valutare i trigger chimici, fisici, emotivi
- valutare la struttura di personalità al fine di distinguere le diverse implicazioni tra sintomo cefalalgico e tipo di rapporto intrattenuto con i segnali del corpo

- stabilire se e come avvicinare un possibile lavoro personale a partire dal dolore
- valutare strategie di intervento consone alla tipologia soggettiva utilizzando anche tecniche non convenzionali di tipo manuale o nel campo della medicina cinese (come la stimolazione di specifici punti riflessoterapici o di riequilibrio)
- promuovere ed insegnare tecniche di rilassamento che permettano una migliore gestione del sintomo

Di particolare interesse sono risultati i quadri di cefalea del week-end ed emicrania con aurea in cui un lavoro di controllo dei fattori scatenanti produce **ottimi risultati**; e i quadri che in medicina si usa definire come funzionali dove cioè il sintomo assume particolari valori comunicativi e motivazionali poiché il lavoro somatologico può aiutare a mettere in luce quali aspetti rimossi condizionano la comparsa dei sintomi.

Inoltre, nei casi, sopra citati, di Medication Overuse Headache la psicosomatica pone al centro la valutazione della struttura tossicomane di cui la MOH potrebbe essere una delle possibili manifestazioni sintomatiche, spostandosi così dall'accezione più propriamente medica che vuole la struttura di personalità come comorbilità.

In questi specifici casi il lavoro con il paziente potrebbe prevedere almeno due fasi distinte: la prima dove stabilire un codice di comunicazione basato sul tema del rapporto col farmaco, e una seconda in cui si possa prendere in esame più in generale la modalità di gestione dei problemi e la tendenza al ricorso ad aree regressive sintomatiche.

## **NOTE**

NOTA 1 - La MOH colpisce chi soffre di una forma di cefalea primaria, l'emicranico in particolare, nel momento in cui il paziente inizia ad assumere in modo eccessivo e regolare quei farmaci che gli danno il maggior beneficio nella risoluzione dell'attacco doloroso. In generale sembra che due fattori principali inducano l'emicranico ad essere a rischio maggiore della trasformazione del suo sintomo in MOH: 1) la maggior severità e disabilità connessa alla cefalea (ovvero la presenza di crisi frequenti e gravi) e 2) una eccessiva fiducia riposta nel farmaco per la risoluzione del dolore. Gli emicranici hanno il 14% di rischio di diventare un paziente con MOH.

NOTA 2 – La kinesiologia emozionale è una specifica tecnica che si avvale di test manuali sullo stato tensivo di muscoli quando il soggetto è esposto a particolari stati emotivi che vengono prodotti nel campo relazionale. Si utilizzano segmenti del corpo e si posizionano tali da mettere in evidenza l'azione specifica di un muscolo e si nominano precise emozioni o si producono immagini mentali relative ad esse.

## **Bibliografia**

Antonelli F., Biondi M. (a cura di) Consensus Statement su medicina psicosomatica e formazione psicologica del medico. S.I.M.P., approvato nel 1997.

Eadie M.J., The pathogenesis of migraine - 17th to early 20th century understandings. *Journal of Clinical Neuroscience* (2005) 12(4), 383-388

International Headache Society 2004, *The International Classification of Headache Disorders*, 2nd Edition.

Posadzki P., Ernst E., Spinal manipulations for cervicogenic headaches: a systematic review of randomized clinical trials. *Headache* (2011); 51: 1132-1139.

Scognamiglio R.M. (2008), *Il male in corpo*, FrancoAngeli, Milano.

Scognamiglio R.M., Zoccarato A., Vigorelli M., Gallucci M., Zerbini C.A., (2009), *Intelligenza Somatica e Alessitimia: una ricerca sulla valutazione clinica e le prospettive terapeutiche*, V Congresso Nazionale, Gruppo Ricerca Psicosomatica (GRP), I percorsi della psicosomatica. Clinica, Ricerca, Terapia. Foligno.

Sifneos P.E., The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother. Psychosom.* 22: 255, 1973

Springer T., Goadsby P.J., Migraine pathogenesis and state of pharmacological treatment options. *BMC Medicine* 2009, 7:71

Weiss E., English O.S., *Psicosomatica*. Astrolabio, Roma 1950

Wells R.E., Bertish M.B. Et al., Complementary and Alternative Medicine use among adults with migraine/severe headaches. *Headache* (2011); 51: 1087-1097