

## Abstract di interesse cefalalgico

*Marta Allena, Daniele Martinelli (popolazione adulta)*

*Eliana Antonaci, Noemi Faedda, Giulia Natalucci (popolazione infantile e adolescente)*

*(a cura di)*

### **Metacognition and Headache: Which Is the Role in Childhood and Adolescence?**

*Noemi Faedda, Giulia Natalucci, Dario Calderoni, Rita Cerutti, Paola Verdecchia, and Vincenzo Guidetti*

Front Neurol. 2017; 8: 650.

Published online 2017 Dec 14. doi: 10.3389/fneur.2017.00650

Il dolore cronico provocato dal mal di testa in età evolutiva può influire negativamente su diverse aree del funzionamento del bambino, tra cui l'apprendimento scolastico, le relazioni sociali e familiari, le attività sportive ed extrascolastiche ecc. Inoltre, questo disturbo è spesso in comorbidità con altri problemi di natura psicologica, psichiatrica e medica, come ad esempio asma, allergie, disturbi del sonno, obesità, problemi comportamentali e disturbi internalizzanti come ansia e depressione. Negli ultimi anni, la ricerca si è focalizzata particolarmente sui possibili deficit cognitivi associati ad emicrania o cefalea tensiva, ma i risultati sono ancora controversi. Parisi et al. (2010) hanno riscontrato significative differenze nella media totale del quoziente intellettivo e nei punteggi di intelligenza verbale tra bambini con diagnosi di emicrania e di cefalea tensiva, confrontati con bambini senza patologie. Gli autori di questo studio hanno ipotizzato che fattori come l'elevata frequenza degli attacchi cefalalgici ed un esordio precoce siano maggiormente associati ad alterazioni a livello cognitivo, probabilmente poiché in età evolutiva il sistema nervoso centrale è ancora immaturo. Altre ricerche, al contrario, sostengono che i bambini affetti da mal di testa non avrebbero problemi a livello neuropsicologico,

ma presenterebbero invece una maggior prevalenza di disturbi internalizzanti che andrebbero poi ad influire negativamente sulle diverse aree del funzionamento del bambino.

Un'altra area di studio, ancora poco approfondita in relazione alle cefalee, soprattutto in infanzia e adolescenza, è quella relativa alla metacognizione e alla teoria della mente. La metacognizione racchiude tutte quelle conoscenze, credenze e processi cognitivi coinvolti nel monitoraggio, controllo e valutazione della cognizione. Questa capacità consente, non solo all'individuo di identificare e riconoscere stati mentali in se stessi e negli altri, ma permette anche di ragionare sui processi mentali, come le relazioni di causa ed effetto, le emozioni, i sentimenti, i pensieri e i comportamenti in generale. È estremamente importante anche per la comprensione della soggettività delle idee e dei pensieri e aiuta a capire come le persone possano avere punti di vista e prospettive diverse sul mondo e sugli avvenimenti. Questo costrutto psicologico è inoltre strettamente legato sia alla mentalizzazione che alla teoria della mente.

Sebbene siano presenti in letteratura alcuni studi che hanno valutato la Teoria della Mente in bambini con disturbi neurologici, come l'epilessia, non è ancora stata condotta nessuna ricerca che analizzi tale aspetto nei bambini con cefalea. Ad oggi, a nostra conoscenza, è disponibile un solo studio in letteratura (La Grutta et al. 2007) che ha valutato le capacità di mentalizzazione in bambini con cefalea ed epilessia, suggerendo che la sofferenza psicologica legata ad una malattia del corpo è in grado di influenzare alcune rappresentazioni mentali ed il proprio modo di pensare.

Nonostante ci siano ancora pochissimi dati che attestino una correlazione tra metacognizione e cefalea in età evolutiva, è ormai dimostrata la stretta relazione tra capacità metacognitive ed ansia, depressione, motivazione, rendimento scolastico, interazioni sociali umane e situazioni di vita stressanti. Tale relazione è estremamente interessante, infatti fattori come il rendimento scolastico o lo stress rappresentano i triggers più comunemente riportati dai bambini con cefalea; inoltre esiste un'alta comorbidità tra cefalea, ansia e depressione. Per quanto riguarda la gestione terapeutica delle cefalee, le terapie non farmacologiche, in particolare le strategie comportamentali sono risultate essere efficaci tanto quanto il trattamento farmacologico. La terapia comportamentale per la gestione della cefalea prevede tre componenti principali: 1) Aderenza al trattamento; 2) Miglioramento delle abitudini di vita; 3) Intervento Psicologico. In particolare, l'intervento psicologico comprende strategie di tipo cognitivo comportamentale che sono strettamente correlate alle pratiche di mindfulness e alla metacognizione; infatti, la terapia metacognitiva si basa sul principio che preoccupazione e ruminazione siano processi universali che possono causare disturbi emotivi. Lo scopo della mindfulness sarebbe proprio quello di cambiare la visione dell'individuo nei confronti delle proprie relazioni, dei propri pensieri e sentimenti, osservando ciò che accade, con una particolare attenzione ai contenuti dell'esperienza interiore, astenendosi dal giudicare. Nonostante sia ancora molto esiguo il numero degli studi che attestano la diminuzione del dolore cronico in pazienti cefalalgici, gli interventi che coinvolgono la mindfulness sembrerebbero molto efficaci nella riduzione dei sintomi associati come ansia e depressione.

### **Headache and Alexithymia in Children and Adolescents: What Is the Connection?**

*Giulia Natalucci, Noemi Faedda, Dario Calderoni, Rita Cerutti, Paola Verdecchia, and Vincenzo Guidetti*

Mini Review Article

Front. Psychol., 01 February 2018 | <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00048>

Il termine *alexitimia* (dal greco; a = lack, lexis = word, thymos emotion) fu coniato da Sifneos nel 1973 e si rifà ad una condizione cognitivo-affettiva che influenza il modo in cui gli individui sperimentano ed esprimono le loro emozioni, i propri stati interni e i

sentimenti. Le persone *alexitimiche* presentano una ridotta capacità nell'identificare e nel descrivere i sentimenti, un'immaginazione limitata e un modo di pensare concreto ed orientato verso l'esterno. Recentemente, è stato proposto un modello bidimensionale dell'*alexitimia*. Da una parte, è presente la dimensione affettiva che si riferisce al livello di esperienza emotiva soggettiva e comprende una ridotta capacità di provare sentimenti emotivi (fattore emotivo) e una diminuita capacità immaginativa (fattore di fantasia). Dall'altra, c'è la dimensione cognitiva che definisce gli aspetti più verbali-espliciti, come l'incapacità di verbalizzare e differenziare le emozioni, così come distinguere tra emozioni e sensazioni somatiche, e la presenza di uno stile di "pensiero orientato esternamente".

Nonostante in letteratura siano ormai presenti diversi studi che attestano l'alta comorbidità dei tratti *alexitimici* con disturbi a livello psichiatrico nella popolazione adulta, sono ancora pochi quelli che ne hanno valutato la presenza in età pediatrica. Questo è dovuto soprattutto ai pochi strumenti a disposizione tarati sui bambini, specialmente per i più piccoli, e alle difficoltà verbali ed espressive tipiche di questa fascia di età. Inoltre, alcuni autori ritengono difficile valutare nei bambini i tratti *alexitimici* poiché la causa della mancata comprensione ed espressione della vasta gamma di emozioni e sentimenti potrebbe essere legata all'immaturità del sistema nervoso centrale. Generalmente, i problemi psichiatrici e psicologici maggiormente coinvolti in soggetti *alexitimici*, sarebbero i disturbi internalizzanti come depressione e ansia, i disturbi alimentari e del comportamento e i disturbi di personalità, in particolar modo il disturbo *borderline* di personalità. Studi maggiormente focalizzati sull'infanzia, avrebbero invece riscontrato un'interessante associazione tra *alexitimia* e un basso livello socio-culturale della madre, eventi di vita avversi durante l'infanzia (lutti, separazioni, abusi ecc) e un tipo di attaccamento insicuro. Inoltre, è stato notato come i bambini affetti da dolore cronico (es. emicrania, cefalea tensiva, dolore muscolare scheletrico, dolore addominale) rispetto a controlli sani, mostrino un livello più elevato di caratteristiche *alexitimiche*. Nello specifico, sembrerebbe che i bambini e gli adolescenti con cefalea abbiano maggiori livelli *alexitimici* rispetto ai soggetti senza mal di testa. Uno studio condotto da Gatta e collaboratori (2015) ha dimostrato che i bambini affetti da cefalea

tensiva (TTH) presentano maggiori problemi alestitimici sia rispetto ai bambini sani del gruppo di controllo, sia rispetto ai bambini con diagnosi di emicrania. In particolare modo, erano due le dimensioni maggiormente compromesse: il riconoscimento dei propri sentimenti e la tendenza al pensiero operatorio. L'ipotesi sottostante tali risultati presupponeva che, il mancato riconoscimento dei sentimenti e delle emozioni potesse subire un processo di rinforzo e quindi diventare a loro volta un sintomo della malattia stessa. Un'ulteriore connessione tra mal di testa e tratti alestitimici in infanzia potrebbe essere dovuta allo stile di attaccamento. Infatti, alcune ricerche hanno mostrato una forte correlazione tra un attaccamento insicuro, soprattutto di tipo ambivalente, e tratti alestitimici, in aggiunta ad una maggiore presenza di sintomi di ansia, depressione e altre forme di somatizzazione. Infine, oltre ad una possibile trasmissione genetica di queste caratteristiche disfunzionali, si suppone anche il coinvolgimento di specifiche aree cerebrali. Il non completo sviluppo delle competenze emotive o uno sviluppo cognitivo immaturo in generale, associato ad una ridotta attivazione della corteccia cingolata posteriore, potrebbero essere alla base dell'associazione tra alestitimia e mal di testa in età evolutiva. Studi più approfonditi in età pediatrica sono necessari per migliorare le strategie terapeutiche e ridurre gli outcome sfavorevoli.

### **The Headache-Attributed Lost Time (HALT) Indices: measures of burden for clinical management and population-based research.**

*Steiner TJ, Lipton RB; Lifting The Burden: The Global Campaign against Headache.*

*J Headache Pain.* 2018 Feb 2;19(1):12. doi: 10.1186/s10194-018-0837-3.

La cefalea, e l'emicrania in particolare, sono malattie invalidanti in grado di limitare e/o compromettere severamente la capacità di far fronte ai propri impegni in famiglia e sul lavoro. L'impatto socio-economico attribuibile alle cefalee ha multiple componenti: ci sono, infatti, diversi modi per cui una cefalea ricorrente o persistente possa interferire con la qualità di vita. Individuare una misura semplice che sintetizzi tutte queste variabili in un unico index purtroppo al momento non è possibile. La scala MIDAS (Migraine Disability Assessment), è uno strumento sviluppato da Stewart e Lipton anni fa che si è

dimostrato estremamente e scientificamente efficace nel calcolare il grado di disabilità causato dalla cefalea. Esso si basa sulla stima del tempo produttivo perso (scuola o lavoro, impegni domestici e familiari, tempo libero o attività sociali) durante uno specifico periodo di tempo (90 giorni) a causa dell'effetto disabilitante della cefalea; il risultato viene espresso da un numero con unità intuitivamente significative (giorni/mese). Tuttavia, nonostante il suo nome, la scala MIDAS non è realmente una misura di disabilità: infatti, tranne il caso in cui la cefalea sia molto severa, il paziente ha la possibilità di scegliere se interrompere o meno il lavoro o altre attività quando ne è colpito; ciò significa che un paziente potrebbe farlo e l'altro no. Inoltre, la scelta potrebbe essere influenzata da fattori esterni anche sociali (per esempio la disponibilità di assistenza sanitaria per il lavoratore). Per tale motivo la scala MIDAS è stata meglio identificata come una misura della risposta comportamentale alla disabilità.

Tuttavia, poiché il tempo produttivo risulta essere una "vittima" importante della cefalea, la sua misurazione è altamente rilevante per valutare il "peso" attribuibile alla cefalea. Ciò sarà vero non solo per l'emicrania ma anche per tutte le altre condizioni in cui la cefalea rappresenta il sintomo dominante.

In questo lavoro scientifico, a cui hanno collaborato anche altri 35 specialisti afferenti a diversi Centri Cefalee nel mondo, vengono descritti lo sviluppo e l'utilizzo di differenti adattamenti della scala MIDAS, denominati Headache-Attributed Lost Time (HALT) Indices.

Gli obiettivi della ben nota Campagna Globale contro la Cefalea (*the "Global Campaign against Headache"*) comprendevano, infatti, sia lo studio epidemiologico per migliorare la conoscenza dell'impatto globale della cefalea che le indicazioni di corretta gestione clinica per alleviare tale impatto. L'indice HALT rappresenta uno strumento "costruito" proprio per essere liberamente disponibile a fini clinici, di ricerca o accademici, valutando la disabilità della cefalea.

Gli Autori hanno qui revisionato la struttura, il contenuto ed il punteggio del MIDAS sviluppando tre versioni dell'indice HALT che sono state utilizzate nella pratica clinica e negli studi epidemiologici di tutto il mondo negli ultimi 10 anni.

Nella versione originale del 2007 (HALT-90, dove 90 corrisponde al periodo di tre mesi o 90 giorni a cui si fa riferimento) non sono state apportate variazioni

alla struttura e allo scoring del MIDAS ma solo alcune semplici modifiche nella formulazione delle domande (di natura linguistica) al fine di rendere lo strumento più facilmente comprensibile e traducibile in altre lingue. Delle due successive versioni, la HALT-30 (30 giorni) ha mantenuto la stessa struttura, gli stessi format e formulazione delle domande eccetto che il periodo di riferimento che è diventato di 1 mese; mentre la HALT-7/30 è una ulteriore variante, che si incentra solo sugli ultimi 7 giorni (1 settimana) di lavoro perso.

Direttamente o indirettamente, quindi, HALT consente di valutare la disabilità, la sua principale conseguenza di perdita di tempo produttivo e secondariamente i costi ad essa correlati, dei pazienti affetti da cefalea. Quando la cefalea è altamente frequente, HALT-30 potrebbe essere più facilmente compilabile e nello stesso tempo più realistica e utile. In uno studio turco condotto sul posto di lavoro dove è stata utilizzata la HALT-30 al baseline per stabilire la priorità del trattamento, è stato, infatti, dimostrato che gli impiegati che riferivano di soffrire di cefalea per più di 10 giorni al mese erano solo il 2.9% della forza lavoro ma che essi erano tuttavia responsabili del 39.6% della produttività persa attribuita alla cefalea (headache-attributed productivity losses).

Allo stesso modo il follow-up terapeutico potrebbe essere meglio realizzato mediante una valutazione sui 30 giorni invece che sui tre mesi.

In conclusione, le tre versioni dell'indice HALT così sviluppate possono essere utilizzate per scopi differenti negli studi di popolazione, poiché offrono diverse misurazioni e diversi punteggi di valutazione dell'impatto della cefalea.

### **Disability, Quality of Life and Pain Coping in Pediatric Migraine: An Observational Study**

*Serena L. Orr, Suzanne N. Christie, Sakwa Akiki, Hugh J. McMillan*

*Journal of Child Neurology*, 2017 March 3, 1-8 DOI 10.1177/0883073817702025

L'emicrania è considerata un disturbo particolarmente invalidante che determina significative compromissioni del funzionamento scolastico/lavorativo, domestico e relazionale. Nonostante la disabilità e i suoi correlati siano stati approfonditamente indagati nella popolazione cefalalgica adulta, non sono ancora presenti

sufficienti evidenze scientifiche circa la popolazione pediatrica. Questo studio si è proposto, pertanto, di indagare la relazione tra la disabilità derivata dall'emicrania e la qualità della vita in termini di benessere fisico, psicologico e relazionale nella popolazione in età evolutiva. Gli autori di questo studio si sono inoltre interrogati circa le differenze rispetto alla popolazione sana in termini di qualità della vita, strategie di pain coping e pain catastrophizing (rappresentazione emotiva del dolore) ricercando le eventuali correlazioni con la disabilità indotta da emicrania e indagando la relazione tra età dei pazienti e disabilità. È stato reclutato un campione di 85 soggetti emicranici di età compresa tra i 10 e i 18 anni, afferiti presso due centri neurologici canadesi tra il gennaio 2013 e il novembre 2015, che soddisfacevano i criteri dell'International Classification of Headache Disorders 2nd edition (ICHD-2) per emicrania con e senza aura. Ai partecipanti è stato chiesto di compilare in autonomia il questionario Pediatric Migraine Disability Assessment Scale (PedMIDAS) per valutare la disabilità causata dall'emicrania, il questionario Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL) al fine di indagare la qualità della vita e due questionari riguardanti le strategie di pain coping (Pain Coping Questionnaire – PCQ) e di pain catastrophizing (Pain Catastrophizing Scale for Children – PCS-C). I risultati hanno dimostrato che esiste una forte correlazione negativa tra qualità della vita e la disabilità indotta da emicrania, dato mai emerso in precedenza nella popolazione pediatrica. Si è infatti evidenziato che i soggetti emicranici in età evolutiva lamentano una qualità di vita inferiore non solo rispetto ai controlli, come già evidenziato in letteratura, ma anche rispetto a soggetti affetti da altre patologie croniche, dato emerso per la prima volta in questo studio.

In merito alle strategie di gestione e rappresentazione emotiva del dolore si sono evidenziate strategie di pain coping disfunzionali e punteggi di pain catastrophizing più elevati. Per quanto concerne, inoltre, la relazione tra età dei pazienti e disabilità, lo studio mostra che quest'ultima presenta un debole incremento con l'aumentare dell'età. In conclusione, data la comprovata efficacia, anche in termini di outcome, di trattamenti psicologici in pazienti emicranici e alla luce dei presenti risultati, gli autori ribadiscono la necessità di includere nel processo terapeutico interventi psicologici volti al miglioramento delle strategie di pain coping e alla riduzione del pain catastrophizing.