

**COMORBIDITÀ PSICHIATRICA
NELLE CEFALEE DELL'ETÀ EVOLUTIVA**

**SALA CONVEGNI PROVINCIA
9 MAGGIO 2015**

DOTT. ANTONIO LA VITOLA

- Parlare in termini di “**comorbidità psichiatrica**” intendendo con essa l'associazione non causale, ma neppure casuale tra **cefalea e disturbi psichiatrici** ha permesso in parte di ovviare al problema inerente la direzione della relazione (causa-effetto) ed una prima sistematizzazione del rapporto tra cefalea e fattori psicologici.

- **NELLA CLASSIFICAZIONE IHS DEL 2004, TRA LE CEFALEE SECONDARIE VI È UNA SPECIFICA CATEGORIA: “ CEFALEA ASSOCIATA A DISTURBI PSICHIATRICI”;** TUTTAVIA VIENE SPECIFICATO CHE QUESTA DIAGNOSI È RELATIVA A QUEI CASI IN CUI **LA CEFALEA È UNA CONSEGUENZA DI UN PREESISTENTE DISTURBO PSICHIATRICO;**

- **LA CEFALEA È UNO DEI PIÙ COMUNI SINTOMI NEUROLOGICI RIPORTATI IN ADOLESCENZA, CON ALTI LIVELLI DI ASSENZE SCOLASTICHE ED È ASSOCIATA A DIVERSE CONDIZIONI DI COMORBIDITÀ, IN PARTICOLARE DI TIPO NEUROLOGICO, PSICHIATRICO E CARDIOVASCOLARI**

- **TRA I DISTURBI NEUROLOGICI E PSICHIATRICI CHE SONO ASSOCIATI CON L'EMICRANIA, NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI, SONO PRINCIPALMENTE ANSIA E DEPRESSIONE, ADHD, DSA, SINDROME DI TOURETTE.**

- **LA CEFALEA DI TIPO EMICRANICO È STATA TRADIZIONALMENTE FATTA OGGETTO DI UN MAGGIORE NUMERO DI STUDI, RISPETTO ALLA SUA CARATTERIZZAZIONE PSICOLOGICA ED AL RICORRERE IN ASSOCIAZIONE A DISTURBI D'INTERESSE PSICHIATRICO.**

- **ALCUNI STUDI EFFETTUATI SU PREADOLESCENTI CON DISTURBI PSICHIATRICI (DEPRESSIONE, ANSIA E SOMATIZZAZIONE) HANNO INDIVIDUATO LA PRESENZA DI CEFALEA NEL 20,5% DEI SOGGETTI (CONTRO IL 9,2% DEI PREADOLESCENTI SENZA DIAGNOSI PSICHIATRICA), CON UNA PREVALENZA MAGGIORE NEL SESSO FEMMINILE, SEGNALANDO LA PRESENZA DI CRISI CEFALALGICHE PIÙ INTENSE E FREQUENTI NEI CASI IN CUI ERA PRESENTE LA DEPRESSIONE.**

- **SIA NEGLI ADULTI CHE IN ETÀ EVOLUTIVA LA CEFALEA CRONICA QUOTIDIANA È ASSOCIATA AD UN MAGGIORE GRADO DI COMORBIDITÀ PSICHIATRICA, TERMINE CHE SAPPIAMO ATTUALMENTE RIFERIRSI ALL'ASSOCIAZIONE TRA CEFALEA E DISTURBI PSICHIATRICI PROPRIAMENTE DETTI (GALLI, GUIDETTI 2002).**

Anche in **età evolutiva** alcuni studi hanno posto in **rilievo** la **presenza di fattori psichici**, quali fattori in qualche modo **associati alle crisi cefalalgiche** (tensive o emicraniche).

- SONO I DISTURBI D'ANSIA E LA DEPRESSIONE AD ESSERE STATI POSTI IN UNA STRETTA CORRELAZIONE CON LA PRESENZA DI CRISI EMICRANICHE, SECONDO UN ANDAMENTO BEN SPECIFICATO. ALCUNI STUDI HANNO RILEVATO CHE IN ETÀ EVOLUTIVA LA PRESENZA DI ANSIA PRECEDEREBBE L'INCORRERE DI CRISI EMICRANICHE, A LORO VOLTA SEGUITE DA EPISODI DEPRESSIVI

ALCUNE RICERCHE HANNO INDIVIDUATO UNA SERIE DI SINTOMI CHE POSSONO comparire SIA NELLA DEPRESSIONE CHE NELL'ANSIA. ESSI SONO: IRRITABILITÀ, DIFFICOLTÀ A DORMIRE, MANCANZA DI CONCENTRAZIONE, AGITAZIONE, IRREQUIETEZZA, SENSO DI STANCHEZZA.

SI È RISCONTRATO CHE L'ANSIA È CARATTERIZZATA DALLA DOMINANZA DI AFFETTIVITÀ NEGATIVA (PAURA, NERVOSISMO, IRRITAZIONE) MALGRADO SIANO PRESENTI ANCHE DEI MOMENTI DI AFFETTIVITÀ POSITIVA (ECCITAMENTO, ENTUSIASMO, GIOIA).

**LA DEPRESSIONE INVECE È CARATTERIZZATA DALLA
DOMINANZA DI AFFETTIVITÀ NEGATIVA (TRISTEZZA,
ANGOSCIA, COLPA) E DA UNA QUASI TOTALE ASSENZA DI
AFFETTIVITÀ POSITIVA.**

QUESTE OSSERVAZIONI CI FANNO SUPPORRE CHE UN BAMBINO ANSIOSO (MA NON DEPRESSO) ,MALGRADO ESPERISCA UN CERTO AMMONTARE DI EMOZIONI NEGATIVE, CONSERVI ANCORA LA CAPACITÀ DI DIVERTIRSI E DI TROVARE PIACERE IN MOLTE COSE.

**D'ALTRO CANTO, INVECE, UN BAMBINO CHE ABBA
CONTEMPORANEAMENTE UN PROBLEMA DI ANSIA E DI
DEPRESSIONE VIVRÀ UNA CONDIZIONE DOPPIAMENTE
SFAVOREVOLE, IN QUANTO SI TROVERÀ A VIVERE UNA
GRAN QUANTITÀ DI EMOZIONI NEGATIVE SENZA QUASI MAI
AVERE IL SOLLIEVO DI QUALCHE PARENTESI EMOTIVA
PIACEVOLE**

**ALTRE CONSIDERAZIONI SULLA DIFFERENZIAZIONE
COGNITIVA DELL'ANSIA E DELLA DEPRESSIONE POSSONO
ESSERE EFFETTUATE DAL PUNTO DI VISTA DELLO STILE
ATTRIBUTIVO**

SI È NOTATO, AD ESEMPIO, CHE NELLE SITUAZIONI ANSIOGENE I BAMBINI DEPRESSI TENDONO AD EFFETTUARE ATTRIBUZIONI DEL TIPO INTERNO (“SONO IO LA CAUSA DI CIÒ”) IN MISURA MOLTO MAGGIORE RISPETTO AI BAMBINI CHE SONO SEMPLICEMENTE ANSIOSI, MA NON DEPRESSI.



ADHD

Cos'è l'ADHD ?



Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione ed Iperattività, **ADHD (acronimo inglese per Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) è un **disturbo dello sviluppo neuropsichico** del bambino che si manifesta in tutti i suoi contesti di vita, i cui sintomi cardine sono: **inattenzione, impulsività e iperattività****

SINTOMI NUCLEARI DELL'ADHD



**Deficit di
attenzione**



Iperattività



Impulsività

Deficit di attenzione focale e sostenuta

Facile distraibilità (stimoli esterni banali)

Ridotte capacità esecutive (compiti scolastici, attività quotidiane, gioco)

Difficoltà nel seguire un discorso sembra non ascoltare

Interruzione di attività iniziate

Evitamento di attività che richiedano uno sforzo cognitivo prolungato come i compiti



Incapacità di stare fermi

**Corre e si arrampica quando non dovrebbe
Sempre in movimento come attivato da un
motorino**

Attività motoria incongrua e afinalistica

Gioco rumoroso e disorganizzato

Eccessive verbalizzazioni

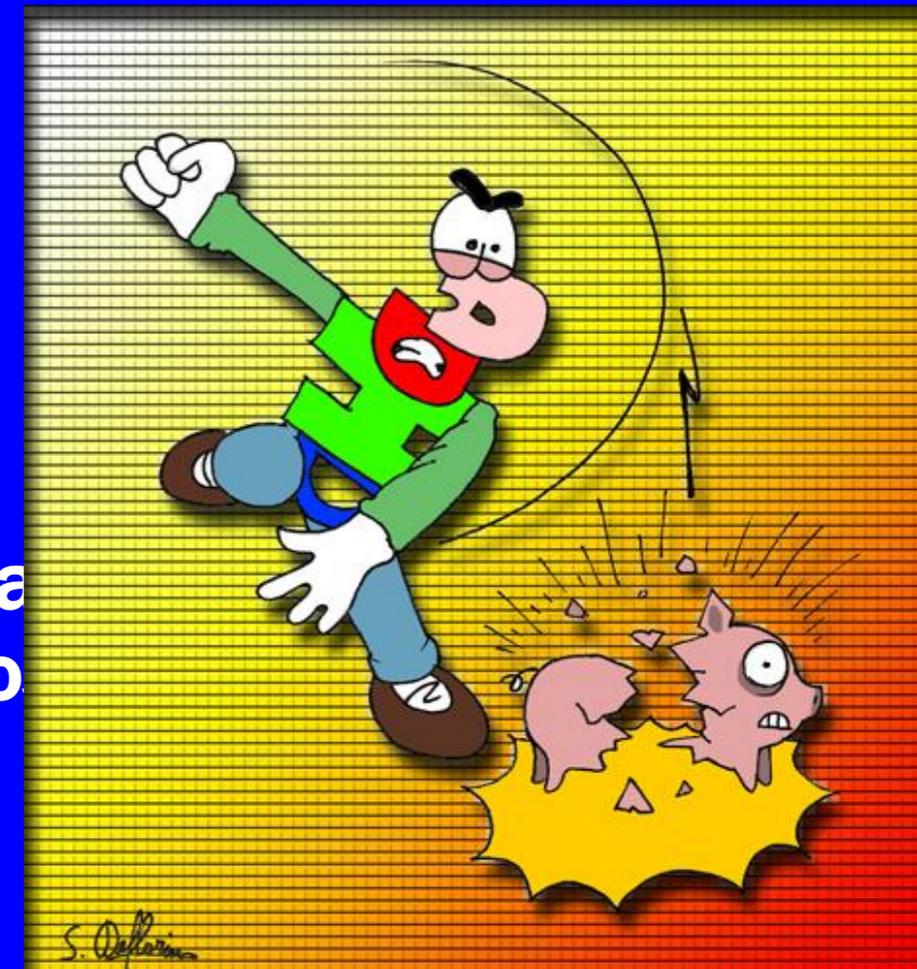
Ridotte possibilità di inibizione motoria



Difficoltà di controllo comportamentale
Incapacità di inibire le risposte automatiche

Scarsa capacità di riflessione
Difficoltà a rispettare il proprio turno
Tendenza ad interrompere gli altri

Incapacità di prevedere le conseguenze di una
Mancato evitamento di situazioni pericolose



SOTTOTIPI SECONDO il DSM-IV

Inattenzione

+

Iperattività/impulsività

combinato

solo inattenzione

**prevalentemente
inattentivo**

solo iperattività / impulsività

**prevalentemente
iperattivo/impulsivo**

I SINTOMI DELL'ADHD POSSONO NON ESSERE GLI STESSI PER TUTTI

Prevalentemente Inattentivo:

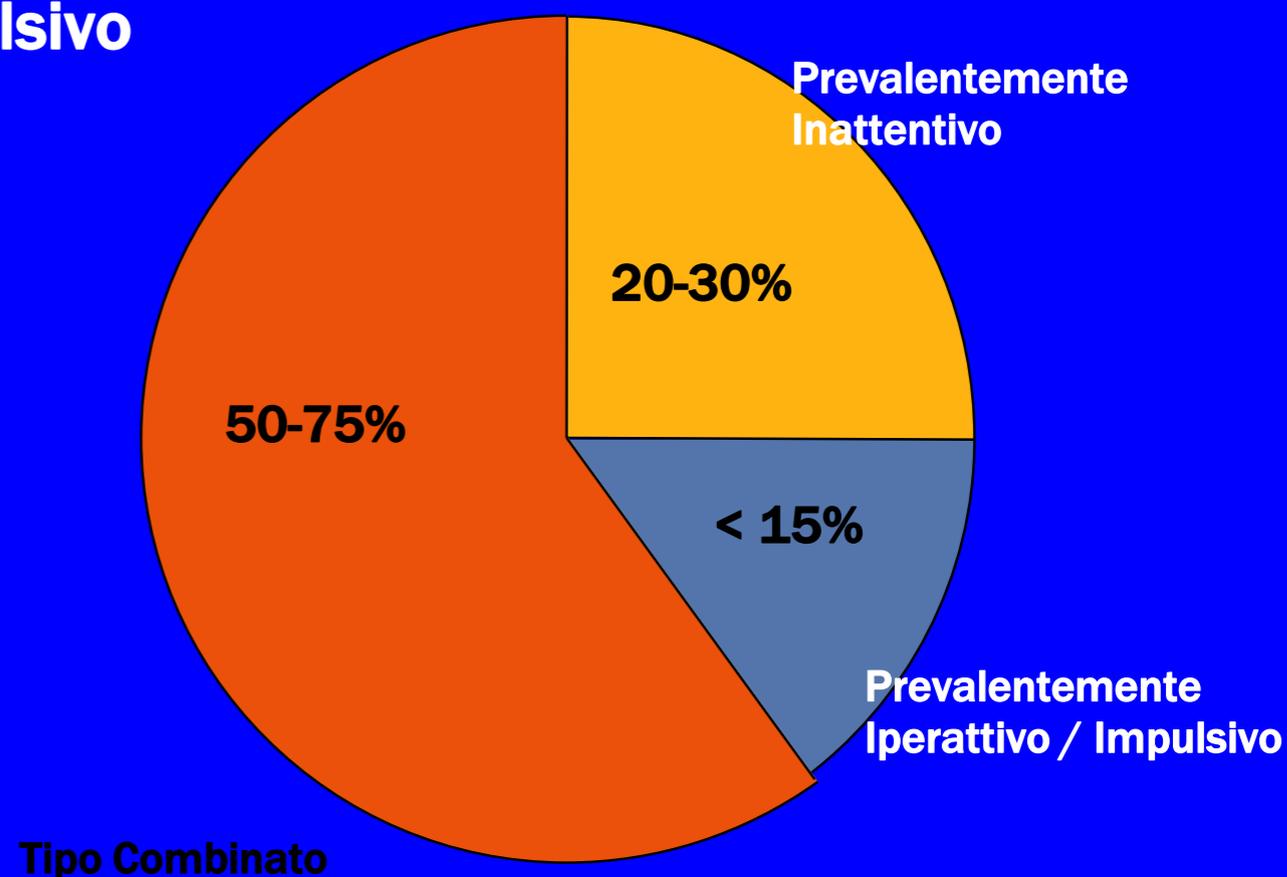
- Facilmente distraibile
- Ma non eccessivamente iperattivo / impulsivo

Prevalentemente Iperattivo / Impulsivo:

- Estremamente Iperattivo / Impulsivo
- Può non avere sintomi di inattenzione
- Frequentemente bambini piccoli

Sottotipo Combinato:

- Maggioranza dei pazienti
- Presenti tutte e tre i sintomi cardini (Inattenzione, Iperattività/Impulsività)



...MA...ATTENZIONE...

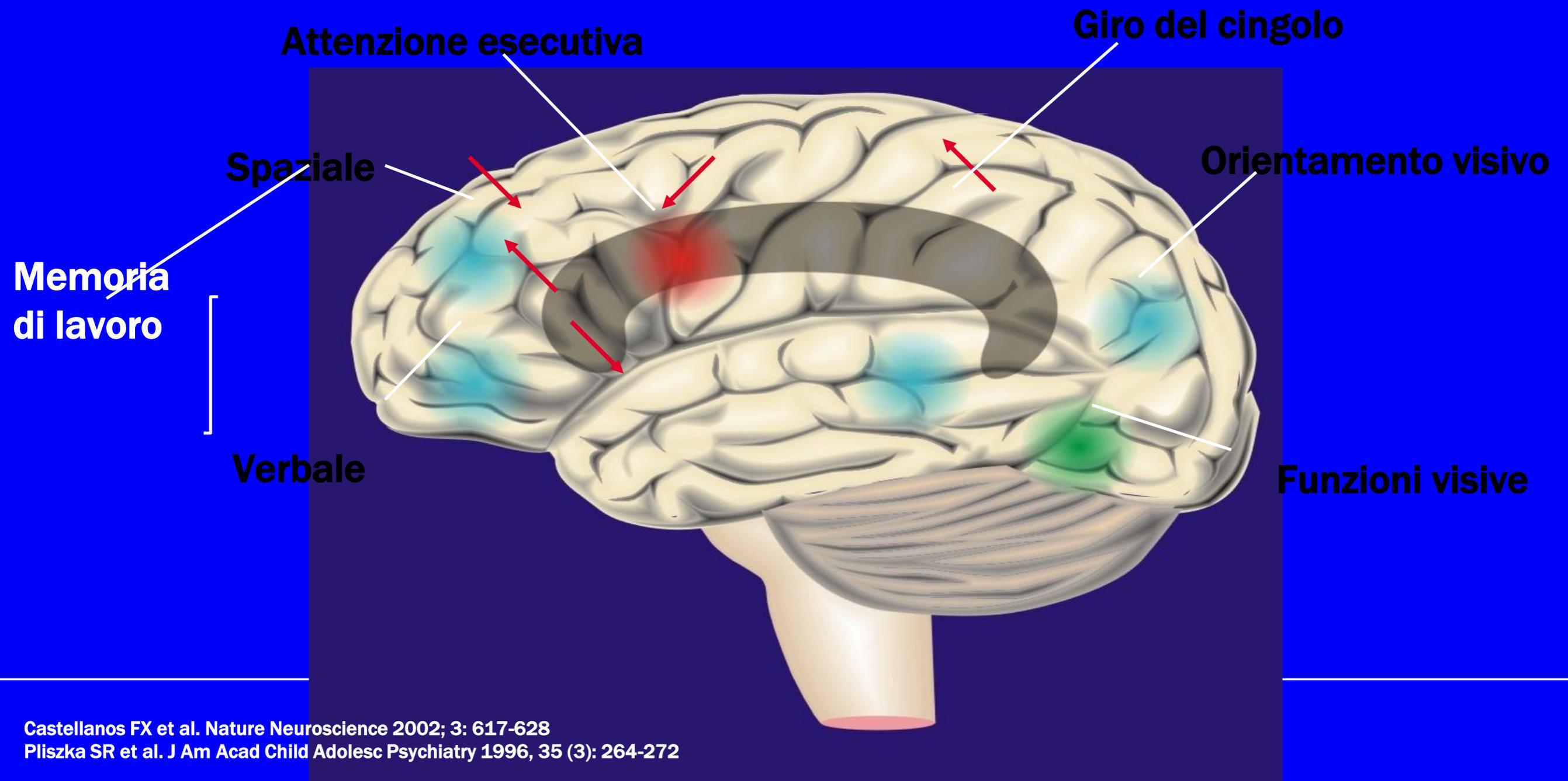
Naturalmente tutti i bambini/adolescenti possono presentare, in determinate situazioni, uno o più dei comportamenti descritti...

...ma nell'ADHD tali comportamenti sono...

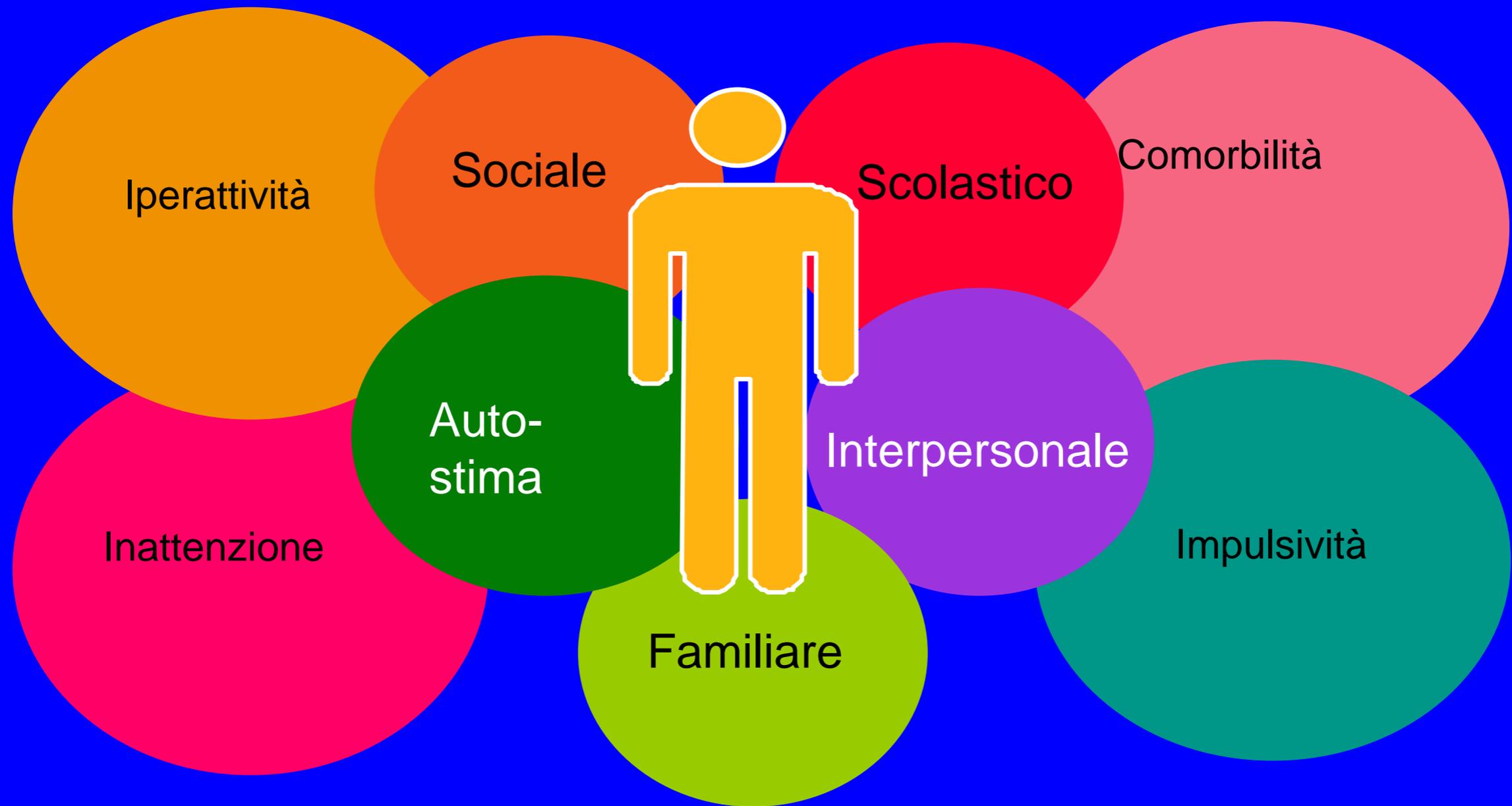
- inadeguati rispetto allo stadio di sviluppo
- ad insorgenza precoce (prima dei 7 anni)
- pervasivi (espressi in diversi contesti quali casa, scuola, ambiente di gioco)
- significativamente interferenti con le attività quotidiane

Circuiti cerebrali

→ regolano l'attenzione e l'attività, inibiscono i pensieri ed i comportamenti inappropriati, organizzano le azioni in modo da raggiungere uno scopo



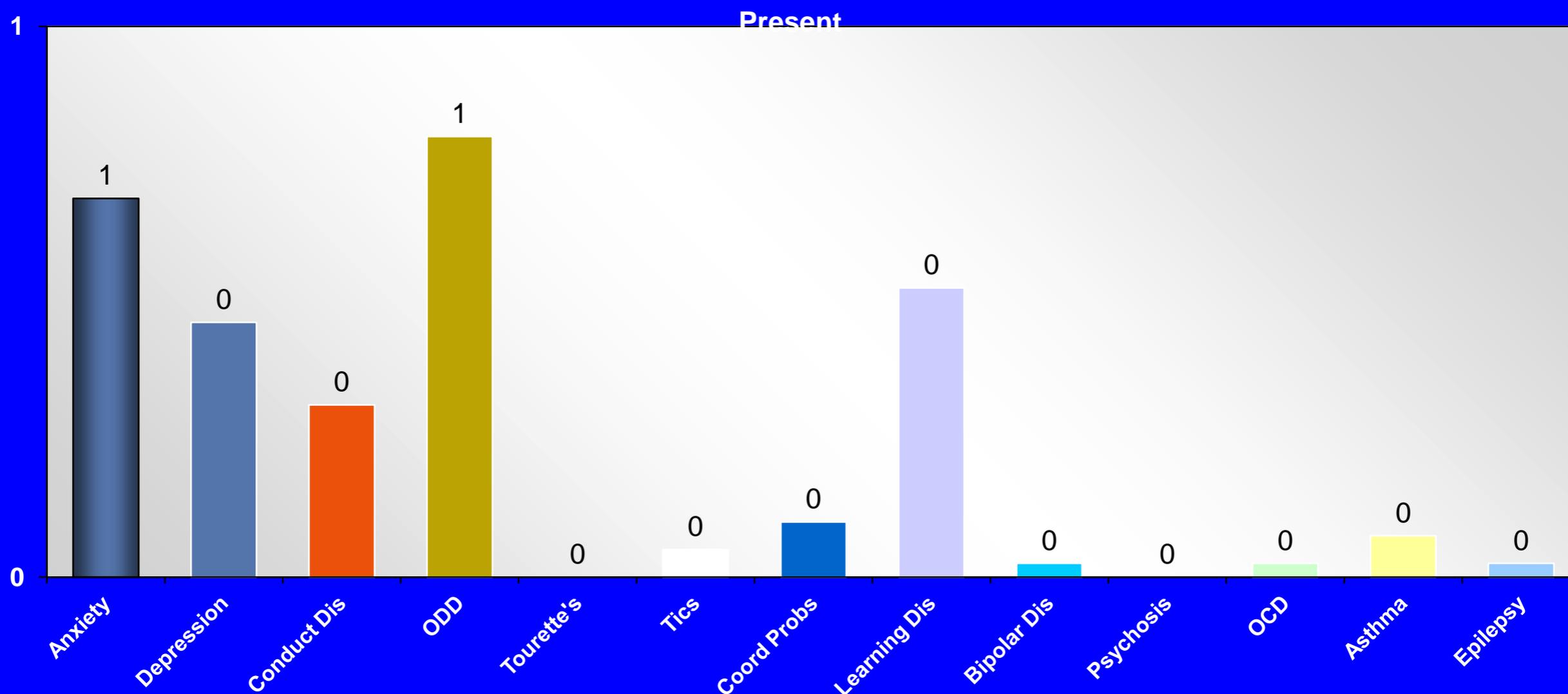
IMPATTO DELL'ADHD SUL FUNZIONAMENTO GLOBALE



I bambini e gli adolescenti con ADHD possono manifestare anche altri disturbi psicologici e psichiatrici in contemporanea (comorbidità).

Nell' 80% dei casi l'ADHD si associa ad altri disturbi

TIPOLOGIA DELLE COMORBILITA'



64% Disturbo Oppositivo Provocatorio (ODD); 55% Ansia; 42% Disturbi dell'apprendimento (DA); 37% Depressione; 25% Disturbo della Condotta (CD)

Non sono un asino,
non sono pigro, non sono
stupido. Ho difficoltà
a leggere e scrivere...
Sono dislessico!



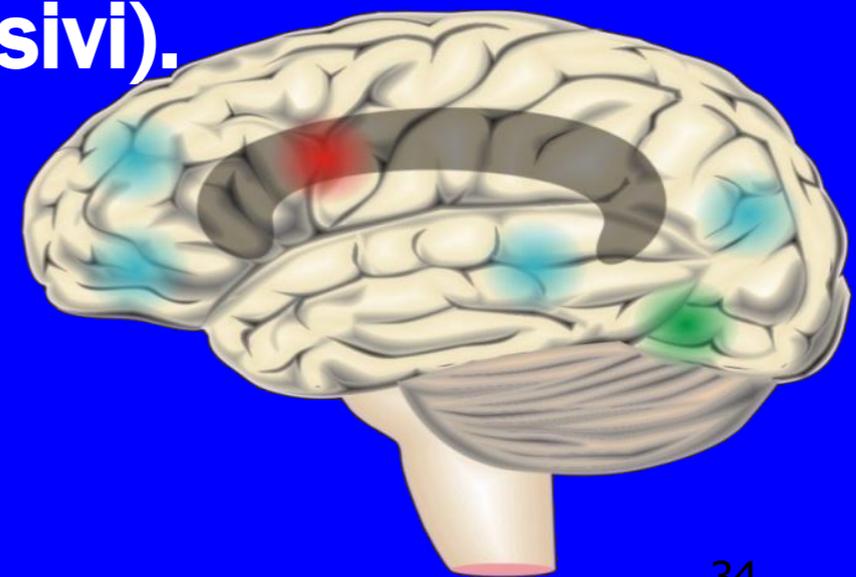
D.S.A.

- Tali disturbi (denominati dislessia, disortografia e disgrafia, discalculia) sono sottesi da specifiche disfunzioni neuropsicologiche, isolate o combinate. Nel DSM IV (1) sono inquadrati nell'Asse I come Disturbi della Lettura, dell'Espressione Scritta e del Calcolo.



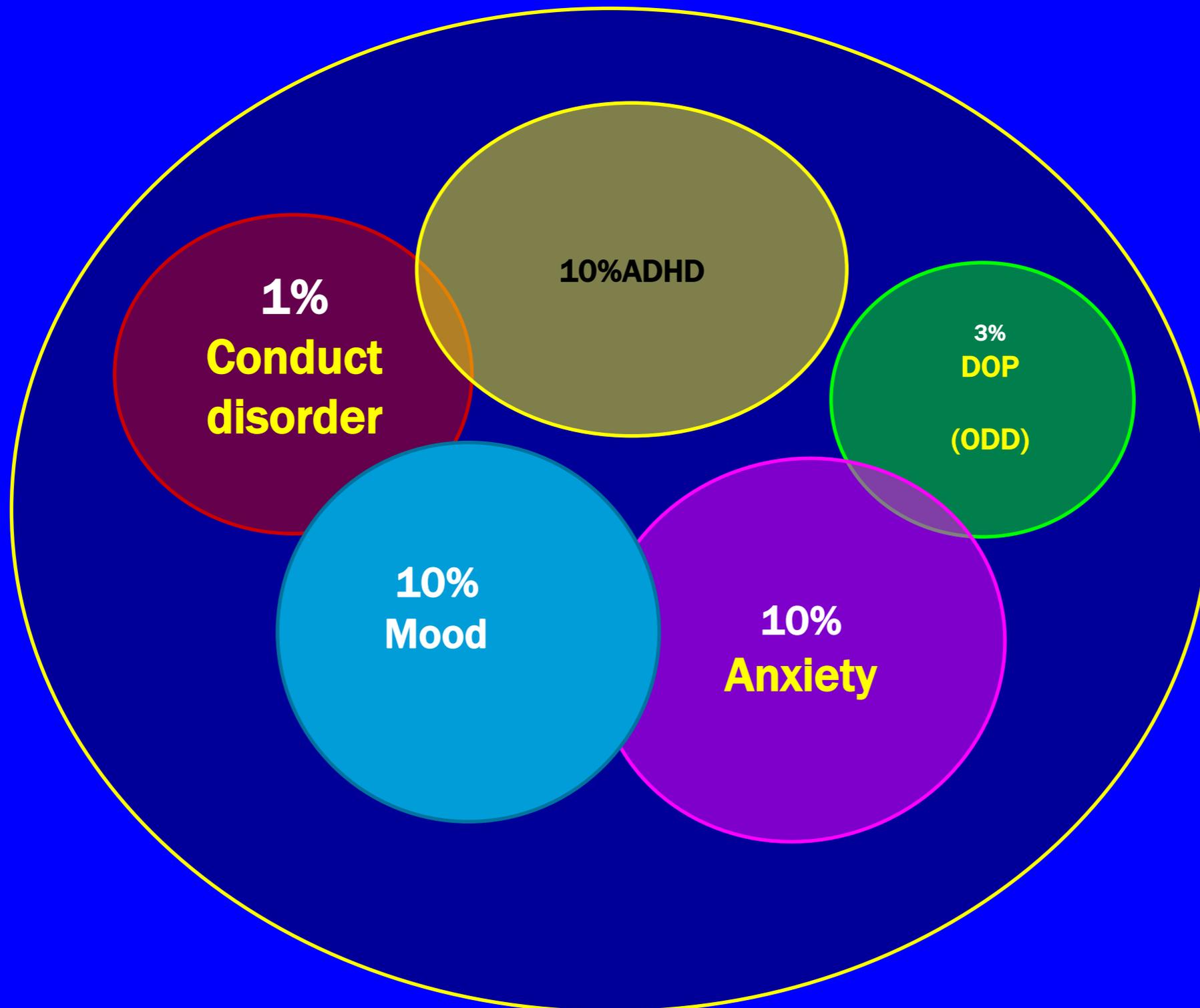
COMORBILITA'

- **Disturbo da deficit di attenzione e iperattività;**
- **Disturbo Oppositivo-Provocatorio**
(secondario alle esperienze frustranti vissute dal b. per gli insuccessi scolastici);
- **Disturbi d'ansia (attacchi di, fobie);**
- **Disturbi dell'umore (stati depressivi).**



COMORBILITA'

LO STUDIO MTA HA EVIDENZIATO LA PRESENZA DEI SEGUENTI DISTURBI ASSOCIATI AL DSA



IN CONCLUSIONE SI PUÒ AFFERMARE CHE L'ASSOCIAZIONE DELLA CEFALEA CON I DISTURBI PSICHIATRICI È FREQUENTE PER CUI BISOGNA AVERE MAGGIORE ATTENZIONE NEL RILEVARLI MA SOPRATTUTTO NEL PREVENIRLI.

**LE EMOZIONI SONO IL PRIMO FATTORE SCATENANTE E
TRA QUESTE LA SCUOLA , APPUNTO, GIOCA UN RUOLO
IMPORTANTE. E' IL PRIMO BANCO DI PROVA CON CUI
BAMBINI E ADOLESCENTI SI CONFRONTANO
DIRETTAMENTE CON LE PROPRIE CAPACITÀ . SITUAZIONI
CLASSICHE IN CUI SI PUÒ SCATENARE IL MAL DI TESTA
SONO INTERROGAZIONI E COMPITI IN CLASSE**

- **Una fobia scolare sottostante al sintomo cefalea è di frequente riscontro: uno scarso rendimento scolastico può essere giustificato dal frequente incorrere di crisi cefalalgiche, che rischiano di innestare un circolo vizioso autoperpetuantesi, potendo, tra l'altro, allontanare il bambino da scuola**

- **NELLA PRATICA CLINICA MOLTO FREQUENTE IL RISCONTRO DI PROBLEMI SCOLASTICI, FAMILIARI, DI SOCIALIZZAZIONE DIETRO LA CEFALEA "SINTOMO" IN QUESTO CASO, DI PROBLEMATICHE DI TIPO PSICOLOGICO.**

NELLA PRATICA CLINICA SI RISCONTRA SPESSO LA PRESENZA DI PROBLEMI DI ANSIA IN BAMBINI CHE SONO STATI PRESI IN TRATTAMENTO PER UN DISTURBO DEPRESSIVO, COSÌ COME NON È RARO RISCONTRARE UN UMORE DEPRESSO IN BAMBINI PER I QUALI LO SCOPO DEL TRATTAMENTO ERA UN DISTURBO D'ANSIA.

RICONDURRE GENERICAMENTE IL MAL DI TESTA ALLO "STRESS SCOLASTICO" SIGNIFICA INGENERARE UN MECCANISMO DI DELEGA NEI CONFRONTI DELLA SCUOLA O DEGLI INSEGNANTI, NON RICONOSCENDO CHE IL RAPPORTO GENITORE-FIGLIO RUOTA ECCESSIVAMENTE ATTORNO ALLA DIMENSIONE SCOLASTICA.