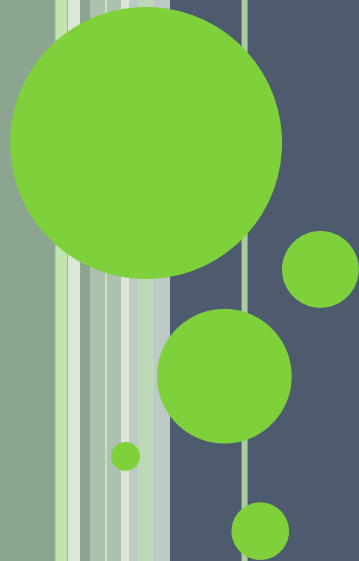


# I SINTOMI PSICHIATRICI NELL'EPILESSIA

*Dott.ssa Annalisa Barbier, PhD*

Psicologo Clinico – Dottore in Neuropsicologia  
Fondazione Don Gnocchi – Policlinico A. Gemelli



# QUALCHE NOTIZIA

L'**epilessia** (dal greco *EPILÊPSIS* = accesso, assalto, attacco) è una condizione neurologica caratterizzata dalla presenza di **crisi epilettiche**, ossia scariche elettriche anomale, sincronizzate e prolungate, da parte delle cellule nervose della corteccia o del tronco cerebrale.

In base al referto **EEG** è possibile distinguere 2 grandi forme di epilessia:

- I. Epilessie **generalizzate**
- II. Epilessie **parziali o focali**



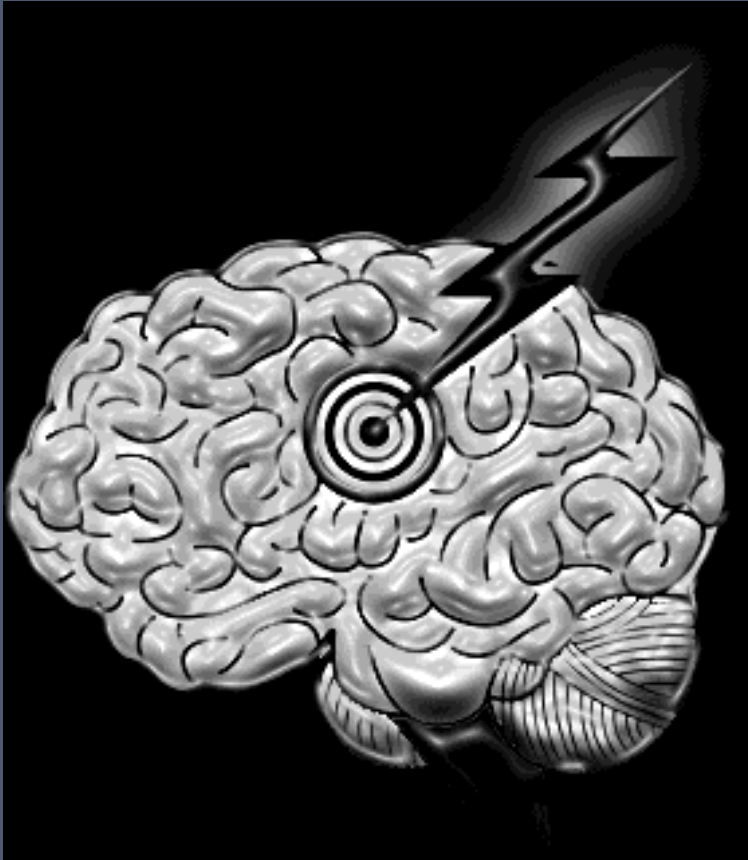
# CRISI GENERALIZZATE



Quando le scariche anomale iniziano contemporaneamente in entrambi gli emisferi cerebrali.



# CRISI PARZIALI O FOCALI



Quando le scariche anomale originano da una determinata area del cervello.



# EPILESSIA IDIOPATICA E SECONDARIA

Il **5%** di tutte le persone ha almeno una crisi epilettica durante la sua vita, ma non per questo è considerato affetto da epilessia, poiché la diagnosi di epilessia implica la presenza di

## CRISI EPILETTICHE RIPETUTE

- A. Si parla di **epilessia idiopatica** o **primaria** quando la storia clinica e gli esami diagnostici non rivelano cause per crisi epilettiche ripetute; la maggior parte delle epilessie idiopatiche è infatti dovuta a fattori genetici e metabolici ancora sconosciuti e si manifesta in età infantile o adolescente, una grande parte delle epilessie secondarie si manifesta dopo i 40 anni.
- B. Si parla di **epilessie secondarie** in caso di epilessie indotte dalla presenza di tumori e traumi cerebrali, ischemie o emorragie cerebrali, da trombosi dei seni cerebrali venosi, da malformazioni vascolari e malattie infiammatorie del cervello (vasculiti, meningiti, encefaliti o la sclerosi multipla).



# I DISTURBI PSICHIATRICI NELL'EPILESSIA

La presenza di **disturbi psichiatrici** nei pazienti affetti da epilessia è un fattore predittivo della **qualità della vita** in tali pazienti:

- I pazienti epilettici affetti da patologie psichiatriche, soprattutto quando affetti da depressione, ottengono all' SF-36 un punteggio **inferiore del 21%** rispetto al punteggio ottenuto dai pazienti privi di comorbidità psichiatriche (Zeber et al., 2007).

# FATTORI SCATENANTI

Le crisi epilettiche sono favorite da fattori che **aumentano l'eccitabilità elettrica** delle cellule nervose abbassando la naturale soglia di scarica spontanea:

- I. uso o sospensione improvvisa di certi farmaci, droghe o alcool
- II. febbre
- III. deficit di sonno
- IV. alterazioni degli elettroliti
- V. fattori genetici e metabolici.

# DISTURBI DEL TONO DELL'UMORE



## DEPRESSIONE

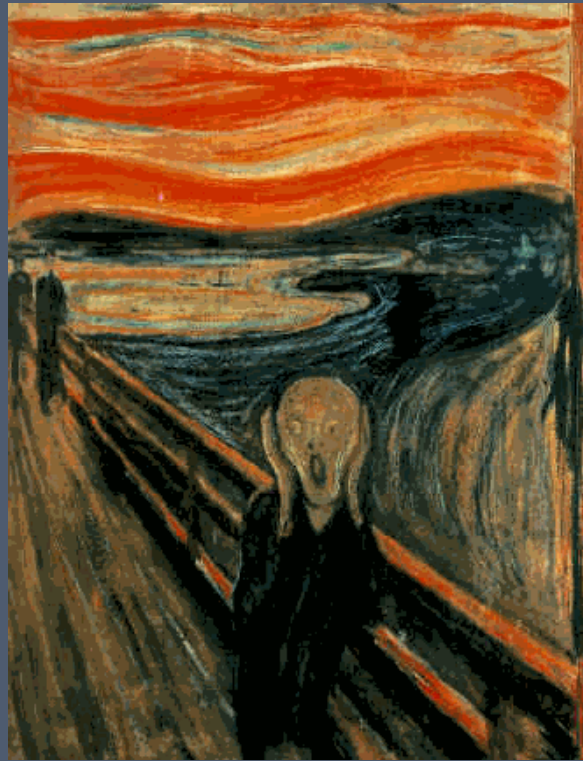
I disturbi del tono dell'umore sono più frequenti nei pazienti affetti da epilessia che nella popolazione generale (Kessler et al., 2003; Kobau et al., 2006)



# DISTURBI DEL TONO DELL'UMORE

- E' possibile che **l'abuso di farmaci antidepressivi** possa indurre nuove crisi comiziali (Nilsson et al., 2003)
- Le **alterazioni a carico di alcuni neurotrasmettitori** quali serotonina, norepinefrina e dopamina, sono comuni ad entrambe le patologie e ciò potrebbe spiegare l'elevata comorbidità riscontrata (Jobe et al., 1999)
- Esistono inoltre fattori biologici che possono contribuire a questa comorbidità come **modificazioni strutturali del sistema limbico** (Briellmann et al., 2007)
- Oppure un **ipometabolismo del lobo frontale** (Bromfield et al., 1992)

# DISTURBI D'ANSIA



- **Attacchi di panico:** episodi brevi e improvvisi di ansia e terrore caratterizzati da sensazione di soffocamento, dolore al petto e paura di morire.
- **Fobia:** paura estrema e non razionale nei confronti di situazioni od oggetti che non sono in realtà pericolosi per la persona. Esistono diversi tipi di fobia, i principali sono: Agorafobia; Fobia sociale; Claustrofobia; Ipocondria; Araconofobia; Ornitofobia; Acrofobia ecc...

- **Disturbo ossessivo-compulsivo:** caratterizzato da idee fisse ed irrazionali e da comportamenti ripetitivi o azioni mentali con lo scopo di prevenire o ridurre uno stato d'ansia.
- **Disturbo acuto da stress:** sensazioni di ansia e sintomi dissociativi (per meno di un mese) dopo che la persona ha vissuto un evento traumatico (aggressione, rapimento, violenza, disastro, morte di un familiare ...).
- **Disturbo post-traumatico da stress:** sensazioni di paura ed orrore persistenti nel tempo (per più di un mese) dopo che la persona ha vissuto un evento traumatico (aggressione, rapimento, violenza, disastro, morte di un familiare ...).
- **Disturbo d'ansia generalizzata:** stato permanente di allarme senza che vi sia un reale pericolo e paura che succedano cose negative

# DISTURBI D'ANSIA

Anche se i disturbi d'ansia hanno ricevuto meno attenzione di quelli del tono dell'umore, sono anche essi presenti nei pazienti affetti da epilessia.

- I pazienti possono riferire una sensazione di paura durante le crisi comiziali (Torta et al., 1999)
- Oppure riferire i sintomi ansiosi come facenti parte dell'aura epilettica (Torta et al., 1999)

I disturbi d'ansia **influiscono sulla qualità della vita nei pazienti epilettici, indipendentemente dalla depressione e dalla qualità e quantità degli episodi critici** (Johnson et al., 2004)

# I DISTURBI PSICOTICI



I **disturbi psicotici** (psicosi), hanno come caratteristica predominante i disturbi del pensiero e della percezione:

- deliri
- allucinazioni
- linguaggio o comportamento disorganizzato
- catatonia

I disturbi psicotici comportano

**una perdita dei confini dell'io**

E la compromissione del giudizio di realtà.

C'è quindi un'alterazione tra il mondo interno della persona ed il mondo esterno, che non viene vissuto-percepito come è in realtà.

# I DISTURBI PSICOTICI

**Schizofrenia:** la persona e' incapace di riconoscere il reale da ciò che è solo nell'immaginazione. La patologia influisce sulla capacità di comunicare, pensare correttamente e gestire le emozioni.

**Disturbo delirante:** uno o più deliri non bizzarri che durano almeno un mese. Solitamente nel disturbo non compaiono allucinazioni visive o auditive, ma possono comparire quelle tattili od olfattive riguardanti il tema del delirio.

**Disturbo schizofreniforme:** stessi sintomi della schizofrenia ma può non essere presente un deterioramento del funzionamento sociale e lavorativo. La durata del disturbo è inferiore rispetto alla schizofrenia (per diagnosticare la schizofrenia, essa deve durare da almeno 6 mesi, questo disturbo dura invece da 1 a 6 mesi).

**Disturbo schizoaffettivo:** sono presenti i sintomi della fase attiva della schizofrenia insieme ad un episodio di alterazione dell'umore. Questi devono essere preceduti o seguiti da 2 settimane almeno di deliri o allucinazioni senza però sintomi della sfera affettiva.

**Disturbo psicotico breve:** disturbo psicotico che dura più di un giorno ma si risolve entro 1 mese.

**Disturbo psicotico condiviso:** il disturbo psicotico si dice "condiviso" quando riguarda due individui affetti da un disturbo simile, di cui uno è particolarmente soggetto all'influenza dell'altro.

# DISTURBI PSICOTICI ED EPILESSIA

La presenza dei disturbi psicotici nell'epilessia è stimata attorno al 9% (Mendez et al., 1993). Fattori di rischio sembrano essere l'epilessia del lobo temporale e la presenza di *cluster* di crisi epilettiche (Umbricht et al., 1995).

Nei pazienti che presentano epilessia associata a disturbi psicotici, si può verificare un fenomeno definito “*false normalization*”: cioè il paziente affetto tende a presentare una minore quantità di episodi critici nel periodo di psicosi attiva ed il reperto EEG si presenta più “normale” durante tali episodi (Krishnamoorthy et al., 1999).

I pazienti con crisi psicotiche tra un episodio critico e l'altro, presentano soprattutto allucinazioni, in assenza di disturbi del pensiero o marcate alterazioni di personalità.

Valutazioni neuropsicologiche tra pazienti affetti da schizofrenia e pazienti affetti da epilessia associata a disturbo psicotico non mostrano differenze significative nei deficit cognitivi riscontrati (Nathaniel-James et al., 2004).

# DISTURBI PSICOTICI ED EPILESSIA

La **PSICOSI POST-ICTALE** ha un'incidenza di circa il 6%-10% e si verifica entro 7 giorni dall'episodio critico o dal *cluster* di crisi comiziali, risovendosi facilmente in seguito a somministrazione di farmaci antipsicotici anche a basso dosaggio. È più comune dopo crisi tonico-cloniche secondariamente generalizzate.

La **PSICOSI INTER-ICTALE** può presentarsi in ogni momento, senza alcuna relazione con la comparsa o meno di crisi comiziali. Frequentemente presente nei soggetti con crisi parziali e spesso indica la presenza di tumori cerebrali.



# DISTURBI DELLA PERSONALITA'

Nei pazienti con epilessia è stata ipotizzata la presenza di specifiche **caratteristiche di personalità**, probabilmente prodotte e comunque legate all'impatto della disabilità prodotta dalla malattia, sulla vita sociale e di relazione.

Non tutti gli studi concordano però con la presenza di specifiche caratteristiche di personalità nei pazienti affetti da TLE (*Temporal-Lobe-Epilepsy*) (Devinsky et al., 1993)

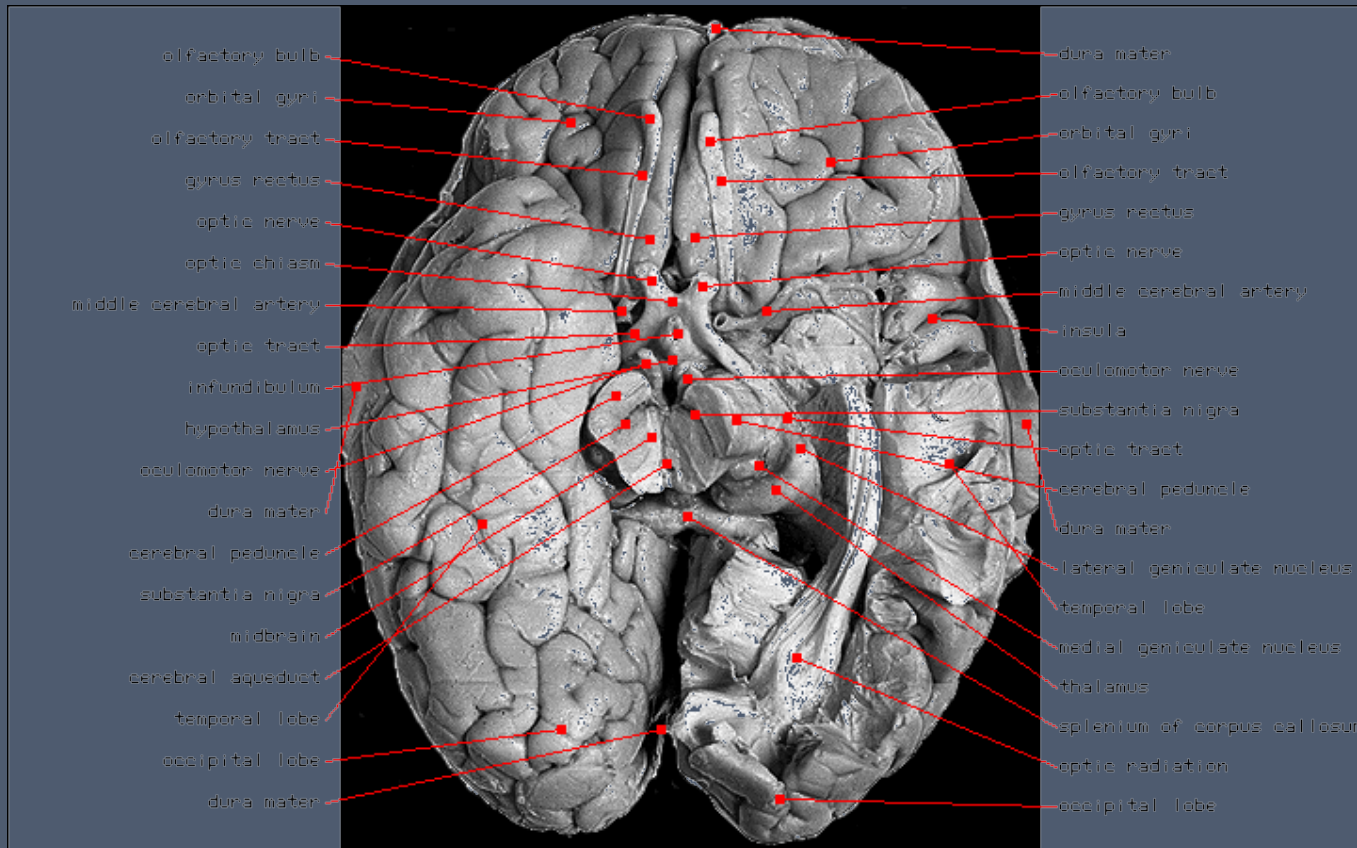


# CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ

Le **caratteristiche di personalità** più frequentemente riportate in letteratura, nei pazienti affetti dal epilessia, sono le seguenti:

- eccessiva religiosità
- viscosità (tendenza a prolungare gli incontri sociali, ad attaccarsi molto alle persone)
- ipergrafia
- iposessualità (riduzione dell'interesse verso il sesso)
- circosostanzialità
- aggressività
- rabbia
- mancanza di senso dell'umorismo
- rigidità morale
- aumento delle preoccupazioni relative a tematiche morali

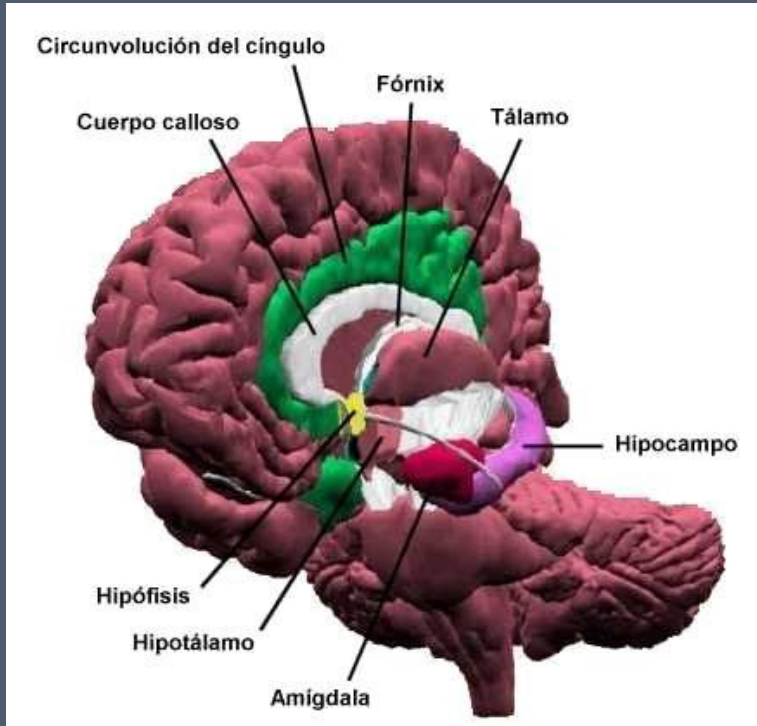
# IL LOBO FRONTALE



I lobi frontali sono le strutture che mediano le abilità di **pensiero astratto**, **organizzano il comportamento** in sequenze logiche ed in serie temporali, **inibiscono risposte automatiche** inappropriate agli stimoli ambientali.



# IL SISTEMA LIMBICO



Il **sistema limbico** comprende alcune regioni del diencefalo e del telencefalo che “coordinano le afferenze sensoriali con le reazioni corporee e le necessità viscerali” (Papez 19589) e che

**RAPPRESENTANO IL LUOGO DI ORIGINE DELLE EMOZIONI**  
(Fulton 1951)

Tale porzione del **Sistema Nervoso Centrale** interviene:

- nell’elaborazione dei comportamenti correlati con la sopravvivenza della specie
- nell’elaborazione delle emozioni
- nelle manifestazioni vegetative che ad esse si accompagnano
- coinvolto nei processi di memorizzazione



## DEPRESSIONE

il DSM-IV propone i seguenti criteri per la diagnosi di depressione maggiore:

umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come riportato dal soggetto o come osservato da altri.

marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno.

significativa perdita di peso, in assenza di una dieta, o significativo aumento di peso, oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi ogni giorno.

insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno

agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno.

affaticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno.

sentimenti di autosvalutazione oppure sentimenti eccessivi o inappropriati di colpa quasi ogni giorno.

diminuzione della capacità di pensare o concentrarsi, o difficoltà a prendere decisioni, quasi ogni giorno.

ricorrenti pensieri di morte, ricorrente ideazione suicida senza elaborazione di piani specifici, oppure un tentativo di suicidio o l'elaborazione di un piano specifico per commettere suicidio.

# BIBLIOGRAFIA

- Marcangelo MJ, Ovsiew F. **Psychiatric aspects of epilepsy.** *Psychiatry Clinics of North America* 2007; 30: 781-802.
- Zeber JE, Copeland LA, Amuan M et al. **The role of comorbid psychiatric conditions in health status in epilepsy.** *Epilepsy and Behaviour* 2007; 10(4): 539-546.
- Kessler et al., 2003;
- Kobau et al., 2006
- (Nilsson et al., 2003)
- (Briellmann et al., 2007)
- (Bromfield et al., 1992)
- Johnson et al., 2004)
- Torta et al., 1999)
- (Mendez et al., 1993).
- (Umbricht et al., 1995).
- (Krishnamoorthy et al., 1999).
- (Nathaniel-James et al., 2004)
- Devinsky et al., 1993).
- Waxman e Geshwind (1975)

