

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Dottorato in Neuroscienze XXIV ciclo



EPILESSIA E CRISI PSICOGENE NON EPILETTICHE (PNES)

Coordinatore:

Chiar.mo prof Guido CVALETTI

Tutore:

Dott. Cesare Maria CORNAGGIA

Tesi di Dottorato di:

dott. Massimiliano BEGHI

Matricola 589072

Anno Accademico 2010-2011

INDICE

RIASSUNTO.....	pag. 3
INTRODUZIONE.....	pag. 5
Definizione di PNES	
Epidemiologia delle PNES	
Le PNES nel DSM-IV-TR e nell'ICD10	
Disturbi Somatoformi	
Disturbi di Conversione	
Disturbi Dissociativi	
Disturbi Fittizi e Simulazione	
I meccanismi di difesa	
PNES e trauma	
Clinica delle PNES	
SCOPI.....	pag 28
MATERIALI E METODI.....	pag. 29
Questionario di screening	
SCL-90	
Test di Rorschach	
Analisi dei dati	
RISULTATI.....	pag. 39
DISCUSSIONE.....	pag. 54
CONCLUSIONI.....	pag. 60
BIBLIOGRAFIA.....	pag. 61

RIASSUNTO

Le PNES sono crisi parossistiche involontarie o modificazioni del comportamento che rispecchiano i contenuti critici dell'epilessia, ma alla cui origine non sottostanno né alterazioni organiche né modificazioni patologiche all'EEG. La *prevalenza* delle PNES è stimata tra 2 e 33 casi per 100.000/anno. Le PNES non trovano una chiara collocazione nell'ICD-10 e nel DSM IV-TR. Il ritardo medio con cui viene effettuata la diagnosi di PNES va dai 7 ai 16 anni. Attualmente non esiste uno strumento diagnostico affidabile per la diagnosi di PNES, ad eccezione del video-EEG, il cui apporto è però subordinato alla frequenza di comparsa delle crisi. Pertanto, il nostro studio si è prefisso di calcolare la prevalenza delle PNES in pazienti afferenti ad un centro regionale per l'epilessia (centro terziario) allo scopo di validare un questionario per la diagnosi di PNES e definire il profilo demografico, clinico, psicopatologico e di personalità dei pazienti con PNES o con quadri misti (crisi epilettiche e PNES) rispetto a gruppi di pazienti con crisi epilettiche senza PNES. Dal 2008 ad oggi è stato effettuato lo screening di una serie consecutiva di pazienti afferenti al Centro regionale dell'epilessia dell'Ospedale S. Gerardo di Monza alla ricerca di soggetti con PNES; è stato somministrato un questionario semistrutturato allo scopo di investigare alcune caratteristiche cliniche che risultano frequenti in pazienti con PNES (refrattarietà, durata dell'evento critico maggiore di 2 minuti, presenza di crisi in contesto atipico, interruzione da parte di interventi fisici, ripresa immediata della coscienza, riscontro di disturbi psichici concomitanti).

I pazienti che sono risultati positivi ad almeno due delle caratteristiche sopra indicate sono stati invitati ad una visita in cieco da parte di uno psichiatra esperto di epilessia (il dottorando), che, confrontandosi con il neurologo referente, ha provveduto a classificare i casi esaminati in tre categorie: 1. PNES; 2. Epilessia e PNES. 3. Epilessia.

Sono stati sottoposti a screening 305 pazienti di cui 142 sono risultati positivi al test; di questi ultimi, 79 si sono presentati al colloquio con lo psichiatra, insieme a 23 controlli (soggetti negativi al test).

Dei pazienti con almeno due risposte affermative al questionario, 22 hanno ricevuto la diagnosi PNES, 23 la diagnosi epilessia associata a PNES e 34 la diagnosi

epilessia. Dei 23 pazienti con meno di due risposte affermative, 21 hanno ricevuto la diagnosi epilessia, 1 la diagnosi PNES e 1 la diagnosi epilessia + PNES.

In merito alla procedura di validazione, il test ha presentato le seguenti caratteristiche: sensibilità: 95,6%, specificità: 36,8%, valore predittivo positivo: 54,4% e valore predittivo negativo: 91,3%.

I test SCL-90 e Rorschach sono stati quindi somministrati a casi (PNES ed epilessia associata a PNES) e controlli (epilessia) appaiati. I dati così ottenuti, interpretati da uno psicologo clinico esperto del settore, hanno consentito di valutare eventuali differenze nella personalità dei soggetti con PNES rispetto a pazienti senza PNES.

Nel confronto tra casi e controlli, l'analisi multivariata (effettuata utilizzando come covariate sesso, età, stato civile, occupazione, scolarità, durata di malattia e tipo di epilessia) ha mostrato come le uniche variabili significative per la presenza di PNES siano il sesso femminile ($p=0,03$ OR 1,6 IC: 1,1-6,2), e l'essere non coniugato ($p=0,02$, OR per i coniugati 0,39 IC 0,17-0,88).

L'SCL-90 non ha mostrato differenze tra i due gruppi mentre al test di Rorschach le differenze riscontrate tra i due gruppi potrebbero indicare una strutturazione di personalità distinta sulla base dei meccanismi di difesa attivati.

INTRODUZIONE

Definizione di crisi psicogene non epilettiche

Le crisi non-epilettiche di genesi psicogena (*Psychogenic Non-Epileptic Seizures*, PNES) o pseudocrisi sono crisi parossistiche e involontarie o modificazioni del comportamento caratterizzate da un'improvvisa e temporanea alterazione del controllo motorio, sensoriale, autonomico, cognitivo ed emozionale, che rispecchiano i contenuti critici dell'epilessia, ma alla cui origine non sottostanno né alterazioni organiche, né modificazioni patologiche all'EEG (1). Le PNES sono descritte come una manifestazione non intenzionale di un disagio emotivo (2).

Epidemiologia delle PNES

L'*incidenza* delle PNES nella popolazione generale è stimata 1,5 casi per 100.000/anno (circa il 4% dell'incidenza dell'epilessia) secondo uno studio di popolazione condotto in Islanda (3) e di 3 casi per 100.000/anno in un lavoro condotto in Ohio (4). Reuber (5) sostiene che questi dati sottostimano la reale incidenza delle PNES, essendo stati raccolti solo in centri secondari/terziari di neurologia e conteggiando solo i casi la cui diagnosi è stata confermata al video-EEG (5).

La *prevalenza* delle PNES è stimata tra 2 e 33 casi per 100.000/anno (6). Nello studio di Benbadis (7) il dato è stato ricavato sulla base della stima che in una popolazione di pazienti che si presentano per la prima volta da un neurologo, in pronto soccorso o dal loro medico di base dopo aver avuto un "black-out", il 57.4% ha avuto epilessia, il 22.3% ha presentato una sincope e il 18% ha avuto una PNES.

Tra il 5 e il 50% dei pazienti con PNES presenta una concomitante diagnosi di epilessia o un passato di crisi epilettiche (8,9).

Poiché la maggior parte dei pazienti manifesta crisi psicogene dopo anni di crisi epilettiche, l'epilessia stessa può essere considerata come fattore di rischio per la comparsa di PNES.

La prevalenza delle PNES è più elevata nel sesso femminile, il quale comprende circa i tre quarti di tutti i casi (1).

L'età di esordio è tipicamente tra i 10 e i 20 anni (5), ma l'età media alla diagnosi è compresa tra i 20 e i 40 anni.

Diagnosi differenziale tra PNES e crisi epilettiche

Crisi e pseudocrisi presentano un problema diagnostico comune in Pronto Soccorso, nei reparti ospedalieri e nei centri per l'epilessia (10, 11). La presenza della video-elettroencefalografia (video-EEG) ha migliorato sensibilmente l'accuratezza della diagnosi, ma è la video-EEG è uno strumento diagnostico solo in fase ictale ove, in caso di PNES, non emerge una correlazione tra la semeiologia della crisi e il tracciato elettroencefalografico. Inoltre essa non è disponibile in tutti i centri per l'epilessia né tantomeno in Pronto Soccorso; attualmente non è quindi presente uno strumento diagnostico affidabile, e sono quindi fondamentali la clinica e un'accurata anamnesi.

Un'errata diagnosi è stimata fino al 20-30% nella pratica clinica e nelle cliniche specialistiche (12, 13). Lesser (1) afferma infatti che il 20% dei pazienti con crisi refrattarie al trattamento farmacologico, che afferiscono ai centri per l'epilessia per una valutazione chirurgica, non soffrono in realtà di epilessia ma di crisi psicogene e che frequentemente viene commesso un errore diagnostico.

Inoltre Howell (1989) attesta come elevate percentuali (fino al 50%) di pazienti con stato refrattario al trattamento farmacologico trattati come *stato epilettico*, risultino poi essere uno *pseudo-status (PNES status)* (14).

Molte PNES durano a lungo (>2min) e si riscontra che in un terzo dei pazienti con PNES le crisi siano trattate come "stato epilettico" (5).

Il ritardo medio con cui viene effettuata la diagnosi di PNES va dai 7 ai 16 anni (15) e, dato molto rilevante, tre quarti dei pazienti con PNES (pur senza avere una comorbidità con epilessia) ricevono un trattamento iniziale con farmaci antiepilettici

(11). Una corretta e tempestiva diagnosi differenziale tra crisi epilettiche e PNES è quindi importante per evitare trattamenti antiepilettici multipli e inappropriati, che portano al paziente il sopraggiungere di effetti collaterali, senza beneficio reale sulle crisi.

Clinica delle PNES

Le crisi psicogene non-epilettiche presentano quadri clinici variabili, differenti anche nello stesso soggetto da crisi a crisi; non è quindi possibile arrischiare una diagnosi di PNES sulla sola base delle caratteristiche semeiologiche della crisi stessa. Certo, si possono individuare dei segni più tipici di PNES (convulsioni bizzarre, lunga durata, pianto ictale, occhi chiusi, immediata ripresa della coscienza) e dei segni più tipici di crisi epilettiche (movimenti stereotipati, breve durata, rilascio degli sfinteri, morsus, stato confusionale dopo la crisi) ma non è detto che le variabili cliniche più frequenti nelle une non possano presentarsi in un episodio delle altre. A questo proposito è utile ricordare che alcuni tipi di epilessie, come quelle dei lobi frontali, possano apparire bizzarre o dimostrative (se coinvolgono l'area supplementare motoria), addirittura mimare movimenti coitali oppure manifestare emozioni forti e paura (se coinvolgono il cingolo) e quindi essere scambiate per delle PNES o che le epilessie del lobo temporale possano presentare sintomi di tipo psichiatrico, come allucinazioni, *deja-vu* e alterazioni della personalità.

È pertanto necessario conoscere bene la clinica di entrambe (tab. 1), ritenendo i singoli segni-sintomi come "a maggior probabilità di riscontro" nelle une piuttosto che nelle altre e, ai fini di una corretta diagnosi, occorre raccogliere insieme alla descrizione della crisi da parte del paziente e di testimoni, un'accurata anamnesi che vada ad esplorare quelli che sono ritenuti i dati anamnestici più indicativi per una diagnosi di "PNES": una storia di disturbi psichiatrici (disturbi somatoformi o dissociativi, depressione, ansia, disturbo post-traumatico da stress, disturbo di personalità borderline sono i più comuni), traumi subiti (abusi fisici e sessuali) nell'infanzia e nell'adolescenza o situazioni di conflitto familiare-sociale, molteplici sintomi fisici inspiegati, molteplici operazioni o test invasivi, stati di male ricorrenti, crisi in presenza di un medico, aggravamento delle crisi da parte dei farmaci

antiepilettici assunti dal paziente, cambiamento di semeiotica delle crisi, esordio non prima dei 10 anni (5).

(tab. 1)

VARIABILE CLINICA	PNES	CRISI EPILETTICHE
Eziologia	Psichica	Organica
EEG ictale/interictale	Normale	Anormale/variabile
Durata della crisi	Lunga di solito > 2 minuti	Breve di solito < 2 minuti
Esordio	Spesso graduale	Improvviso solitamente
	<i>Alcuni pazienti dicono di essere addormentati all'esordio, ma i pattern EEG in realtà sono di veglia</i>	<i>Alcuni pazienti raccontano di sensazioni alterate per lungo tempo prima dell'episodio durante il sonno/la veglia</i>
Frequenza	Variabile	Parossistica/a cluster
Fattori precipitanti (luce, rumori)	Occasionalmente	Raramente
Presenza di aura	Variabile	Variabile
Luogo della crisi	A casa prevalentemente	Ovunque
Presenza di terzi	Sì	Variabile
Pattern della crisi	Variabile	Stereotipo
Attività motoria ondeggiante	Comune	Molto rara
Movimento asincrono degli arti	Comune	Raro
Movimenti finalizzati	Occasionali	Molto rari
Movimenti pelvici ritmici	Occasionali	Rari
Opistotono, "arc de cercle"	Occasionale	Molto raro
Scuotimento della testa da lato a lato	Comune	Raro
Morsicatura della lingua (punta)	Occasionale	Raro
Morsicatura della lingua (ai lati)	Raro	Comune
Atonia ictale prolungata	Occasionale	Molto rara
Urla	Durante la crisi (a contenuto drammatico, osceno o mistico) con singhiozzi e pianto	All'inizio, con grugniti insieme ai movimenti clonici
Chiusura della bocca nella "fase tonica"	Occasionale	Molto rara
Chiusura delle palpebre	Molto comune	Rara
Resistenza all'apertura delle palpebre	Molto comune	Rara
Segno di Babinski	Negativo	Positivo se presenti convulsioni
Riflesso pupillare allo stimolo luminoso	Mantenuto di solito	Assente di solito
Reattività durante lo stato di incoscienza	Occasionale	Molto rara
Cianosi	Assente di solito	Presente di solito
Orientamento postcritico	Immediato	Confuso
Effetto della suggestione	Scatenante/risolutivo	Nessuno
Stupor postictale	Raro	Frequente
Urinazione e defecazione	Entrambe riportate (più raramente)	Entrambe riportate

<i>Amnesia postictale</i>	Variabile	Abituale
<i>Ricordo precedenti crisi sotto ipnosi</i>	Sì	No
<i>Ipnottizzabilità</i>	Alta	Nella media
<i>Danni</i>	Poco frequenti	Minori, frequenti

Cenni storici

Crisi funzionali rassomiglianti quelle epilettiche trovavano ampio spazio nel contesto della psichiatria fenomenologica, che ha posto le basi di tutta la psicopatologia del secolo scorso, fondata da Jaspers nel 1913 con il suo libro “*Allgemeine Psychopathologie*” (trad. it. “Psicopatologia Generale”, 1964) (16).

All’epoca molti trattati descrivevano le crisi epilettiche, le crisi isteriche e le forme che venivano definite miste o istero-epilettiche (17).

Per le crisi epilettiche si riconosceva la associazione con peculiarità della personalità, quali la personalità “glischroïde” (dal greco: vischioso), studiata dalla signora Minkowska (1923-1926) (18) con l’utilizzo del test di Rorschach, o la sindrome di Geschwind (19), un quadro clinico di cambiamento della personalità (ipossessualità, religiosità e ipergrafia) secondario alla presenza di un focolaio cronico nel lobo temporale. Per spiegare questo ed altri quadri di epilessie con alterazioni della personalità, Bear alla fine degli anni ’70 elaborò la teoria dell’ “iperconnessione temporo-limbica”, secondo cui sotto lo stimolo del focus attivo (emisfero destro emozionale, sinistro ideativo-verbale) si svilupperebbero aree di iperattività coinvolgenti la zona del focolaio e le strutture profonde ad esso collegate (20). Questi studi sulla “personalità epilettica” (un concetto tuttora discusso in quanto è possibile parlare di tratti di personalità delle persone con epilessia ma non di veri e propri disturbi di personalità) nacquero sulla scia della “teoria della degenerazione” formulata dal medico viennese Bènedict-Augustin Morel nel 1857 con la sua opera *Traité des dégènerescences physiques, intèllectuelles et moralès de l’espèce humaine* (21), e ripresa in seguito da Cesare Lombroso (22). Detta teoria sosteneva che alla base dell’epilessia vi fosse un tratto degenerativo ereditario che, trasmettendosi nelle generazioni successive attraverso sintomi sempre più gravi, portasse inevitabilmente ad un quadro di “idiozia” o “demenza epilettica”, che si cancellava solo tramite l’estinzione della genia familiare. In

seguito, Kraepelin nel 1913 (23) affermò che proprio sulla base di tratti personologici caratteristici, anche in assenza di crisi epilettiche, si potesse formulare la diagnosi di epilessia. Queste erano tutte osservazioni che nascevano dall'allora Ospedale Psichiatrico, ove la patologia assumeva forme anche condizionate dalla stessa istituzionalizzazione.

Per le forme isteriche, si distingueva una sorta di labilità dell'lo (teoria di Pierre Janet), una forte predisposizione, se non esclusività, per il sesso femminile e la presenza di un *vantaggio secondario* oppure di quella che mirabilmente era definita la *Belle Indifférence*.

Storicamente, si riconosce come i disturbi isterici siano nati con la prima ipotesi della loro origine traumatica formulata da Charcot (24), che attribuisce come responsabile di sintomi un disturbo funzionale del cervello e ne descrive una suscettibilità all'ipnosi. In Francia si dedicarono allo studio dell'isterismo prima Charcot poi Babinski e quest'ultimo definì l'*isterismo* come uno stato psichico che rende il soggetto capace di autosuggestione, ovvero i sintomi isterici possono essere (a differenza dei disturbi organici del sistema nervoso) scatenati nel paziente e detti in altri termini "fenomeni pitiatichi". Questa definizione rimanda pertanto ad una ulteriore conoscenza e approfondimento della struttura di personalità dell'isterico (17).

E' però con Freud (25) che venne stabilita la piena origine funzionale dell'Isteria che apre il grande capitolo storico e concettuale della rivoluzione psicoanalitica.

Questa fu ulteriormente sostenuta nella "*Teoria della seduzione*" (1892-1896), per poi essere dallo stesso Freud riformulata con la famosa lettera a Fliess del 1897 (26) (Freud rinunciava alla esistenza di un trauma reale nell'infanzia delle fanciulle ed ammetteva come questo trauma potesse essere non storico ma anche semplicemente fantasticato). Freud successivamente parlò di complesse problematiche nelle quali si intrecciano in modi intricati spinte biologiche e fattori emozionali. Marmor (27) nel 1953, pur riconoscendo il ruolo centrale che la fissazione edipica ha nell'isteria, rilevò che le fissazioni alla fase edipica dello sviluppo sono esse stesse una conseguenza delle fissazioni pre-edipiche specie di natura orale. Alcuni tratti del carattere isterico, quali l'im maturità, l'instabilità della struttura dell'lo e la resistenza al cambiamento, evidenziavano fissazioni orali profondamente localizzate. Kernberg (28) tra il 1975 ed il 1992 sembrò concorde

nel condividere la validità dell'interpretazione classica per quanto riguarda i casi clinici affetti da nevrosi e riferì invece la genesi di casi più gravi a turbe che concernono la primitiva relazione con la figura materna.

Infine Bollas (29) differenziò una *isteria benigna* che considera determinata da una inibizione della sessualità provocata da inconsci atteggiamenti materni da forme di *isteria maligna* nei quali esistono destrutturate comunicazioni nella relazione con la madre fondate prevalentemente su meccanismi di identificazione proiettiva.

LA COLLOCAZIONE NOSOGRAFICA DELLE PNES (ICD 10 e DSM-IV)

Nel passaggio dal DSM-II (1968) al DSM-III (1980), il termine "*neurosis*" scompare dalla nosografia, e quindi l'isteria segue lo stesso destino. Questo è stato il prezzo "pagato" alla ateoreticità del manuale. I sintomi sono stati scomposti nelle loro singole manifestazioni e privati del loro "significato" all'interno del vissuto e della storia del soggetto (25). Con la dissoluzione della psicopatologia intesa nella sua dimensione di complessità ed inter-soggettività, negli ultimi decenni del secolo scorso si è affermata una nosografia caratterizzata da un elenco di sintomi, indipendentemente dalla loro possibile etiologia.

Entro una dimensione di questo genere, le PNES, che precedentemente erano classificate sostanzialmente come crisi isteriche, non hanno più trovato una collocazione, almeno nel DSM-IV (30) mentre una loro parziale collocazione è restata nell'ICD-10 (31).

E' pur vero che la "cancellazione" di un disturbo a livello nosografico non comporta la scomparsa del disturbo medesimo e pertanto i quadri clinici di isteria sono continuati ad esistere e resta aperta la questione di dove collocare le PNES nella nosografia psichiatrica attuale. Un fatto sembra certo: nonostante la continua rimozione, l'isteria, altrettanto continuamente, "ritorna" ... questa tendenza al "mascheramento camaleontico" deriva dal fatto che l'eziologia e la patologia isterica sono la risultante di una dinamica multidimensionale fatta dalla *causalità psichica*, dalla *causalità biologica* e dalla *causalità storico-culturale* ... e, a distanza di cento anni dalla pubblicazione degli *Studi sull'isteria*, non si è ancora raggiunto un accordo sul suo inquadramento nosografico (32).

Nel DSM-IV-TR (30) e nell'ICD-10 (31) possiamo ritrovare tracce di questa patologia tra i Disturbi Somatoformi (in particolare nei Disturbi di Conversione) e nei Disturbi Dissociativi.

L'eventuale considerazione dei Disturbi Fittizi appare dibattuta, in quanto dovrebbe prevedere una sorta di intenzionalità di simulazione, cosa che è sostanzialmente non considerata quando parliamo di PNES. Questa dovrebbe essere pertanto la ragione per la quale le PNES non dovrebbero essere una forma peculiare di Disturbo Fittizio.

Accanto a questo dato legato allo sviluppo interno della psichiatria, va poi considerata la separazione che vi è stata, in particolare a partire dalla fine degli anni settanta, tra psichiatria e neurologia, ulteriormente accentuata dalla chiusura degli ospedali psichiatrici. L'epilessia, connotandosi per la presenza di una scarica parossistica delle cellule della corteccia cerebrale, ben descritta come "*seizure*" dagli studi magistrali di Jackson (33) e meglio studiata in seguito con la scoperta dell'Elettroencefalografia (34), ha assunto una dimensione sempre più chiara e precisa all'interno della branca della neurologia.

E' così accaduto che quelle crisi che rassomigliavano gli attacchi epilettici ma non ne avevano la base elettrofisiologica venissero etichettate semplicemente come "non-epilettiche", per finire quindi relegate in un ambito di cura che era estraneo al neurologo e poco comprese dallo psichiatra. Espulse pertanto dalla psichiatria, le PNES sono finite per essere anche espulse dalla neurologia, confinandosi in una sorta di terreno di nessuno.

Soltanto recentemente, in particolare con gli studi effettuati dalle equipe di Reuber (2,5,9,35,36,37) e di Gates (38), che hanno evidenziato un'alta prevalenza di PNES nei centri secondari e terziari per l'epilessia, esse hanno ripreso ad essere oggetto di studio e di ricerca, sia per neurologi che per psichiatri.

Considerando la sua definizione, l'ICD-10 (31) appare certamente più precisa del DSM-IV-TR (30).

Nel DSM-IV-TR (30), le PNES sono collocate in differenti disturbi: quelli di conversione, quelli dissociativi e quelli di somatizzazione.

Come detto, l'ICD-10 (31) contempla le PNES all'interno dei Disturbi Dissociativi (tab. 2).

F44 Disturbi dissociativi [da conversione]

F44.0 Amnesia dissociativa

F44.1 Fuga dissociativa (esclude fuga postictale dell'epilessia)

F44.2 Stupore dissociativo

F44.3 disturbi da trance e possessione

F44.4 Disturbi motori dissociativi

F44.5 Convulsioni dissociative

Le convulsioni dissociative possono mimare crisi epilettiche molto bene nei movimenti corporei, ma il morso della lingua, escoriazioni dovute a cadute e incontinenza di urina sono rare e la coscienza è mantenuta o sostituita da uno stato di stupore o trance.

F44.6 Anestesia dissociativa e perdita del sensorio

F44.7 Disturbi dissociativi misti [da conversione]

F44.8 Altri disturbi dissociativi [da conversione] (sindrome di Ganser)

F44.9 Disturbo dissociativo, non specificato

(tab. 2)

I quadri descritti, come illustrati nella tabella 3, riferiscono alle PNES sintomi relativi alla funzione della coscienza, della memoria e delle funzioni motorie, la assenza di disordini fisici o neurologici e l'evidenza che il disturbo è la espressione di un conflitto emozionale.

F44 Disturbi Dissociativi [da conversione]

... una parziale o completa perdita della normale integrazione tra memoria del passato, consapevolezza dell'identità e sensazioni immediate, e controllo dei movimenti corporei

... tendono a regredire dopo alcune settimane o mesi, in particolare se la loro origine è associata ad un evento traumatico della vita... possono svilupparsi se l'origine è associata a problemi irrisolvibili o difficoltà interpersonali

... sono stati in precedenza classificati come vari tipi di "isteria da conversione"

... si suppone che siano psicogene all'origine, con una correlazione temporale stretta con eventi traumatici, problemi irrisolvibili e intollerabili, o relazioni disturbate

... l'esame obiettivo clinico e l'anamnesi non rilevano la presenza di alcun disturbo fisico o neurologico conosciuto

... è evidente che la perdita di una funzione sia un'espressione di conflitti emozionali o di necessità

... sono inclusi solo disturbi delle funzioni fisiche normalmente sotto il controllo volontario o perdita di sensibilità

Disturbi che coinvolgono dolore e altre sensazioni fisiche mediate dal sistema nervoso autonomo sono classificati nei disturbi di somatizzazione

(tab. 3)

Disturbi di Somatizzazione

Ciò che fa immediatamente pensare ad un Disturbo di Somatizzazione è la chiara manifestazione “fisica”, al punto da pensare che si tratti di una “condizione medica generale” piuttosto che un “disturbo psichiatrico”.

Reuber e colleghi, nel loro lavoro *Somatization, dissociation and general psychopathology in patients with psychogenic non-epileptic seizures* (39) hanno somministrato il SOMS (Screening Test for Somatoform Symptoms-2) ad una popolazione di 98 pazienti con sole PNES, non associate ad epilessia, e ad un gruppo di controllo di 63 pazienti con sola epilessia, osservando che i pazienti con PNES hanno score di somatizzazione più elevati rispetto ai soggetti con epilessia (segno evidente della loro tendenza a reagire agli stress psico-sociali con un disturbo somatico) e che un’elevata somatizzazione correla con la gravità delle PNES del soggetto e, negativamente, con l’outcome clinico. Inoltre, sebbene questi pazienti si presentino con disturbi somatici e rifiutino di riconoscere la presenza di un disturbo psichiatrico (che li porterebbe inevitabilmente a mettersi in discussione e a fare un lavoro su se stessi), ad una attenta valutazione clinica presentano un nutrito corollario di sintomi psicopatologici.

Un Disturbo di Somatizzazione si definisce quando i sintomi fisici presentati da una persona fanno pensare ad una condizione medica generale ma dopo appropriate indagini nessuna condizione medica li giustifica, tantomeno l’utilizzo di sostanze o la presenza di altri disturbi mentali, come il Disturbo di Panico.

I sintomi fisici non sono intenzionali, cioè sotto il controllo della volontà. Per questa ragione si sono esclusi i Disturbi Fittizi.

Ai fini della diagnosi di questi disturbi è necessario riscontrare, nell’arco della sua durata complessiva, singoli sintomi, non prodotti intenzionalmente o simulati, che variano da sintomi dolorosi ovvero localizzazioni (testa, addome, schiena, articolazioni, arti, torace, retto) o funzioni (dolori mestruali, dolore nel rapporto sessuale o durante la minzione) diverse.

Disturbi di Conversione

La caratteristica essenziale del Disturbo di Conversione è la presenza di sintomi o di deficit riguardanti le funzioni motorie volontarie o sensitive, che suggeriscono una condizione neurologica o un'altra condizione medica generale. Il sintomo od il deficit sono legati strettamente al momento stressante. Ancora una volta i sintomi non sono prodotti o simulati intenzionalmente, come nel Disturbo Fittizio.

I disturbi presentati si compongono secondo una distribuzione simbolica e non anatomica e questo è l'elemento fondamentale per la diagnosi differenziale.

I sintomi di conversione sono spesso incoerenti. Una estremità "paralizzata" potrà essere mossa inavvertitamente nel vestirsi, o quando l'attenzione è diretta altrove. Se posto sopra la testa e rilasciato, un braccio "paralizzato" tenderà a mantenere per un po' la posizione, e cadere quindi a lato, piuttosto che a colpire la testa. A volte si rileva una forza insospettata nei muscoli antagonisti, un normale tono muscolare e riflessi intatti. L'elettromiogramma sarà normale. Le difficoltà di deglutizione saranno uguali per i liquidi e per i solidi. Una crisi convulsiva di conversione avrà aspetto diverso da volta a volta e l'attività parossistica non avrà corrispondenza nel tracciato EEG.

Tradizionalmente il termine *conversione* deriva dalla ipotesi che il sintomo somatico presentato dal soggetto rappresenti la risoluzione simbolica di un conflitto psicologico inconscio, che riduce l'ansia e che serve a tenere il conflitto fuori dalla coscienza (*vantaggio primario*). Il soggetto può trarre dal sintomo di conversione anche un *vantaggio secondario*, il che significa che possono essere ottenuti benefici esterni o evitati impegni e responsabilità sgraditi. Per quanto il soggetto possa trarre un guadagno secondario dal sintomo di conversione, diversamente dalla Simulazione e dai Disturbi Fittizi i sintomi non sono prodotti intenzionalmente per ottenere dei benefici.

I sintomi del Disturbo di Conversione tipicamente non corrispondono alle connessioni anatomiche e ai meccanismi fisiologici conosciuti. Pertanto i segni obbiettivi aspettati (per es. le alterazioni dei riflessi) sono raramente presenti.

Disturbi Dissociativi

Le PNES sono state descritte anche come fenomeni dissociativi in quanto molte di queste crisi rappresentano una perdita completa o parziale dell'integrazione tra funzioni psichiche quali coscienza (della propria identità e delle proprie sensazioni), memoria e percezione o perdita del controllo corporeo. Le alterazioni possono essere improvvise o graduali, transitorie o croniche.

Reuber, sempre nel lavoro *Somatization, dissociation and general psychopathology in patients with psychogenic non-epileptic seizures* (39) ha voluto utilizzare la DES (Dissociative Experience Scale) per valutare la correlazione tra Disturbo Dissociativo e grado di severità delle PNES e loro outcome clinico, concludendo che la dissociazione misurata con la DES, nel gruppo di pazienti con PNES osservato, non opera come "fattore indipendente", ma i dati riscontrati sono significativi per ritenere il fenomeno dissociativo un fattore eziologico rilevante nelle PNES.

Occorre ricordare che sintomi dissociativi sono inclusi anche nei criteri per il Disturbo Acuto da Stress, il Disturbo Post-traumatico da Stress e il Disturbo di Somatizzazione, e sintomi dissociativi possono essere presenti anche in alcune forme di epilessia. La diagnosi aggiuntiva per il Disturbo Dissociativo non viene emessa se i sintomi dissociativi si manifestano esclusivamente nel corso di uno di questi disturbi. D'altra parte Disturbo Post-Traumatico da Stress e PNES appaiono legate dalla modalità verosimilmente simile del vissuto del trauma.

L'epilessia parziale complessa può presentare sintomi dissociativi, perché i soggetti con epilessia durante gli attacchi o negli stati post-accessuali possono mostrare vagabondaggio o comportamenti semi-finalizzati con conseguente amnesia. Tuttavia una fuga epilettica può essere riconosciuta e distinta da una Fuga Dissociativa in quanto il soggetto può presentare aura, anomalie motorie, stereotipie motorie, alterazioni percettive, uno stato post-accessuale e reperti anomali all'EEG seriale. Anche il Disturbo Dissociativo dell'Identità deve essere distinto dai sintomi dissociativi dovuti a epilessia parziale complessa. Questi ultimi sono di solito brevi (da 30 secondi a 5 minuti) e non comportano le strutture di identità complesse e persistenti e i comportamenti che si ritrovano tipicamente nel Disturbo Dissociativo dell'Identità. Inoltre una storia di maltrattamenti fisici e abusi

sessuali è meno comune nei soggetti con epilessia parziale complessa. Uno studio elettroencefalografico può chiarire la diagnosi differenziale.

Disturbi Fittizi e Simulazione

Le PNES proprio per la loro caratteristica involontarietà non sono inquadrabili da un punto di vista nosografico come Disturbi Fittizi, in cui i sintomi fisici o psichici sono prodotti o simulati consciamente ed intenzionalmente al fine di assumere il ruolo di malato, o come atti di Simulazione, tipicamente messi in scena dal soggetto per evitare responsabilità a tutti manifeste (obblighi legali, prove, l'arruolamento militare o il trasferimento in un altro ospedale).

E' riconosciuto in letteratura come in rari casi, un disturbo fittizio possa essere concomitante alle PNES, proprio come qualsiasi altra condizione comorbile. In questi casi diventa difficile discriminare in un paziente con Disturbo Fittizio e PNES quali delle sue crisi siano PNES e quali invece delle crisi volontariamente simulate.

Lo stesso Reuber afferma nel 2003 che "sebbene una piccola minoranza di pazienti possa avere PNES simulate o fittizie, è importante sottolineare che le crisi non sono una finta" (25) e nel 2007 in un successivo lavoro (5) sostiene che "La vasta maggioranza di PNES sono considerate essere oltre il controllo volontario dei pazienti, sebbene sia riconosciuto che PNES possono sovrapporsi alla simulazione e ai disturbi fittizi (40) e che, bisogna confessarlo, non esistono test specifici per identificare le crisi simulate" a meno che il paziente stesso riveli la propria intenzionalità nell'aver simulato una crisi epilettica.

I meccanismi di difesa

I meccanismi di difesa sono configurazioni psicologiche inconsce utili per mantenere l'equilibrio intrapsichico del soggetto soprattutto in situazioni veicolanti forte angoscia o stress (41).

Secondo il modello strutturale, essi sono processi difensivi inconsci attivati dall'lo sotto la spinta dell'angoscia al fine di prevenire la ripetizione di un trauma e l'affiorare di pulsioni non accettabili a livello conscio. La prospettiva psicomodinamica, invece, afferma che i meccanismi di difesa sono un modo per preservare l'individuo da ferite narcisistiche mantenendo, quindi un senso di sicurezza interiore.

È importante sottolineare come i meccanismi di difesa siano dinamici e mutevoli ma, in stati patologici possono diventare estremamente rigidi portando il soggetto ad una coartazione del proprio mondo fantasmatico.

I meccanismi di difesa portano alla messa in atto di specifici comportamenti atti a gestire e a non lasciare emergere contenuti inconsci che porterebbero il soggetto a percepire un forte disagio. Questo assunto vale anche per i quadri definiti patologici all'interno dei quali il paziente si trova a mettere in atto stili difensivi che non portano alcun beneficio ma vanno a mantenere uno scenario di disturbo; se ci rifacciamo ad una prospettiva relazionale possiamo parlare di messa in atto di soluzioni che amplificano il problema, in quanto mantengono una situazione sentita come negativa ma nella quale non viene percepita alcuna via d'uscita.

Secondo la classificazione di Gabbard (41) i meccanismi di difesa vengono classificati secondo una gerarchia dai più maturi ai più immaturi ed il profilo dei meccanismi di difesa utilizzati può essere considerato un buon barometro di salute mentale.

Tra i meccanismi di difesa più maturi Vaillant (42) ne ha posti in rilievo quattro:

- **REPRESSIONE:** bandire consciamente dalla propria mente pensieri o sentimenti inaccettabili
- **ALTRUISMO:** subordinazione dei propri bisogni o interessi a quelli altrui

- **SUBLIMAZIONE:** processo inconscio tramite il quale pulsioni o desideri inaccettabili per la coscienza vengono incanalati in alternative socialmente accettabili
- **UMORISMO:** capacità di prendere in giro sé stessi e la situazione nella quale ci si trova

Alcuni meccanismi di difesa (41) sono invece solitamente correlati a disturbi di tipo nevrotico:

- **RIMOZIONE:** eliminazione di desideri, fantasie o sentimenti inaccettabili (presente soprattutto nella nevrosi isterica)
- **SPOSTAMENTO:** spostamento di sentimenti da una persona ad un'altra, come avviene comunemente con il transfert (le fobie sono un esempio classico di tale difesa)
- **FORMAZIONE REATTIVA:** allontanamento di un desiderio o di un impulso inaccettabile adottando un tratto diametralmente opposto (comune nella nevrosi ossessiva)
- **ISOLAMENTO DELL'AFFETTO:** separazione dell'affetto dall'ideazione (anch'esso comune nella nevrosi ossessiva)
- **ANNULLAMENTO RETROATTIVO:** azione simbolica con lo scopo di capovolgere o cancellare un pensiero o un'azione inaccettabile (anch'esso comune nella nevrosi ossessiva)
- **SOMATIZZAZIONE:** trasferimento di sentimenti dolorosi a parti del corpo (comune nella nevrosi isterica)
- **CONVERSIONE:** rappresentazione simbolica di un conflitto intrapsichico in termini fisici (anch'esso comune nella nevrosi isterica)

Infine vi sono meccanismi di difesa più immaturi, correlati a stati patologici più gravi (psicosi e disturbi di personalità)

- **SCISSIONE:** separazione attiva dei sentimenti contraddittori, delle rappresentazioni di sé e delle rappresentazioni degli oggetti

- PROIEZIONE: attribuzione al terapeuta di una rappresentazione (solitamente negativa) di sé o dell'oggetto
- INTROIEZIONE: assunzione simbolica di un oggetto esterno come parte di sé stesso
- DINIEGO: disconoscimento diretto di dati sensoriali traumatici

Tuttavia Lingiardi nel suo manuale sui meccanismi di difesa (43) evidenzia come non ci sia un accordo generale su quali difese specifiche includere nel registro delle nevrosi, infatti alcuni autori, come ad esempio Meissner (44), includono in tale registro anche la dissociazione, mentre altri come Perry (45) includono anche la razionalizzazione e il diniego nevrotico.

Nelle PNES, secondo Janet, vi è una fondamentale debolezza dell'Io che rende i pazienti suscettibili ad una frattura nelle funzioni integrate di coscienza di fronte ad uno stress o trauma ambientale.

Nei quadri nevrotici si assiste alla messa in atto di meccanismi di difesa che includono in maniera più o meno marcata l'utilizzo del corpo come espressione del proprio disagio.

Nei disturbi di conversione, anche se questi trovano sempre meno spazio nelle nosografie attuali, si assiste alla nascita di un sintomo somatico che rappresenta la risoluzione simbolica di un conflitto psicologico e porta all'evitamento del conflitto interiore.

Vi è, quindi, il tentativo di rimuovere dal controllo cosciente un insieme di elementi mentali quali pensieri, impulsi, sensazioni ed immagini.

Bisogna comunque tenere presente il fatto che gli assetti difensivi isterici riescono a tenere sotto controllo l'angoscia senza dover ricorrere a gravi "amputazioni" del rapporto con la realtà.

Di fronte a contenuti traumatici o difficili da gestire, l'individuo può mettere in atto una dissociazione, ovvero l'evitare il contatto con questo tipo di vissuti che potrebbero riattivare sensazioni o ricordi dolorosi; questo è un funzionamento

normale della psiche, in quanto tende all'autoconservazione dell'individuo e ad un adattamento vantaggioso.

La dissociazione è caratterizzata da mancanza di integrazione tra i moduli mentali o i sistemi che sono causati da eventi neurologici piuttosto che psichiatrici (cecità, paralisi, epilessia) e possono essere presenti anche in eventi fisiologici (come guidare una macchina); essa è un'alterazione della coscienza caratterizzata specificatamente da un distacco dal sé e dall'ambiente circostante (depersonalizzazione e derealizzazione).

La dissociazione è un meccanismo di difesa che protegge l'individuo da un potenziale sovraccarico di panico ed ansia: nell'epilessia possono essere presenti fenomeni dissociativi come amnesia dell'evento o le sensazioni di déjà-vu presenti nella stessa epilessia del lobo temporale. Quando però, vi è la scorporazione del contenuto affettivo ed emotivo dal contenuto cosciente si possono originare comportamenti non adattivi che possono portare alla nascita di stati patologici, in quanto viene continuamente fuggita la possibilità di giungere ad un'elaborazione del contenuto negativo.

All'isteria viene associato principalmente e classicamente il meccanismo difensivo della rimozione, caratterizzata dalla tendenza ad affrontare conflitti e fonti di stress con il non ricordare o il non essere cognitivamente consapevoli di desideri, esperienze o sentimenti disturbanti; Krohn (47) a questo proposito sottolinea che le personalità isteriche sono inclini ad utilizzare l'assetto difensivo del non-sapere, non-vedere e non-riconoscere.

Fondamentale tra le caratteristiche della rimozione è "la scomparsa dell'idea, ma la permanenza dell'affetto" (47).

Fenichel definisce la rimozione come "un dimenticare inconscio, ma opportuno, o anche un non rendersi conto degli impulsi interni e di eventi esterni che, di regola, rappresentano possibili tentazioni o punizioni per riprovevoli richieste istintive o allusioni a queste" (48). Quanto scritto porta ad alcune considerazioni:

- lo scopo fondamentale della rimozione è bloccare la scarica di richieste pulsionali non accettabili;

- ciò che è rimosso continua però ad esistere al di fuori della consapevolezza e a cercare vie di scarica attraverso impulsi, pensieri e sentimenti che ne richiamino il contenuto;

- le modalità difensive del soggetto cercano allora di rimuovere anche questi derivati pulsionali che disturbano il suo funzionamento psichico;

- le richieste pulsionali e ciò che ad esse è connesso risultano non accettabili poiché il pensiero di una loro scarica riattiva vissuti di paura legati a possibili punizioni da parte del Super-Io insieme ad angosce di distruzione.

È utile sottolineare che la rimozione preclude ad una parte della personalità la crescita verso la maturità e impedisce successive modificazioni e ridefinizioni degli impulsi e dei loro derivati; ciò che rientra nel rimosso è escluso dall'esperienza esistenziale e quindi rimane ad un livello originale infantile.

Le personalità fortemente caratterizzate dal meccanismo di rimozione, come quelle isteriche, presentano un aspetto infantile in modo più o meno evidente; la loro esperienza emotiva tende a rimanere dispersa e labile, le loro azioni sono dominate dagli impulsi e i loro rapporti interpersonali sono caratterizzati da un attaccamento instabile.

Siccome ogni pensiero o fantasia può essere un potenziale veicolo attraverso il quale possono trovare espressione gli impulsi respinti e dato che la supremazia intellettuale viene continuamente scoraggiata, il modo di pensare dei soggetti nevrotici è alquanto semplicistico, carico di affettività e dominato da stereotipi.

La rimozione implica una scissione orizzontale, ovvero il contenuto conscio rimane sopra a ciò che è inconscio e queste due parti sono divise da una barriera che "blocca" i contenuti inaccettabili; in casi di stati patologici può esservi un "ritorno del rimosso" e quindi il dilagare dei contenuti inconsci che travolgono le barriere interne del soggetto. Freud a questo proposito parlava di "inconscio dinamico" con il quale indicava il passaggio di contenuti mentali ad un livello inconscio che poteva essere esplorato solo mediante alcuni strumenti specifici come, ad esempio, l'ipnosi.

Tale meccanismo differisce dalla dissociazione in quanto, in questo caso vi è una scissione verticale, cioè, i contenuti traumatici non sono relegati nell'inconscio ma,

come sostiene Lerner (46), possono “ esistere in parallelo in una sorta di co-consapevolezza” separati da una “barriera dissociativa”.

I meccanismi di difesa si esprimono in tutte quelle situazioni dove ad un livello più o meno inconscio viene percepita una minaccia per il proprio sé; i test proiettivi rappresentano un utile strumento anche per analizzare questo tipo di atteggiamento messo in atto dal soggetto, in quanto presentando stimoli con livelli di strutturazione diversa, consentono l'espressione di determinate dinamiche. Il test proiettivo per eccellenza è il test di Rorschach.

La ricerca delle modalità difensive nei protocolli Rorschach è una tappa molto importante per la valutazione completa del funzionamento psichico dell'individuo. Consente di individuare la flessibilità o la rigidità dell'organizzazione difensiva del soggetto permettendo di operare un collegamento con modelli psicopatologici e nosografici utile per il processo di valutazione diagnostica.

Analizzando gli elementi che caratterizzano un protocollo si possono inquadrare atteggiamenti diversi legati alla messa in atto di difese da parte dell'individuo.

L'elemento principale è la modalità con cui il soggetto cerca di gestire il materiale simbolico veicolato e la natura ambigua dello stimolo.

Il fatto che le tavole offrano immagini scarsamente strutturate porta il soggetto a non riconoscere stereotipi culturali cui fare riferimento e, quindi, a mettere in primo piano il proprio sé più autentico.

Durante la somministrazione del test di Rorschach i soggetti che utilizzano l'assetto difensivo della rimozione presentano un numero inferiore di risposte di movimento insieme ad una diminuzione del numero generale delle risposte.

I soggetti isterici in particolare, e più in generale quelli con tratti nevrotici, si sentono minacciati dalla regressione creativa stimolata dalla situazione del test, infatti si può assistere a lunghi tempi di latenza e a rifiuti nei confronti delle tavole che indicano tentativi di rimozione di sensazioni o di fantasie ansiogene stimulate dalle macchie.

Quando il meccanismo di difesa della rimozione, dopo essere stato ampiamente utilizzato, comincia a fallire, si assiste ad alcuni cambiamenti all'interno del protocollo: il numero e l'intensità delle immagini percepite come minacciose inizia a

crescere, diminuisce la specificità, l'articolazione e la precisione formale delle risposte, aumenta la labilità emotiva e si inizia a percepire un'atmosfera di trepidazione, panico, inadeguatezza e sofferenza; nei casi estremi emergeranno altri tipi di meccanismi difensivi più patologici e arcaici.

Tale descrizione differisce dall'atteggiamento mantenuto da soggetti con tratti rientranti più in quadri di tipo psicotico; infatti in questo caso si assiste ad un uso massiccio della formalizzazione che però presenta cadute per quanto riguarda la qualità delle risposte fornite.

Inoltre, mentre per i soggetti isterici si osserva un'affettività extratensiva e, cioè, proiettata all'esterno e modellata dagli stimoli ambientali, per lo psicotico e per i soggetti aventi patologia organica, vi è una coartazione di questa parte e quindi l'emergere di un blocco che non consente un'espressione di sé (49).

Pnes e Trauma

Circa il 90% dei pazienti con PNES riporta significative esperienze traumatiche nel passato. I traumi sembrano essere fattori etiologici meno importanti negli uomini, nei soggetti con una insorgenza tardiva delle crisi e nei soggetti con difficoltà di apprendimento.

In una review di Reuber, (5), si evince come un trauma sia presente in una percentuale che va dal 32,4% al 88,0% nella storia dei pazienti con PNES ed in una percentuale che va dall'8,6% al 37% nella storia dei pazienti con epilessia. L'abuso sessuale era maggiormente rappresentato (24,0% vs. 7,1%) rispetto all'abuso fisico (15,5% vs. 2,9%).

Non è un caso che disordini dissociativi siano descritti successivamente a situazioni traumatiche: incendi devastanti (50), terremoti (51), combattimenti militari (52), testimoni di esecuzioni (53).

Questa presenza del trauma pone in correlazione le PNES con il Disturbo Post-Traumatico da Stress, nel quale però il meccanismo della scissione non opera efficacemente, mantenendosi la consapevolezza del trauma.

Nella sua essenza la dissociazione rappresenta infatti il risultato di una mancata integrazione di aspetti della percezione, della memoria, dell'identità e della coscienza ed una vasta evidenza empirica indica come la dissociazione si verifichi come difesa nei confronti di un trauma in quanto consente all'individuo di mantenere l'illusione di un controllo psicologico, mentre prova una sensazione di impotenza e di perdita di controllo sul proprio corpo.

Le difese dissociative assolvono la duplice funzione di aiutare le vittime a distaccarsi dall'evento traumatico mentre questo si verifica e di posporre il lavoro di elaborazione necessario per collocare tale evento nel contesto della storia della loro vita.

Possiamo immaginare queste persone come quelle che il filosofo contemporaneo Giorgio Agamben descriveva come simili a quei personaggi dei fumetti della nostra infanzia che possono camminare nel vuoto fin tanto che non se ne accorgono: quando (e se) ne fanno esperienza, essi precipitano irrimediabilmente.

Il trauma non elaborato resta ancorato al corpo, da esso inscindibile, non potendo essere espresso (tradotto) in parole. Diviene pertanto indispensabile "scaricare" la

tensione in particolare ciò che metonimicamente è intollerabile e cioè che “tacere equivale a morire”.

Come affermava Stoppa (54) “uno degli obiettivi dell’inclinazione al trauma è la vitalizzazione di sé e dell’Altro a partire da quanto di rabbiosamente insostenibile si intravede in esso, e precisamente il suo volto rifiutante”.

Per comprendere meglio cosa si intenda per trauma conviene rifarsi a quanto affermato da Correale (55): “Intendiamo per trauma non tanto un singolo evento, ma una relazione predominante nei primi anni di vita del futuro paziente, caratterizzato dal fatto, che la figura dell’adulto determina col suo stile ... una emozione soverchiante nel bambino, che tende a ripetersi nel tempo e che, pur essendo in qualche modo imprevedibile, si presenta sempre in ogni momento come eccessiva e travolgente”.

Bakvis e colleghi (56) hanno mostrato come nei soggetti con PNES vi siano difficoltà nei meccanismi di processazione delle emozioni rispetto ai soggetti normali e come questi sviluppino una particolare iperattivazione dinanzi allo stress. Questa modalità distorta di processare le emozioni caratterizzerebbe il soggetto con PNES e trarrebbe la sua origine dal trauma vissuto.

SCOPI

La distinzione tra crisi epilettiche e crisi non epilettiche di genesi psichica (PNES) è un quesito diagnostico di difficile soluzione nella pratica clinica. Nonostante i numerosi dati disponibili in letteratura (1, 9, 38, 57-68), alcuni quesiti sui rapporti tra crisi epilettiche e PNES sono tuttora irrisolti:

1. Manca uno strumento diagnostico che conduca ad una diagnosi definita di PNES, ad eccezione del video EEG (la cui validità è però subordinata alla frequenza di comparsa delle crisi);
2. La prevalenza delle PNES varia a seconda della sede di provenienza dei pazienti;
3. I predittori demografici e clinici delle PNES non sono ancora definiti;
4. Manca una chiara definizione psicopatologica della malattia responsabile di PNES.

Pertanto gli scopi del nostro studio sono i seguenti:

1. Calcolare la prevalenza delle PNES in pazienti afferenti ad un centro regionale per l'epilessia (centro terziario) e validare un questionario per la diagnosi di PNES.
2. Definire il profilo demografico, clinico, psicopatologico e di personalità dei pazienti con PNES o con quadri misti (crisi epilettiche e PNES) rispetto a gruppi di pazienti con crisi epilettiche senza PNES.

MATERIALI E METODI

Il campione in studio ha incluso soggetti di età superiore a 17 anni (ai quali è stato chiesto di firmare un consenso informato), con livello intellettuale sufficiente (valutato clinicamente) per rendere attendibili i risultati ai test di personalità, senza encefalopatia, oligofrenia o deterioramento cognitivo, ed autosufficienti da un punto di vista motorio onde raggiungere senza difficoltà il luogo di esecuzione del colloquio psichiatrico e dei test di personalità.

Il nostro studio presenta un disegno articolato in tre fasi distinte: dal 2008 ad oggi è stato effettuato lo screening (fase 1) di una serie consecutiva di pazienti afferenti al Centro regionale dell'epilessia dell'Ospedale S. Gerardo di Monza alla ricerca di soggetti con PNES; in concomitanza con una visita epilettologica di controllo è stato somministrato un questionario semistrutturato (fig. 1), con lo scopo di investigare alcune caratteristiche cliniche, che, alla base dai dati disponibili in letteratura e dall'esperienza clinica, sono frequenti in pazienti con PNES.

1. Refrattarietà: abbiamo considerato refrattaria quella malattia epilettica le cui crisi non fossero ridotte di almeno il 50% dopo l'utilizzo di almeno 3 farmaci differenti e persistessero alla frequenza di almeno una a bimestre; la mancata risposta al trattamento può essere qui la conseguenza di una diagnosi errata.
2. Durata dell'evento critico maggiore di 2 minuti (è infatti noto che la maggior parte delle crisi epilettiche non supera i 2 minuti).
3. Presenza di crisi in contesto atipico: un contesto atipico comprendeva sia il concorrere di fattori scatenanti (stress, fotostimolazione, assunzione di alcool) nella genesi di una o più crisi, sia il manifestarsi di crisi in determinate situazioni ambientali (ad esempio sempre di giorno, sempre in presenza di "testimoni", sempre con cadute a terra "sicure", senza riportare danni a livello somatico), o per condizioni emotive intrinseche al soggetto.
4. Interruzione da parte di interventi fisici: scomparsa delle crisi dopo manovre esterne non farmacologiche, quali l'intervento di un astante.

5. Ripresa immediata della coscienza e assenza quindi di una fase post-critica (frequente al termine di una crisi epilettica).
6. Riscontro di disturbi psichici concomitanti come ansia, depressione, disturbi di personalità, psicosi, ricoveri in servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), presa in carico presso i servizi territoriali di zona (CPS), adesione a progetti psicoterapici o utilizzo di psicofarmacoterapia (antidepressivi, ansiolitici benzodiazepinici e non, neurolettici e stabilizzatori dell'umore).

QUESTIONARIO DI SCREENING

per la diagnostica differenziale clinica tra crisi epilettiche e crisi psicogene non-epilettiche (PNES)

Data	/ __/__/____/	Numero di telefono	_____
Cognome e Nome	_____		
Sesso	/F/ /M/		
Data di nascita	/ __/__/____/		
Stato civile	_____		
Professione	_____		
Invalidità	/ __/__/____/ %		
Scolarità	/ __/__/____/ anni	_____	
Data prima crisi	/ __/__/____/		
Diagnosi	_____		
N° crisi nell'ultimo anno	/0/ /1-5/ /6-10/ /11-20/ /21-50/ />50/		

1. Quante crisi ha avuto nell'ultimo anno?	/_____/
2. Le crisi durano più di 2 minuti?	/SÌ/ /NO/
3. Ha notato che le crisi avvengono soprattutto in presenza di altre persone o in situazioni ambientali e personali particolari?	/SÌ/ /NO/
4. Ci sono dei fattori in particolare che scatenano le crisi (stress)?	/SÌ/ /NO/
5. Se qualcuno cerca di svegliarla durante le crisi, riesce a farlo?	/SÌ/ /NO/
6. Al termine della crisi, rimangono alcuni sintomi? se SÌ, quali? _____	/SÌ/ /NO/
7. Ha mai sofferto di ansia o depressione?	/SÌ/ /NO/
Se SÌ si è mai rivolto ad uno specialista?	/SÌ/ /NO/
Se SÌ ha mai assunto farmaci o è mai ricorso a psicoterapia?	/SÌ/ /NO/
È mai stato ricoverato per questi problemi?	/SÌ/ /NO/

(fig. 1)

In questa fase è stata effettuata anche una raccolta dei dati, comprendente l'esame delle caratteristiche demografiche dei pazienti (sesso, data di nascita, scolarità, occupazione attuale del paziente, grado di invalidità) e cliniche dell'epilessia (durata di malattia, inquadramento sindromico in relazione alle categorie della classificazione internazionale delle epilessie e delle sindromi epilettiche (69), fattori di rischio per epilessia comprendenti pregresse crisi neonatali, crisi febbrili e sintomatiche acute, familiarità per epilessia e convulsioni), indagini strumentali (EEG in veglia e in sonno, TAC e/o RNM encefalica), terapia farmacologica e controllo delle crisi.

Sulla base di uno studio di validazione effettuato su di un piccolo campione di casi e dopo discussione collegiale delle discrepanze, è stato concordato di ritenere possibilmente affetti da crisi psicogene i pazienti che presentassero almeno due delle caratteristiche sopra citate.

Il cut off stabilito per il passaggio alla fase 2 si è rivelato molto sensibile e poco specifico (vedi avanti), dal momento che intendevamo in questa fase avere il minor numero possibile di falsi negativi e fare accedere il maggior numero di pazienti con PNES potenziali al colloquio con lo psichiatra (fase 2).

Fase 2 (Esame clinico e psicopatologico): la rivalutazione anamnestica e clinica dei pazienti è stata affidata al medico curante dei pazienti presso il Centro per l'Epilessia. La verifica della diagnosi di PNES è stata invece effettuata in due fasi: nella prima fase uno psichiatra con competenza in tema di epilessia (il dottorando) ha effettuato un colloquio (in cieco) con il paziente durante il quale ha valutato tutti gli elementi utili per la formulazione della diagnosi, sia da un punto di vista epilettologico, che da un punto di vista psichiatrico in un gruppo di casi (positivi al questionario) e in un gruppo di controlli (negativi al questionario). La diagnosi è stata poi ridiscussa da quest'ultimo con il curante sulla base di tutti gli elementi disponibili (fatta eccezione per i risultati dei test psicopatologici e di personalità, che non sono stati utilizzati per la conferma della diagnosi). I due hanno quindi provveduto a classificare i casi esaminati in tre categorie: 1. PNES; 2. Epilessia e PNES. 3. Epilessia.

Fase 3 (studio caso-controllo): i pazienti nei quali è stata confermata la diagnosi di PNES (categorie 1 e 2) sono stati ammessi allo studio caso-controllo e diventati i casi. Per ciascun caso ammesso è stato selezionato un controllo (categoria 3) appaiato per sesso ed età (+/- 5 anni) ricercato presso coloro che hanno collezionato un punteggio inferiore a 2 alla batteria di domande per la ricerca delle PNES (fase 1). I test proiettivi di personalità sono stati somministrati ai casi e ai controlli appaiati e interpretati da uno psicologo clinico esperto del settore; essi servono per valutare eventuali differenze nella personalità dei soggetti con PNES rispetto a pazienti con assenza di PNES.

Oltre al test proiettivo è stato chiesto al paziente di compilare la scala di valutazione psichiatrica SCL-90.

SYMPTOMS CHECK LIST 90-REVISED (SCL-90-R)

La SCL-90-R è uno strumento *self-report* costituito da 90 item sviluppato da Derogatis (70) con lo scopo di mettere in evidenza lo stato psicologico dei pazienti psichiatrici e in terapia medica ad eccezione di quei soggetti per i quali non è possibile utilizzare strumenti auto-compilati; tale strumento può essere anche utilizzato con soggetti non psichiatrici e non caratterizzati da particolari manifestazioni patologiche.

Ogni item presenta una scala a cinque punti, da 0 a 4, che indica l'assenza o la presenza più o meno marcata di un determinato sintomo percepito dal soggetto nei sette giorni precedenti alla somministrazione del test. In media il tempo di compilazione è di circa 12 minuti.

Il punteggio finale dei novanta item è interpretato seguendo una duplice scala composta da un lato da nove dimensioni sintomatiche e dall'altro da tre indici globali di disagio.

I gruppi sintomatici sono i seguenti:

Somatizzazione (SOM): dove il disagio è dato dalla percezione di disfunzioni fisiche;

Ossessione-compulsione (OC): pensieri e impulsi percepiti come inarrestabili, di natura sgradevole e aliena rispetto all'io del soggetto;

Sensibilità Interpersonale (INT): il soggetto prova sentimenti di inadeguatezza personale e di inferiorità in modo particolare quando deve relazionarsi con altri;

Depressione (DEP): espressioni diverse di disforia;

Ansietà (ANX): il soggetto presenta sintomi che possono essere connessi, dal punto di vista clinico, alla dimensione ansiosa;

Ostilità (HOS): pensieri, sentimenti o azioni che riflettono aggressività, irritabilità e risentimento;

Ansietà fobica (PHOB): paura persistente, sproporzionata ed irrazionale verso particolari persone o situazioni;

Ideazione paranoide (PAR): sentimenti e pensieri di tipo paranoico;

Psicoticismo (PSY): sintomi variabili sulla base di un continuum che va dall'alienazione personale alla psicosi grave.

Disturbi del sonno (SLEEP).

Gli indici globali di disagio sono:

Indice Globale di Gravità (GSI): indica il livello di gravità attuale della sintomatologia presentata dal paziente;

Indice di Disagio dei Sintomi Risultati Positivi: questo è l'indice che misura lo stile adottato dal soggetto durante la compilazione del test;

Indice Totale dei Sintomi Risultati Positivi: è l'indicatore del numero totale dei sintomi percepiti come presenti dal soggetto impegnato nella somministrazione.

L'SCL è una misura dello stato sintomatico e psicologico attuale del soggetto capace però di rilevare profili sintomatici caratteristici legati a particolari "tipi" personologici e disordini di natura psicopatologica.

TEST DI RORSCHACH

Il test di Rorschach (71) è un test proiettivo in grado di fornire una descrizione della personalità del soggetto che abbia significato clinico. I vari aspetti della personalità sono riuniti in tre settori più importanti con sottocategorie per ciascun settore: 1. Aspetti cognitivi o intellettuali; 2. Aspetti affettivi o emotivi; 3. Aspetti del funzionamento dell'Ego.

Il test mira ad offrire un procedimento attraverso il quale l'individuo è portato a rilevare il suo "mondo privato" dicendo cosa "vede" nelle varie tavole sulle quali proietta intenzioni, significati e sentimenti, proprio perché facilitato dalla scarsa strutturazione del materiale che non presenta riferimenti culturali ai quali il soggetto potrebbe ancorarsi.

I parametri più significativi che si sono presi in esame in questo confronto sono:

Numero di risposte. Cut off: N.R. \leq 15

Il cut off utilizzato (\leq 15) è quello stabilito da Piotrowski, che nella sua opera *The Rorschach Inkblot Method in Organic Disturbances of the Central Nervous System* (60) nel 1937 stilò un elenco di 10 segni caratteristici di patologia organica. Per porre una diagnosi di patologia organica si riteneva ne fossero necessari almeno 5 verificati.

Risposte globali (W%). Cut off: W% \geq 30%

L'indice "risposta globale" si riferisce alla localizzazione -cioè dove il paziente percepisce l'immagine- tramite cui il paziente unifica il materiale e interpreta lo stimolo nel suo insieme. Superare questo cut off potrebbe essere un indice di rigidità del soggetto, ed indicare lo sforzo del paziente nel non "lasciarsi andare" evitando di prendere in considerazione dettagli che potrebbero risultare disturbanti.

Risposte di dettaglio (D%). Cut off: D% \geq 55%

Se il paziente fornisce una "risposta di dettaglio" significa che si concentra solo su una parte dello stimolo, tralasciando il resto. Pur partendo dal presupposto che ogni

valore siglato deve tenere in considerazione la qualità delle risposte, si potrebbe ipotizzare che un' elevata percentuale di risposte di questo tipo sottolinei la difficoltà del paziente in esame di unificare il materiale e, al tempo stesso, una tendenza a “sfuggire” al proprio mondo fantasmatico.

T.R.I.

Questo indice è dato dal rapporto tra *movimento umano* e *sommatoria colore*, cioè tra la reazione dinamica allo stimolo e la capacità di gestire l'elemento cromatico.

I punteggi a questo indice caratterizzano la risonanza affettiva, che si può specificare come extratensiva, coartata, ambigua, introversiva. In questo studio due sono le tipologie riscontrate: coartazione ed extratensività.

Contenuti formali della tavola (F%). Cut off: F% \geq 40%

Il superamento di questo cut off è segno di una adesione rigida al dato di realtà, perché sottolinea lo sforzo del paziente di attribuire sempre una forma a ciò che vede, senza prendere in considerazione altri aspetti dello stimolo.

Rifiuti

Viene contato il numero di tavole rifiutate dal soggetto in esame. Per “rifiuto” si intende una tavola che il soggetto non riesce ad affrontare, sia in fase di somministrazione che nella successiva fase di inchiesta.

Prova dei limiti

Nel caso in cui nella fase di somministrazione il paziente non abbia riconosciuto specifiche immagini o fornito risposte umane o animali particolari, nella fase di inchiesta viene svolta questa prova, in cui il somministratore aiuta il soggetto ad individuare specifiche immagini.

La prima tavola (fig. 2) introduce il soggetto al test. La macchia è davvero compressa e stretta.

Può evocare rappresentazioni legate al corpo o a parti di esso e, soprattutto, la zona centrale porta a risposte legate ad un'immagine femminile



Fig. 2

L'ultima tavola del test (fig. 3) è quella del commiato dal compito e dal somministratore. È quella che presenta il maggior numero di colori, distribuiti in molte aree ben separate le une dalle altre. La dispersione che si osserva in questa tavola mette a dura prova le capacità di unificazione e attiva angosce di frammentazione in soggetti senza punti fermi caratterizzati da legami deboli che si spezzano molto facilmente.

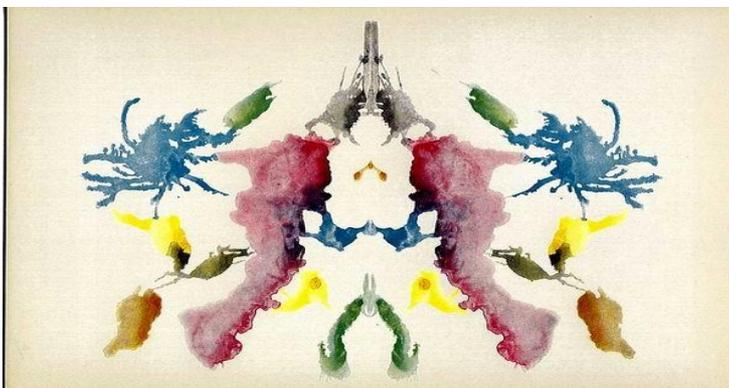


Fig. 3

ANALISI DEI DATI

Le caratteristiche demografiche e cliniche del campione in toto e dei sottogruppi definiti (PNES, epilessia e PNES, epilessia) sono state tabulate e definite utilizzando statistiche descrittive. La significatività statistica di eventuali differenze è stata verificata con i test del chi-quadrato, t di Student e dell'ANOVA oppure con test non parametrici (Mann-Whitney) ove indicato (analisi univariata) e con modelli di regressione logistica (analisi multivariata), aggiustando per sesso, età, scolarità, occupazione e presenza di disturbi psichici concomitanti. Nello studio caso-controllo le variabili demografiche e cliniche sono state utilizzate come fattori di rischio; per ciascuna variabile, la misura del rischio è stata definita dall'Odds Ratio (OR) con relativo intervallo di confidenza. Anche per lo studio caso controllo sono state effettuate analisi univariate e multivariate, queste ultime utilizzando modelli di regressione logistica ed aggiustando per sesso, età, scolarità, occupazione e presenza di disturbi psichici concomitanti.

Lo studio non ha previsto il calcolo della dimensione campionaria poiché non esistono presupposti validi (derivanti da un'analisi della letteratura o dall'esperienza clinica) che permettano di calcolare profili di personalità anomali in soggetti con e senza specifici fattori di rischio.

RISULTATI

I 305 pazienti sottoposti a screening presso l'ambulatorio del Centro per l'epilessia dell'Ospedale S. Gerardo di Monza dal 2008 ad oggi presentano le seguenti caratteristiche demografiche (tab. 4):

	FREQUENZA	PERCENTUALE
SESSO		
Maschi	133	43,6%
Femmine	172	56,4%
ETA'		
< 25 anni	18	5,9%
25-44 anni	128	42%
45-64 anni	107	35,1%
≥ 65 anni	52	17%
STATO CIVILE		
Coniugato	173	56,7%
Celibe/Nubile	99	32,5%
Divorziato	6	2%
Vedovo	9	3%
Mancante	18	5,9%
PROFESSIONE		
Operaio	55	18%
Impiegato	49	16,1%
Commesso	9	3%
Insegnante	9	3%
Studente	10	3,3%
Casalinga	20	6,6%
Libero professionista	10	3,3%
Dirigente	2	0,7%
Pensionato	66	21,6%
Altro	34	11,1%
Disoccupato	23	7,5%
Mancante	18	5,9%
INVALIDITA'		
Invalidità 0%	215	70,5%
Invalidità 1/3	6	2,0%
Invalidità 2/3	25	8,2%
Invalidità 100%	41	13,4%

SCOLARITA'		
Nessuna scolarità	4	1,3%
Mancante	19	6,2%
Elementare	49	16,1%
Media inferiore	99	32,5%
Media superiore	101	33,1%
Università	9	3,0%
Laurea	24	7,9%
DUTATA DI MALATTIA		
Durata < 1 anno	20	6,6%
1 - 4 anni	58	19%
5 - 9 anni	42	13,8%
10 - 20 anni	55	18%
> 20 anni	118	38,7%
Mancante	12	3,9
TIPO DI EPILESSIA		
Epilessia Parziale	161	52,8%
Epilessia Generalizzata	69	22,6%
Epilessia indeterminata	27	8,9%
Crisi isolate	7	2,3%
Crisi Psicogene	6	2,0%

(tab. 4)

Di questi, hanno risposto positivamente alle domande del questionario 142 (46,6%), circa il doppio rispetto ai casi stimati di PNES in un centro per l'epilessia; ciò conferma la elevata sensibilità ma la scarsa specificità del questionario. Nei pazienti positivi al test la percentuale di donne era superiore a quella del campione iniziale (63,4% vs 56,4%), sebbene la differenza non raggiungesse la significatività statistica.

Di questi soggetti, solo 79 (55,6%) si sono presentati alla visita psichiatrica. 34 non sono risultati contattabili (numero telefonico inesistente o non rintracciabili). 29 non si sono presentati alla visita, sebbene quattro avessero dato un consenso verbale.

Il campione dei pazienti che si sono sottoposti a visita psichiatrica è composto da 53 donne (67,1%) e 26 uomini (32,9%) 8 casi erano compresi nella fascia di età

18-24 anni (10,1%) , 36 casi nella fascia 25-44 anni (45,6%), 27 nella fascia 45-64 (34,2%) anni e 8 nella fascia >65 anni (10,1%).

Rispetto ai 142 pazienti risultati positivi al test, il campione di pazienti visitati non differiva per nessuna delle variabili demografiche e cliniche, se non per una più giovane età ($p=0,03$). La differenza potrebbe essere giustificata dalla difficoltà delle persone più anziane a raggiungere l'ambulatorio per l'esecuzione della visita.

Alla visita psichiatrica, i 79 pazienti esaminati hanno "ricevuto" le seguenti diagnosi:

EPILESSIA	EPILESSIA + PNES	PNES
34	23	22

I casi pertanto risultano essere 45, di cui 11 maschi (24,4%) e 34 femmine (75,6%). 5 casi erano compresi nella fascia di età 18-24 anni (11,1%) , 20 nella fascia 25-44 anni (44,4%), 16 nella fascia 45-64 (35,6%) anni e 4 nella fascia >65 anni (8,9%), 15 (44,1%) erano sposati, 14 (41,2%) erano celibi/nubili, 3 (8,8%) era divorziato, 2 (5,9%) era vedovo .

Quarantotto pazienti (60,8%) presentavano almeno una diagnosi psichiatrica in anamnesi, la cui principale era la seguente (in caso di più diagnosi viene riportata la prevalente) (tab. 5):

Disturbi psichiatrici	EPILESSIA (47,1%)	EPILESSIA + PNES (78,3%)	PNES (63,6%)
Disturbi d'ansia:	6 (17,6%)	8 (34,8%)	7 (31,8%)
Ansia non specificata	4 (11,8%)	7 (30,4%)	6 (27,2%)
DOC	2 (5,9%)	1 (4,3%)	1 (4,5%)
Disturbi dell'umore:	4 (11,8%)	2 (8,7%)	6 (27,2%)
Depressione	3 (8,8%)	2 (8,7%)	6 (27,2%)
disturbo bipolare	1 (2,9%)	-	-
Disturbi psicotici	2 (5,9%)	1 (4,3%)	-
Disturbi dell'adattamento	1 (2,9%)	4 (17,4%)	-
Disturbi di personalità	3 (8,8%)	3 (13%)	1 (4,5%)
Ricoveri in Psichiatria	1(2,9%)	3 (13%)	-

(tab.5)

Cinquantanove pazienti (75%) presentavano almeno una diagnosi psichiatrica alla valutazione clinica, la cui principale era la seguente (in caso di più diagnosi viene riportata la prevalente) (tab. 6):

Disturbi psichiatrici	EPILESSIA (55,9%)	EPILESSIA + PNES (87%)	PNES (90,9%)
Disturbi d'ansia:	11(32,4%)	7 (30,4%)	9 (40,9%)
Ansia non specificata	9 (26,4%)	6 (26,1%)	8 (36,3%)
DOC	2 (5,9%)	1 (4,3%)	1 (4,5%)
Disturbi dell'umore:	4 (11,8%)	4 (17,4%)	3 (13,6%)
Depressione	2 (5,9%)	3 (13%)	3 (13,6%)
disturbo bipolare	2 (5,9%)	1 (4,3%)	-
Disturbi psicotici	1 (2,9%)	-	-
Disturbi dell'adattamento	-	1 (4,3%)	1 (4,5%)
Disturbo somatoforme	-	2 (8,7%)	5 (22,7%)
Disturbi di personalità	3 (8,8%)	6 (26,1%)	2 (9%)

(tab.6)

Questi pazienti (solo PNES ed EPI + PNES) sono stato confrontati con il campione originale per le seguenti variabili:

1. sesso
2. fasce di età (18-24, 25-44, 45-64, 65>),
3. stato civile (coniugati vs celibi/nubili, divorziati/separati, vedovi)
4. professione (operaio vs non-operaio)
5. occupazione (disoccupati/casalinghe/pensionati/studenti vs lavoratori),
6. istruzione (nessuna/elementare vs media/superiore/laurea)
7. tipo di epilessia (generalizzata, parziale, indifferenziata, crisi singole)
8. durata di malattia (<1 anno, 1-4 anni, 5-9 anni, 10-20 anni, >20 anni)
9. refrattarietà al trattamento, ovvero numero crisi ultimo anno ≥ 6
10. lunghezza della crisi (< 2 minuti vs > 2 minuti)
11. contesto atipico
12. fattori scatenanti
13. interruzione della crisi da parte di persone esterne
14. ripresa immediata dopo la crisi
15. disturbi psichiatrici, ansia o depressione in particolare

I casi sono più frequentemente di sesso femminile ($p=0,007$ OR 2,6 IC: 1,3-5,4), con maggiore durata di malattia ($p=0,02$) e stato civile non coniugato (celibi/nubili, divorziati/separati, vedovi) vs coniugato ($p=0,04$ OR per coniugati 0,47 IC: 0,23-0,98). Tutte le altre variabili non sono risultate statisticamente significative.

L'analisi multivariata (regressione logistica) utilizzando come variabili sesso, età, stato civile, occupazione, scolarità, durata di malattia e tipo di epilessia ha mostrato come le uniche variabili significative per la presenza di PNES fossero sesso femminile ($p=0,03$ OR 1,6 IC: 1,1-6,2) e l'essere non coniugato ($p=0,02$, OR per i coniugati 0,39 IC 0,17-0,88).

Per quanto riguarda i 21 casi con solo PNES, 17 (77,3%) erano femmine e 5 (22,7%) maschi, 5 casi nella fascia di età 18-24 anni (22,7%), 10 nella fascia 25-44 anni (45,5%), 5 nella fascia 45-64 anni (22,7%) e 2 nella fascia >65 anni (9,1%).

Alla visita psichiatrica, al fine della validazione del questionario, sono stati visitati (sempre in cieco) 23 controlli, che erano risultati negativi al questionario.

Di questi, 21 (91,3%) sono stati inseriti nella categoria solo epilessia, 1 (4,3%) nella categoria "solo PNES" e 1 (4,3%) nella categoria "epilessia + PNES".

Alla luce di questi risultati, il questionario presenta, come test diagnostico per la diagnosi di PNES le seguenti caratteristiche (tab. 7):

	EPI+ PNES e solo PNES	Solo epilessia	totale
Test positivo ≥ 2 risposte positive	43	36	79
Test negativo < 2 risposte negative	2	21	23
Totale	45	57	102

(tab. 7)

sensibilità: 95,6%

specificità: 36,8%

valore predittivo positivo: 54,4%

valore predittivo negativo: 91,3%

Come previsto, il cut off di 2 risposte ha fornito un test molto sensibile e poco specifico.

Questa tendenza è ancor di più amplificata se consideriamo il test per la categoria: solo PNES (tab.8).

	e solo PNES	EPI+ PNES + Solo epilessia	totale
Test positivo ≥ 2 risposte positive	21	58	79
Test negativo < 2 risposte negative	1	22	23
Totale	22	80	102

(tab.8)

In questo caso abbiamo:

sensibilità: 95,5%

specificità: 27,5%

valore predittivo positivo: 26,7%

valore predittivo negativo: 95,6%

STUDIO CASO CONTROLLO

Trenta pazienti (66,6%) hanno poi svolto il test proiettivo di Rorschach.

7 pazienti con PNES e 1 con EPI + PNES non sono risultati contattabili telefonicamente per inviarli al proiettivo. 1 paziente con EPI + PNES impossibilitata a svolgere il test perché non vedente. 7 pazienti non hanno ancora eseguito il test ma sono in lista d'attesa.

Ai 30 casi che hanno svolto il test di Rorschach sono stati abbinati controlli appaiati (persone con epilessia, risultate negative al questionario in fase 1 secondo i criteri di:

- sesso
- età + / - 5 anni
- livello sociale (dato indicativamente dal livello di scolarità o dall'occupazione svolta)

Sono stati selezionati 70 possibili pazienti di controllo (22 M, 48 F), che sono stati contattati telefonicamente. Di questi solo 22 hanno accettato e si sono presentati presso l'ambulatorio per sottoporsi a test di Rorschach. Gli altri 48 non sono stati testati per i seguenti motivi:

- 6 avevano un recapito telefonico sbagliato o inesistente
- 7 era assente il recapito telefonico in cartella
- 8 disponibili inizialmente ma poi hanno disdetto o rifiutato per problemi di orario
- 16 non erano reperibili telefonicamente
- 1 disponibile ha disdetto una volta e la seconda non si è presentato
- 5 si sono dichiarati disponibili ma dal mese di novembre
- 3 disponibili al test ma per seri motivi di salute o invalidità erano impossibilitati a venire

- 2 hanno rifiutato fin da subito

Casi e controlli sono stati sottoposti al test di Rorschach e al test psicométrico auto-somministrabile SCL-90 per andare a valutare il loro profilo psicopatologico.

In particolare hanno svolto la rating scale 21 dei 30 casi (9 di loro hanno ricevuto il questionario per e-mail o per posta ma non ci è stato recapitato) e 21 dei 22 controlli (uno non è risultato contattabile).

Ogni singolo questionario (che per ognuno dei 90 item presentava una crocetta in penna sul grado d'accordo su una scala da 0 a 4) è stato interpretato e per ogni paziente si sono creati dei punteggi grezzi per ognuno dei 9 cluster. Di questi, quelli che risultavano sopra la soglia sono stati convertiti nella variabile dicotomica 1, ovvero "positività al disturbo" ed inseriti nel data base.

All'analisi statistica (test con chi quadrato) non sono state riscontrate tra i due gruppi differenze statisticamente significative relativamente ai 9 cluster di disturbi indagati (somatizzazione, ossessività-compulsività, sensibilità, depressione, ansia, collera-ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide, psicotismo) e all'indice di disagio sintomatico globale (GSI) che corrisponde al rapporto tra la sommatoria di tutti gli item e il numero degli item valutati (tab. 9).

In merito a questo indice i due gruppi sono omogenei: 11 controlli e 10 casi presentano un GSI sopra la soglia.

	CASI	CONTROLLI
Somatizzazione	10	10
ossessività- compulsività	11	13
Sensibilità	7	12
Depressione	10	11
Ansia	9	9
collera-ostilità	11	7
ansia fobica	4	7
ideazione paranoide	8	10
Psicotismo	5	6
GSI	10	11

(tab. 9)

Dei 30 Rorschach 5 non sono risultati validi: tre in quanto la paziente aveva già svolto il test in passato e ricordava le tavole, due per basso numero di risposte e alta percentuale di rifiuti alle tavole. Altri due casi sono stati di fatto persi in quanto avevano già effettuato il proiettivo negli ultimi 5 anni durante un loro ricovero presso il Day Hospital di Psichiatria di Monza (e come da protocollo il test non era da ripetere) ma le griglie recuperate in reparto, che costituivano la siglatura dei loro test, erano difficilmente interpretabili e ricodificabili secondo il nostro protocollo, per cui si è scelto di escluderli dai conteggi per non inficiare gli altri risultati raccolti in modo omogeneo dallo stesso somministratore.

I controlli (persone con epilessia, scelti tra i pazienti risultati negativi al questionario in fase 1 e abbinati ai casi secondo i criteri di sesso, età, livello sociale) che alla telefonata si sono mostrati collaboranti allo studio e che poi si sono volontariamente prestati al test di personalità, erano 22, sebbene due test non siano risultati validi. Uno per un numero elevato di rifiuti: la paziente aveva accettato di svolgere il test ma durante la somministrazione ha mostrato un atteggiamento oppositivo, dei tempi di latenza alle tavole eccessivamente alti e uno scarso numero di risposte, perché veniva percepito un forte disagio legato ad un vissuto familiare drammatico coincidente con il periodo in cui aveva già svolto questo test. Il secondo test è risultato invalidato per lo stesso motivo.

I 43 protocolli di somministrazione sono stati poi siglati in tutte le loro risposte secondo il metodo Klopfer e gli indici principali sono stati riportati in una griglia Excel da cui poi si è proceduto per l'elaborazione statistica. Siamo ben consapevoli della difficoltà a standardizzare e quantificare un test proiettivo così ricco di contenuti profondi della persona e in quanto tali non quantificabili, ma si è voluto procedere secondo il metodo proprio della disciplina medica, che si propone di quantificare i sintomi e i segni di una persona malata, per poi procedere alla cura. In questo caso però lo studio ha una valenza prettamente speculativa e non si propone come primo obiettivo quello di migliorare la cura della singola persona tramite un test psico-diagnostico ma di individuare, come già si è detto, i tratti di personalità dei due gruppi. Pertanto si è fatto questo tentativo di elaborazione

statistica dei risultati per poter fare un confronto tra casi e controlli il meno “qualitativo” possibile e il più aderente ai dati oggettivi riscontrati.

Ecco quindi i risultati dei due gruppi.

		N.R.≤15 NO	N.R.≤15 SI	Tot
CASI	Numero	9	14	23
	% nel gruppo	39%	61%	100%
CONTR	Numero	9	11	20
	% nel gruppo	45%	55%	100%
TOT	Numero	18	25	43
	% nel gruppo	42%	58%	100%

	Rapporto di Prevalenza (R.P.)	95% intervallo di confidenza Limite inferiore	95% intervallo di confidenza Limite superiore
Gruppo N.R.≤15 = no	0,889	0,431	1.832
Gruppo N.R.≤15 = si	1.091	0,640	1.861
N. casi validi	43		

(tab. 10)

In base a quanto riportato nella tabella 10 è possibile osservare che l'appartenenza al gruppo (casi o controlli) non dà una maggior prevalenza di un numero di risposte sotto soglia.

		W ≥ 30% NO	W ≥ 30% SI	Tot
CASI	Numero	7	16	23
	% nel gruppo	30%	70%	100%
CONTR	Numero	4	16	20
	% nel gruppo	20%	80%	100%
TOT	Numero	11	32	43
	% nel gruppo	26%	74%	100%

	Rapporto di Prevalenza (R.P.)	95% intervallo di confidenza Limite inferiore	95% intervallo di confidenza Limite superiore
Gruppo W ≥ 30% = no	1,500	0,498	4.519
Gruppo W ≥ 30% = si	0,875	0,610	1.255
N. casi validi	43		

(tab. 11)

I due gruppi non differiscono significativamente per una percentuale di risposte globali sopra soglia ($W\% \geq 30\%$), (tab. 11) in altre parole sembra non esserci relazione tra l'appartenenza al gruppo dei casi o a quello dei controlli e un punteggio elevato di risposte globali.

		D \geq 55% NO	D \geq 55% SI	Tot
CASI	Numero	14	9	23
	% nel gruppo	61%	39%	100%
CONTR	Numero	12	8	20
	% nel gruppo	60%	40%	100%
TOT	Numero	26	17	43
	% nel gruppo	60%	40%	100%

	Rapporto di Prevalenza (R.P.)	95% intervallo di confidenza Limite inferiore	95% intervallo di confidenza Limite superiore
Gruppo $W \geq 30\%$ = no	1,000	0,603	1.659
Gruppo $W \geq 30\%$ = si	1,000	0,468	2.136
N. casi validi	43		

(tab. 12)

Per quanto riguarda il confronto tra i due gruppi relativamente al numero di risposte di dettaglio ($D \geq 55\%$) non è stata riscontrata alcuna differenza.

		F \geq 40% NO	F \geq 40% SI	Tot
CASI	Numero	4	19	23
	% nel gruppo	17%	83%	100%
CONTR	Numero	3	17	20
	% nel gruppo	15%	85%	100%
TOT	Numero	7	36	43
	% nel gruppo	16%	84%	100%

	Rapporto di Prevalenza (R.P.)	95% intervallo di confidenza Limite inferiore	95% intervallo di confidenza Limite superiore
Gruppo $F \geq 40\%$ = no	1,000	0,229	4.373
Gruppo $F \geq 40\%$ = si	1,000	0,771	1.297
N. casi validi	43		

(tab. 13)

I due gruppi non differiscono in modo significativo per quanto riguarda la percentuale di risposte formali sopra soglia ($F \geq 40\%$) (tab. 14). Si potrebbe affermare che sembra non esserci relazione tra l'appartenenza ad uno dei due gruppi e un'adesione rigida al dato di realtà. L'uso estremo della formalizzazione sarebbe indice di una adesione rigida al dato di realtà.

		F+ \geq 50% NO	F+ \geq 50% SI	Tot
CASI	Numero	1	22	23
	% nel gruppo	4%	96%	100%
CONTR	Numero	0	20	20
	% nel gruppo	0%	100%	100%
TOT	Numero	1	42	43
	% nel gruppo	2%	98%	100%

	Rapporto di Prevalenza (R.P.)	95% intervallo di confidenza Limite inferiore	95% intervallo di confidenza Limite superiore
Gruppo F+ \geq 50% = si	0,950	0,859	1,050
N. casi validi	43		

(tab. 14)

Risposte di forma positiva: ponendo come soglia per tale di tipo di risposte la metà della percentuale totale di risposte formali fornite dal soggetto, si può osservare che tra i casi un solo paziente ha ottenuto un punteggio negativo (tab. 14). Ciò significa che le sue risposte non erano tarate sulla reale struttura della tavola.

		COARTAZIONE NO	COARTAZIONE SI	Tot
CASI	Numero	17	6	23
	% nel gruppo	74%	26%	100%
CONTR	Numero	9	11	20
	% nel gruppo	45%	55%	100%
TOT	Numero	26	17	43
	% nel gruppo	60%	40%	100%

	Rapporto di Prevalenza (R.P.)	95% intervallo di confidenza Limite inferiore	95% intervallo di confidenza Limite superiore
COARTAZIONE = no	1,667	0,965	2.879
COARTAZIONE = si	0,455	0,193	1.070
N. casi validi	43		

(tab. 15)

Si può osservare (tab. 15) che 11 controlli su 20 presentano al proiettivo una risonanza affettiva coartata, mentre tra i casi è presente solo in 6 persone su 23. Questa differenza seppur non statisticamente significativa, è evidente. Non è inoltre da escludere che, in base ai dati riportati in tabella, un piccolo aumento della numerosità campionaria possa portare ad avere risultati statisticamente significativi.

		EXTRATENSIVITA' NO	EXTRATENSIVITA' SI	Tot
CASI	Numero	7	16	23
	% nel gruppo	30%	70%	100%
CONTR	Numero	11	9	20
	% nel gruppo	55%	45%	100%
TOT	Numero	18	25	43
	% nel gruppo	42%	58%	100%

	Rapporto di Prevalenza (R.P.)	95% intervallo di confidenza Limite inferiore	95% intervallo di confidenza Limite superiore
EXTRATENSIVITA'= no	0,545	0,251	1.188
EXTRATENSIVITA'= si	1,556	0,886	2.732
N. casi validi	43		

(tab. 16)

Rispetto alla tipologia extratensiva si può notare (tab. 16) come i due gruppi si comportino, coerentemente rispetto agli assunti teorici, all'opposto rispetto alla variabile precedente: 16 casi su 23 presentano affettività extratensiva, mentre solo 9 su 20 controlli la mostrano.

Anche in questo caso è possibile notare che il risultato non è statisticamente significativo, tuttavia, non è da escludere che ciò sia dovuto alla non sufficiente numerosità campionaria.

		RIFIUTI NO	RIFIUTI SI	Tot
CASI	Numero	23	0	23
	% nel gruppo	100%	0%	100%
CONTR	Numero	16	4	20
	% nel gruppo	80%	20%	100%
TOT	Numero	39	4	43
	% nel gruppo	91%	9%	100%

	Rapporto di Prevalenza (R.P.)	95% intervallo di confidenza Limite inferiore	95% intervallo di confidenza Limite superiore
RIFIUTI = no	1,250	1,004	1.556
N. casi validi	43		

(tab. 17)

Dalla tabella 17 si evince che nessun caso ha rifiutato delle tavole, mentre nel gruppo dei controlli i rifiuti sono stati 4. Il rapporto di prevalenza è statisticamente significativo: sembrerebbe esserci una relazione tra l'appartenenza al gruppo dei casi e una maggior probabilità di non rifiutare le tavole. In altre parole, si potrebbe ipotizzare che i soggetti appartenenti al gruppo di controllo hanno una difficoltà maggiore ad affrontare tutti gli stimoli presentati, soprattutto quelli cromatici, segno di una difficoltà a gestire l'elemento simbolico veicolato dalle tavole.

		NECESSITA' DELLA PROVA DEI LIMITI NO	NECESSITA' DELLA PROVA DEI LIMITI SI	Tot
CASI	Numero	22	1	23
	% nel gruppo	95%	5%	100%
CONTR	Numero	10	10	20
	% nel gruppo	50%	50%	100%
TOT	Numero	32	11	43
	% nel gruppo	72.5%	27.5%	100%

	Rapporto di Prevalenza (R.P.)	95% intervallo di confidenza Limite inferiore	95% intervallo di confidenza Limite superiore
NECESSITA' DELLA PROVA DEI LIMITI= no	1,900	1,212	2.979
NECESSITA' DELLA PROVA DEI LIMITI= si	0,100	0,014	0.710
N. casi validi	43		

(tab. 18)

Questo risultato è significativo. Solo per un caso su 23 si è reso necessario somministrare la prova dei limiti, mentre è stato necessario effettuare questa prova per la metà delle persone con epilessia (controlli). All'analisi statistica emerge una relazione tra l'appartenenza al gruppo dei controlli e la necessità della prova dei limiti; il rapporto di prevalenza è 0.1, in altre parole si potrebbe evincere da questo dato che i controlli (persone con sola epilessia) hanno 10 volte in più la necessità rispetto ai casi (persone con PNES o PNES associate ad epilessia) di svolgere la prova dei limiti (tab. 18).

DISCUSSIONE

Il nostro studio ha mostrato che la percentuale di casi afferenti ad un centro per l'epilessia con sintomi suggestivi di PNES è elevata (46,6%) (1). Come prevedibile, il cut-off di 2 risposte positive al questionario rende lo strumento molto sensibile (95,6%) ma poco specifico (36,8%), come spiegato nella sezione materiali e metodi e confermato nei risultati, Questa tendenza è ancora più visibile quando si vogliono studiare le PNES senza epilessia (i valori di sensibilità e specificità in questo caso sono rispettivamente 95,5% e 27,5%). Per quanto la bassa specificità rappresenti un limite per la validità dello strumento, il questionario ci ha permesso di identificare la quasi totalità dei casi affetti da PNES, in accordo con gli obiettivi dello studio. Il questionario inoltre, se utilizzato come screening, può fornire al clinico indicazioni riguardo l'identificazione di pazienti potenzialmente a rischio di PNES in un centro terziario per l'epilessia e il successivo approfondimento diagnostico e terapeutico.

Nel campione iniziale di 305 pazienti sottoposti a screening presso l'ambulatorio del Centro per l'Epilessia dell'Ospedale San Gerardo la percentuale di donne corrisponde al 56,4%. Dei 79 pazienti che hanno accettato di svolgere il colloquio con lo psichiatra, le donne costituiscono il 63,4% e tra i 45 pazienti risultati affetti da PNES la percentuale di donne sale al 75,6% e raggiunge la significatività statistica, quando confrontata con il campione originale. Questi dati sono in linea con quanto emerge dalla letteratura, che attribuisce al sesso femminile una prevalenza tripla di PNES rispetto al sesso maschile (1).

Anche lo stato civile "non coniugato", risultato più frequente nei pazienti con PNES rispetto ai controlli, potrebbe essere associato ad un disagio intrapsichico con conseguente "spostamento" sul corpo di questo disagio. In particolare i soggetti divorziati e vedovi devono effettuare l'elaborazione di un lutto (rispettivamente simbolico e reale) e devono mettere in atto dei meccanismi di difesa specifici. Questi dati è in linea con i dati di tutti i disturbi psichiatrici che presentano una maggiore prevalenza nei soggetti non coniugati (30).

In accordo con Reuber (5), nei pazienti con PNES si riscontra come fascia più rappresentata quella compresa tra i 25 e i 44 anni. La maggiore prevalenza della

patologia in questa fascia di età (44,4% vs 42%) non raggiunge la significatività statistica per la limitata dimensione campionaria anche se un trend è chiaramente evidente.

Nello studio caso - controllo i dati ottenuti dalle scale SCL-90 somministrate ai casi non differiscono significativamente dai dati ottenuti nel gruppo di controllo sia per quanto riguarda i punteggi globali (GSI) che per i punteggi dei singoli cluster di disturbi. In questo caso i nostri dati sono in disaccordo con quelli di Reuber che aveva trovato delle differenze statisticamente significative, evidenziando una maggiore psicopatologia nei pazienti con PNES (35).

Questa discordanza di risultati potrebbe essere spiegata da:

Dimensione campionaria ridotta: un aumento della potenza dello studio potrebbe rivelare al confronto con SCL-90 alcune differenze nel grado di psicopatologia non rilevabili in un campione così esiguo.

La diagnosi di PNES: nel nostro caso è stata effettuata con un criterio clinico (visita dello psichiatra), in assenza di un riscontro video-EEG (gold standard per la diagnosi) per gli elevati costi e la complessità della metodica. Inoltre la diagnosi alla video-EEG può essere effettuata solo in caso di episodi molto frequenti e quindi solo nei casi più gravi e sotto il profilo neurologico e psichiatrico. La mancanza di una verifica video-elettroencefalografica della crisi rappresenta comunque un limite per lo studio. In molti casi, infatti, le PNES sono diagnosticate solo sulla base di una verifica semeiologica, la cui accuratezza è limitata (72).

La scala SCL-90: indaga la presenza di disturbi psichiatrici quantificabili per la loro rilevanza clinica al momento della somministrazione del test psicometrico, mentre noi consideriamo i soggetti anche in fase di discreto compenso. Inoltre alcuni autori ritengono che anche l'epilessia sia un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi psichiatrici (72). Questi due fattori potrebbero essere entrambi coinvolti nella mancata differenza tra i due gruppi.

Il numero elevato di pazienti persi al follow-up: anche se il profilo demografico e clinico dei pazienti studiati e di quelli persi non è risultato diverso, l'elevato numero di drop-out potrebbe inficiare i nostri risultati. Va sottolineato infatti che tre delle

quattro persone che dopo la visita psichiatrica si sono rifiutate di sottoporsi al test proiettivo presentavano un quadro psicopatologico severo.

Al test di Rorschach è invece emersa una differenza tra i due gruppi nelle determinanti:

- risonanza affettiva (coartazione ed extratensività)
- numero di rifiuti
- necessità della prova dei limiti

Sembrerebbe esserci una relazione tra:

- appartenenza al gruppo dei controlli e presenza di una modalità di risonanza affettiva coartata
- appartenenza al gruppo dei controlli e necessità della prova dei limiti
- appartenenza al gruppo dei casi e maggior probabilità di non rifiutare le tavole

Come già citato nella sezione risultati, Piotrowski (71) e lo stesso Klopfer nel suo libro del 1954 dal titolo *The Rorschach Technique* (74) mostrarono le potenzialità del test proiettivo di Rorschach nell'individuare in modo efficace l'alterazione di personalità del malato organico. Questi studi presenti in letteratura sostengono i risultati riscontrati allo studio caso - controllo, in cui emergono dei tratti distintivi dei pazienti con epilessia (controlli).

Prendendo in considerazione la coartazione, la presenza di rifiuti e la positività alla prova dei limiti, si potrebbe evincere come i pazienti con epilessia abbiano una maggiore rigidità nell'interpretazione dello stimolo. Oltre a questo, si sottolinea in questi stessi pazienti l'assenza di una flessibilità nel modificare o arricchire le proprie verbalizzazioni in una fase successiva di inchiesta.

Questi risultati al proiettivo di Rorschach potrebbero essere confrontati con i dati emersi dal lavoro di ricerca svolto da Reuber e Schwabe nel 2007 (75). Tale studio aveva come obiettivo quello di studiare le implicazioni linguistiche nella diagnostica differenziale tra crisi epilettiche e PNES. In questo lavoro sono stati reclutati 11

pazienti che presentavano diagnosi certe di PNES o di epilessia (effettuate con la metodica gold-standard, il video-EEG) e ha videoregistrato la visita con questi pazienti (stabilendo un protocollo standard di domande che indagassero la tipologia di crisi). In un secondo momento la linguista ha svolto in cieco l'analisi della conversazione di ciascuna delle 11 visite, formulando per ciascuna un'ipotesi diagnostica sulla base delle differenze linguistiche che caratterizzano i due gruppi. In tutti gli 11 casi la diagnosi della linguista combaciava con quella della metodica gold-standard. In conclusione Reuber ha potuto affermare che le persone affette da epilessia hanno stili comunicativi distinti rispetto ai pazienti con PNES. Le persone con epilessia si sforzano nel formulare l'esperienza delle loro crisi, mentre le persone con PNES si concentrano maggiormente sulle circostanze in cui la crisi è avvenuta. Inoltre si può riscontrare un differente uso delle metafore per descrivere le crisi nei due gruppi: i pazienti con epilessia descrivono le proprie crisi come un "nemico" o una "minaccia che li invade", proveniente dall'esterno e indipendente dalla loro volontà. Una metafora ricorrente è quella della "scarica elettrica" che colpisce il loro corpo. Inoltre il paziente con epilessia si accorge quando la crisi "sta per venire" e mette in atto delle strategie specifiche quali focalizzare la propria attenzione su dei pensieri particolari che possano prevenire o interrompere gli attacchi.

Sempre in questo lavoro Reuber afferma che "ricerche future dovranno stabilire se l'uso di certe particolarità linguistiche possano essere attribuibili a specifiche predisposizioni psicologiche o psicodinamiche, registrando eventuali stili o anomalie organiche associate ai diversi attacchi".

I risultati emersi dal test di Rorschach, sebbene provvisori, sono in linea con i dati ottenuti con la tecnica conversazionale da Reuber. La coartazione, la rigidità del paziente con epilessia nel confrontarsi con le tavole del test di Rorschach potrebbe essere in relazione allo stile comunicativo descritto da Reuber con la tecnica linguistica, incentrato sulla descrizione delle crisi come minaccia esterna alla propria stabilità. Seguendo questo filo di pensiero, alcune tavole del proiettivo potrebbero rappresentare una minaccia esterna, come le loro stesse crisi, e quindi condurre al rifiuto o a risposte coartate.

I dati ottenuti al test di Rorschach in merito alla coartazione del paziente con epilessia nell'affrontare le tavole con stimolo "colore" pertanto possono essere affiancati anche a questa affermazione.

Inoltre alla visita psichiatrica (fase 2) è emerso nei pazienti con epilessia (che proprio per la caratteristica imprevedibilità dei loro attacchi vivono spesso un senso di allarme) il tentativo di "tenere sotto controllo" la propria condizione patologica, anche nella ricerca di "segnali premonitori" o "Aure" delle crisi stesse (come ad esempio il sentire odori sgradevoli). Questa osservazione clinica trova riscontro nel profilo di personalità di questi pazienti, così come emerge dal test di Rorschach. L'affettività coartata, la presenza di rifiuti, la necessità della prova dei limiti sono segni che indicano come questi pazienti utilizzino categorie rigide per ancorarsi e ordinare il reale e, parallelamente, per dare ordine e struttura a qualcosa in sé, sentito come instabile.

Per quanto riguarda i pazienti con PNES, invece, la maggior extratensività e sensibilità allo stimolo colorato potrebbe essere in relazione alla evidenza clinica della suscettibilità e ipnotizzabilità di questi pazienti. Ricordiamo che nella definizione storica di isteria data da Charcot queste caratteristiche di personalità erano già descritte. Tuttavia, considerando la pratica clinica attuale, parlare di "ipnosi" nei pazienti con PNES non ha senso, in quanto già con Freud si scelse di abbandonare questa tecnica in favore della nascente psicoanalisi.

Anche l'indice delle risposte globali (W%), per cui non è stata riscontrata differenza significativa nei due gruppi, merita di essere approfondito. Si può osservare nei risultati che 16 casi e 16 controlli presentano una percentuale sopra soglia, portando a pensare che le risposte globali siano utilizzate in egual modo da soggetti con PNES e da persone con epilessia. Nei primi la risposta globale sarebbe una modalità per sfuggire all'interpretazione di stimoli (ad esempio le macchie rosse in II e III tavola) che potrebbero far riemergere dei conflitti inconsci, fonte di disagio per il soggetto. Si potrebbe affermare che in queste situazioni operi il meccanismo di difesa della rimozione. Allo stesso modo anche i pazienti che soffrono di epilessia tendono a fornire risposte globali per dare ordine ad un materiale scarsamente strutturato, come tentativo parallelo di mettere ordine a qualcosa avvertito come instabile dentro di sé.

D'altra parte le due categorie di popolazioni hanno stranamente in comune un dato anamnestico significativo, che è quello della presenza di un trauma.

ALTRI LIMITI DELLO STUDIO

- *Numerosità del campione:* come si è potuto evincere nella sezione Risultati, c'è stata una progressiva perdita di pazienti da quelli risultati positivi al questionario (142), a quelli che hanno effettuato la visita psichiatrica (79), a quelli identificati come casi (45), a quelli che hanno effettuato test di Rorschach (30), a quelli con test di Rorschach validi per lo studio caso-controllo che sono risultati essere 20. Inoltre c'è un numero elevato di drop outs tra i positivi al questionario e i pazienti realmente valutati potrebbero rendere due campioni disomogenei. La stessa difficoltà nell'arruolamento si è avuta per il gruppo dei controlli. Non è stato semplice trovare tra le persone risultate negative al questionario un numero sufficiente di controlli abbinabili (secondo i criteri di sesso, età, livello sociale) in un rapporto di 2:1 (auspicabile per ottenere la potenza statistica adeguata). In questo caso si è verificato che delle 70 persone contattate telefonicamente, 48 abbiano rifiutato di effettuare il test di Rorschach, per i motivi più vari, da problemi organizzativi alla sospettosità verso il test "psicologico".
- *Metodo di siglatura Klopfer,* attualmente il metodo più utilizzato è l'Exner, che permette di quantificare le risposte del paziente in un modo più statisticamente elaborabile (infatti è disponibile un programma computerizzato tramite il quale elaborare i protocolli). Pertanto si è voluto associare al test proiettivo un test psicométrico (SCL-90) per poter stabilire un profilo psicopatologico dei due gruppi, casi e controlli e per poter conferire maggiore validità statistica. Al momento di elaborazione dei risultati si è operata comunque una analisi statistica dei risultati dei test di Rorschach con gli intervalli di prevalenza.

CONCLUSIONI

Questo lavoro si presenta innovativo per diversi motivi. Anzitutto, si è cercato di validare uno strumento per lo screening delle PNES in una popolazione di pazienti afferenti ad un centro per l'epilessia. Tale strumento, rappresentato da un semplice questionario, lungi dal proporsi come strumento diagnostico in sostituzione del video-EEG, è dotato di una elevata sensibilità e come tale permette il riconoscimento dei pazienti da sottoporre a successive valutazioni senza perdere casi potenziali. In secondo luogo, lo studio si è riproposto di investigare il profilo di personalità di pazienti con PNES (isolate o associate ad epilessia) nel confronto con pazienti di controllo affetti da sola epilessia. I risultati ottenuti, che meritano di essere ampliati perché verificati su di un piccolo campione, sono di particolare interesse poiché offrono una anticipazione di alcune caratteristiche cliniche e personologiche dei pazienti con PNES quando confrontati alla popolazione epilettica tradizionale. Questi strumenti potrebbero essere utilizzati IN sinergia con gli studi di diagnostica differenziale basati sull'analisi linguistica delle modalità comunicative proprie dei due gruppi di pazienti, fornendo al clinico indicazioni sulla diagnosi e la conseguente terapia. Le differenze riscontrate tra i due gruppi potrebbero infatti indicare una strutturazione di personalità distinta sulla base dei meccanismi di difesa attivati.

BIBLIOGRAFIA

1. Lesser RP. Psychogenic seizures. *Neurology*, 1996, 46: 1499-1507.
2. Reuber M. The etiology of Psychogenic Non-Epileptic Seizures: toward a Biopsychosocial Model. *Neurologic Clinics* 27, 2009, n.4.
3. Sigurdardottir KR, Olafsson E. Incidence of psychogenic seizures in adults: a population-based study in Iceland. *Epilepsia*, 1998, 39: 749-752.
4. Szaflarski JP, Ficker DM, Cahill WT, Privitera MD. Four-year incidence of psychogenic nonepileptic seizures in adults in Hamilton County, OH. *Neurology*, 2000, 55: 1561-1563.
5. Reuber M. Psychogenic nonepileptic seizures: answers and questions. *Epilepsy Behaviour*, 2007, 12: 622-635.
6. Kotsopoulos IA, de Krom MC, Kessels FG, Lodder J, Troost J, Twellaar M, van Merode T, Knottnerus AJ. The diagnosis of epileptic and non-epileptic seizures. *Epilepsy Res*, 2003, 57: 59-67.
7. Benbadis SR, Hauser WA. An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure*, 2000, 9: 280-281.
8. Benbadis SR, Agrawal V, Tatum WO 4th. How many patients with psychogenic nonepileptic seizures also have epilepsy? *Neurology*, 2001, 57: 915-917.
9. Reuber M, Puktrop R, Mitchell AJ, Bauer J, Elger CE. Clinical significance of psychogenic nonepileptic seizures status. *J Neurol*, 2003, 250(11): 1355-1362.
10. Holtkamp M, Othman J, Buchheim K, Meierkord H. Diagnosis of psychogenic nonepileptic status epilepticus in the emergency setting. *Neurology*, 2004, 66:1727-1729.
11. Lancman ME, Brotherton TA, Asconape JJ, Penry JK. Psychogenic seizures in adults - a longitudinal analysis. *Seizure*, 1993, 2:281-286.
12. Scheepers B, Clough P, Pickles C. The misdiagnosis of epilepsy: findings of a population study. *Seizure*, 1998, 7:403-406.
13. Smith D, Defalla BA, Chadwick DW. The misdiagnosis of epilepsy and the management of refractory epilepsy in a specialist clinic. *QJM*, 1999, 92:15-23.

14. Howell SJ, Owen L, Chadwick DW. Pseudostatus epilepticus. *Q J Med*, 1989, 71: 507-519.
15. Primeau F. Post stroke depression: a critical review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1988, 33: 757-765.
16. Jaspers C. *Allgemeine Psychopathologie, Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*. J. Springer, Berlin, 1913.
17. Ey H, Bernard P, Brisset C. *Manuel de psychiatrie, (a cura di) Masson, Paris, 1978.*
18. Minkowska F. La constitution épileptoïde et le trouble générateur de l'épilepsie essentielle. *Evol. Psychat*, 2^o série, 1932, 4: 67-79.
19. Geschwind N. Pathogenesis of behaviour change in temporal lobe epilepsy, *Epilepsy* (Raven Press), San Diego, 1983: 355-370.
20. Bear DM. Temporal lobe epilepsy. A syndrome of sensory-limbic hyperconnection. *Cortex* 1979, 15: 357-384.
21. Morel BA. *Traité des degenerescences physiques, intellectuelles et morales de l'espece humaine*. Jean-Baptiste Baillière, Paris, 1857.
22. Lombroso C. *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alla disciplina carceraria*. Bocca, Torino, 1893.
23. Kraepelin E, *Das epileptische Irreisen*, in: Kraepelin E, *Psichiatrie* 8^o edizione, Barth, Lipsia, 1913.
24. Charcot J.M. *Leçons du mardi à la Salpetriere. Policliniques 1887-1889, Bureaux du Progrès Mdical, Paris, 1889*
25. Breuer, J. Freud, S. *Studi sull'Isteria* In Sigmund Freud, *Opere* vol.1 Bollati Boringhieri, Milano, 1892-1895.
26. Freud S. *Lettere a Wilhelm Fliess*, Bollati Boringhieri, Milano, 1887-1904.
27. Marmor J, *Orality in the hysterical personality*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1995, 29: 101-115.
28. Kernberg OF. *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Milano, 1980.
29. Bollas C, *Isteria*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.

30. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed, Text Revision (DSM-IV-TR), Washington, DC: American Psychiatric Press, 2000.
31. International Classification of Diseases, 9th Revision, 5th Ed, Clinical Modification, Los Angeles, CA: Practice Management Information Corp, 1993.
32. Mattioli G, Scalzone F. Attualita' dell'isteria: malattia desueta o posizione originaria? Franco Angeli, Milano, 2002.
33. Jackson JH. On the anatomical, physiological and pathological investigation of the epilepsies, 1873, in: Taylor J (Ed), selected writings of JH Jackson, Heyden & Staughton, London, 1931.
34. Berger H. Ueber das Elektrenkephalogramm des Menschen, Arch Psychiatr Nervenkr, 1929, 87:527–570.
35. Reuber M, Elger CE. Psychogenic nonepileptic seizures: review and update, Epilepsy & Behaviour, 2003, 4(3):205-16..
36. Reuber M, Pukrop R, Bauer J, Helmstaedter C, Tessendorf N, Elger CE. Outcome in Psychogenic Nonepileptic seizures: 1 to 10-year follow up in 164 patients, Ann Neurol, 2003, 53(3):305-11.
37. Reuber M, Mitchell AJ, Howlett SJ, Crimlisk HL, Grünewald RA. Functional symptoms in neurology: questions and answers, J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2005, 76(3):307-14.
38. Gates JR, Ramani V, Whalen S, Loewenson R. Ictal characteristics of pseudoseizures, Arch Neurol 1985, 42: 1183-1187.
39. Reuber M, House AO, Pukrop R, Bauer J, Elger CE. Somatization, dissociation and general psychopathology in patients with psychogenic non-epileptic seizures, Epilepsy Research, 2003, 57(2-3):159-67.
40. Christensen RC, Szlabowicz JW, Factitious status epilepticus as a particular form of Munchausen's syndrome, Neurology, 1991, 41(12):2009-10.
41. Gabbard GO. Psichiatria Psicodinamica. Raffaello Cortina, Milano, 2000.
42. Vaillant, GE. Adaptation to Life, Boston, MA, Little, Brown, 1977 (also Lippincott Williams & Wilkins, Hardcover, 396pp
43. Lingiardi V, Madeddu F, I meccanismi di difesa: teoria clinica e ricerca empirica, Raffaello Cortina, Milano, 2002.
44. Meissner WW, Zetzel E, Psichiatria psicoanalitica, Boringhieri, Torino, 1976.

45. Perry JC, Scala di valutazione dei meccanismi di difesa, in: Lingiardi V, Madeddu F, I meccanismi di difesa: teoria clinica e ricerca empirica, Raffaello Cortina, Milano, 2002.
46. Lerner P, Il Rorschach: una lettura psicoanalitica, 2000.
47. Krohn A, Hysteria, the elusive neurosis, International Universities Press, Inc., New York, 1978.
48. Fenichel O, Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi, 1951, Astrolabio-Ubaldini, Roma.
49. Bohm E, Manuale di psicodiagnostica di Rorschach. Giunti Editore, Firenze, 3a ristampa, 1995, 401-411.
50. Koopman C, Classen C, Spiegel D. Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *Am J Psychiatry*. 1994, 151(6):888-94.
51. Cardeña E, Spiegel D. Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. *Am J Psychiatry*. 1993, 150(3):474-8.
52. Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Kulka RA, Hough RL. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatry*. 1994, 151(6):902-7.
53. Freinkel A, Koopman C, Spiegel D. Dissociative symptoms in media eyewitnesses of an execution. *Am J Psychiatry*. 1994,151(9):1335-9.
54. Stoppa F, La prima curva dopo il paradiso, per una poetica del lavoro nelle istituzioni. Borla, Roma, 2006.
55. Correale A. Area traumatica e campo istituzionale, Borla, Roma, 2006.
56. Bakvis P, Roelofs K, Kuyk J, Edelbroek PM, Swinkels WA, Spinhoven P. Trauma, stress, and preconscious threat processing in patients with psychogenic nonepileptic seizures, *Epilepsia*, 2009, 50(5): 1001-1011.
57. Bowman ES. Pseudoseizures, *The Psychiatric Clinics of North America*, 1998, 21: 649-657.
58. Scoot DF. Recognition and diagnostic aspects of nonepileptic seizures, In: Pseudoseizures (Eds Riley TL, Roy A), Williams and Wilkins Co, Baltimore, 1982.
59. Charbolla DR, Krahn LE, So El, Rummans TA. Psychogenic non-epileptic seizures, *Mayo Clinics Proceed*, 1996, 71: 493-500.
60. Arnold LM, Privitera MD. Psychopathology and trauma in epileptic and psychogenic seizure patients, *Psychosomatics*, 1996, 37: 438-43.

61. Ozkara C, Dreifuss FE. Differential diagnosis in pseudoepileptic seizures, *Epilepsia*, 1993, 34: 294-298.
62. Betts T, Boden S. Diagnosis, management and prognosis of a group of 128 patients with non-epileptic attack disorder, Part 1, *Seizure*, 1992, 1: 19-26.
63. Boon PA, Williamson PD. The diagnosis of pseudoseizures, *Clin Neur, Neurosurg, Psychiatr*, 1993, 95: 1-8.
64. Azar NJ, Tayah TF, Wang L, Song Y, Abou-Khalil BW. Postictal breathing pattern distinguishes epileptic from nonepileptic convulsive seizures, *Epilepsia*, 2008, 49(1):132-7..
65. Chabolla DR, Shih JJ. Postictal behaviors associated with psychogenic nonepileptic seizures, *Epilepsy Behav*, 2006, 9: 307-11.
66. Chung SS, Gerber P, Kirlin KA. Ictal eye closure is a reliable indicator for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*, 2006, 66: 1730-1731.
67. Dworetzky BA, Mortati KA, Rossetti AO, Vaccaro B, Nelson A, Bromfield EB. Clinical characteristics of psychogenic nonepileptic seizure status in the long-term monitoring unit, *Epilepsy Behav*, 2006, 9: 335-338.
68. Ramsay RE, Cohen A, Brown MC. Coexisting epilepsy and nonepileptic seizures, In: Rowan AJ, Gates JR. *Nonepileptic seizures*. Butterworth-Heinemann, Stoneham, MA, 1993.
69. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes, *Epilepsia* 1989, 30: 389-399.
70. Derogatis LR. *Symptom Checklist-90-Revised*, Clinical Psychometric Research, Baltimore, 1975.
71. Piotrowski Zygmunt. The Rorschach Inkblot Method in Organic Disturbances of the Central Nervous System. *J of Nervous and Mental Disease*, 1937, 86: 525-537.
72. Deacon C, Wiebe S, Blume WT, McLachlan RS, Young GB, Matijevic S. Seizure identification by clinical description in temporal lobe epilepsy - How accurate are we? *Neurology*, 2003, 61:1686-1689.
73. Trimble MR. Personality disturbances on epilepsy, *Neurology*, 1983, 33: 1332-1334.
74. Klopfer B, Kelley DM. *The Rorschach Technique*, World Book Company, Yonkers-on-Hudson, New York, 1942.

75. Schwabe M, Howell S, Reuber M. Differential diagnosis of seizures disorders: a conversation analytic approach, *Social Science & Medicine*, 2007, 65: 712-724.

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia con sentito affetto le seguenti persone, senza le quali sarebbe stato impossibile effettuare questo progetto di ricerca

- *Claudia, Federica e Jacopo (che sono la “res cogitans e la res extensa” di tutto il progetto), per avermi aiutato nell’arruolamento, nell’esecuzione dei test e nella stesura del lavoro*
- *Mio padre Ettore per i preziosi consigli, per la stesura del progetto e per l’analisi statistica*
- *Cesare per l’idea geniale di questo progetto nel quale credo molto*