

## EPILESSIA: FENOMENO ORGANICO O PSICHICO?

In ciò che segue faremo riferimento al Trattato Italiano di Psichiatria (1992), ai lavori di Gabbard (1995) e di Kaplan & Saddock (1997).

- Nella prima fonte innanzitutto si lamenta un'effettiva **mancanza di certezza sugli effettivi meccanismi che causano l'epilessia**, di conseguenza ci sentiamo autorizzati ad avanzare un'ipotesi di lavoro che più avanti esporremo e che prese l'avvio da alcune nostre osservazioni cliniche in atelier di lavoro con la creta per pazienti psichiatrici in ambiente ospedaliero.
- In secondo luogo si ammette che i disturbi psicopatologici non coincidenti con le crisi possono essere visti come **disturbi "non organici" (psichiatrici), in contrasto con i disturbi "organici" (epilessia)**: con ciò viene riconosciuto implicitamente un limite alla presunzione di organicità dei disturbi mentali.
- In terzo luogo si afferma che all'inizio c'è solo un'**aura** limitata al focus epilettogeno ma in seguito si può avere una **diffusione di tipo "psicotico"** con disturbi che vanno dalle allucinazioni semplici, al tempo alterato, dalle dispercezioni e depersonalizzazioni al pensiero forzato e così via con prevalenza di disturbi di tipo percettivo e cognitivo e quadri schizofrenici per focus nell'emisfero sinistro e con prevalenza di disturbi di tipo emotivo per focus nell'emisfero destro. C'è dunque un coinvolgimento complesso del mentale nei riguardi dell'organico presunto.
- In quarto luogo si ammette che nel caso dell'epilessia ci troviamo in presenza di una malattia – ovviamente intesa in senso organico - del sistema nervoso centrale (SNC) o **supposta** tale anche **in assenza di una dimostrazione diretta!**
- In quinto luogo si riconosce dignità al concetto di **personalità epilettica**: rallentamento, perseverazione, particolarismo ideativo, scarso controllo emotivo, aggressività spesso improvvisa, rigidità, stereotipia, fissazione all'oggetto di un discorso, viscosità del pensiero. Non è fatta alcuna ipotesi sul rapporto di causa effetto fra personalità epilettica ed epilessia e pertanto rimane legittimo il dubbio di quale delle due sia la base o la conseguenza dell'altra o in quale misura od in qual modo il loro rapporto possa essere intricato e complesso.
- In ultimo luogo, mentre si lamenta **l'assenza di una definizione storicamente costante di "disturbo psicotico"** (e si citano i manuali e le opere classificatorie psichiatriche DSM o ICD e si precisa la locuzione con riferimento a deliri, allucinazioni, illusioni, disorganizzazione del pensiero...) si constata una **relazione a bilancia fra sintomi psicotici e crisi epilettiche** (fin dagli anni '20 o '30), come se gli uni sfogassero negli altri o viceversa. Ne seguì l'idea di terapie convulsivanti consistenti nell'indurre crisi convulsive per ridurre le entità psicopatologiche, cioè psicotiche. L'idea ebbe successo clinico.  
C'è dunque un rapporto fra le due entità nel senso che l'una sembra essere l'espressione dell'altra: come se non bastasse, si nota un'**intensa attività EEG ("epilettica") in assenza di disturbi psicotici ed un tracciato EEG invece normale in presenza dei medesimi disturbi psicotici**. Questo rilievo oggettivo che fa riferimento al tracciato EEG è da noi considerato estremamente importante. Alcuni pensano che i fenomeni similschizofrenici e le crisi epilettiche siano espressioni diverse di una **medesima alterazione** che, tuttavia, credono senz'altro anatomica!

In conseguenza di quanto sopra, a questo punto da parte nostra, osiamo avanzare l'ipotesi di un'equivalenza fondamentale fra le due entità di disturbi, non però come effetto di una supposta alterazione anatomica. La consideriamo sì importante, ma non essenziale e per i motivi che ora seguiranno.

Cominciamo con l'osservare che la psichiatria è una scienza e, come tale, si propone secondo una filosofia che privilegia l'oggettività: non sorprende dunque che propenda per una **spiegazione organica dei disturbi epilettici**. Com'è noto, essa afferma che l'epilessia è causata da un'eccitazione parossistica ed elettrica del cervello.

L'eccitazione s'origina da un punto focale, o focus, e da lì s'irradia a tutta la massa cerebrale dando luogo a disturbi fisici osservabili, come convulsioni, perdita dell'equilibrio, irrigidimento, perdita della coscienza e così via.

Dal momento che l'individuo viene edotto o si rende conto di ciò che lo ha colpito, si hanno poi conseguenze relativamente ovvie in campo psicologico, non ultima p. e. l'ansia di ricadere in un nuovo stato di crisi in un momento per giunta imprevedibile.

Noi siamo d'accordo che l'eccitazione elettrica incontrollata di tutta la massa cerebrale dà immediatamente luogo ad un funzionamento anomalo della persona in senso sia fisico che mentale, tuttavia sebbene l'origine del male sia stata apparentemente individuata in quest'eccitazione elettrica, d'origine in un focus, può rimanere comunque un dubbio.

E' il focus la vera origine del male oppure esso, a sua volta, **il focus è originato da altre cause p. e. da un disturbo psicologico, mentale non ancora individuato?** A questa domanda non si può dare ancora una risposta certa, né in senso positivo né in senso negativo. Rimane il fatto che all'oggettività rappresentata dall'idea e dalle osservazioni relative al focus non è corrisposta finora alcuna indagine o ipotesi che tenga conto della soggettività della persona portatrice del male. Riguardo alla soggettività, crediamo di averne già dimostrato l'importanza in un altro capitolo.

L'ipotesi ora fatta ed il caso di L. – da noi presentato in altro scritto – ci sembrano comunque degni di nota ed abbiamo quindi deciso di portarlo a conoscenza di chi può avere interesse a prenderne atto nella speranza che siano proseguiti gli studi e le osservazioni in questo campo.

In particolare, il caso di L. depone comunque a favore di una causa mentale ipotetica, giacché dopo avere lavorato con lei producendo una testa in argilla, ella si calmò e per un il periodo successivo in cui potemmo osservarla per alcuni mesi, non ebbe più attacchi epilettici osservati o dichiarati.

Non si può escludere si sia trattato di un caso e purtroppo non mi fu consentito di proseguire con le mie indagini: sono infatti consapevole che occorrono molte prove per stabilire con certezza come stanno le cose. Teoricamente è possibile infatti che L. abbia avuto altre crisi come pure che sia guarita e non ne abbia più avute affatto: in ogni caso è molto probabile che il lavoro con la creta possa, se non altro, produrre un certo sollievo ed un apprezzabile miglioramento in almeno alcuni malati – epilettici e non – così come è stato clinicamente osservato senza alcun dubbio in proposito.

In ogni modo, sia il caso di L., sia i casi di altri pazienti che, pur affetti da diverse patologie psichiatriche, presentavano esiti simili, costituiscono una testimonianza probante a favore di una possibile causa mentale e rende legittima e perentoria la richiesta di ulteriori prove in merito.

L'obiezione qui presentata contro l'ipotesi oggettiva, si può naturalmente ripetere identica per tutti i disturbi con apparente causa organica. Non per nulla la psicosomatica tenta di stabilire un ponte fra disturbi somatici e disturbi psichici che si suppongono in qualche modo corrispondenti.

E' bene anche tenere presente che sebbene si ripeta da più parti il principio olistico secondo il quale l'uomo è un'unità psicofisica, tuttavia in seguito, una volta enunciato, spesso alcuni dimenticano questo principio come se bastasse averlo affermato per essere soddisfatti.

Abbiamo voluto presentare questa breve nota nell'esclusivo interesse del progresso della scienza e delle terapie e per il vantaggio umano dei pazienti.

#### **Bibliografia.**

AA.VV. (1992). Trattato Italiano di Psichiatria. Masson.

Gabbard, G., O. (1995). Psichiatria psicodinamica. DSM-IV. R. Cortina, Milano.

Kaplan, H., I., Sadock, B., J., (1997) Psichiatria clinica. Centro Scientifico Internazionale, Torino.