

# EPILESSIA E DISTURBI PSICOPATOLOGICI: UNO STUDIO MEDIANTE LA CBCL

*Epilepsy and psychopathological disorders: a study with the CBCL*

E. Carlotta Salmin<sup>1</sup>, M. Chiappedi<sup>1</sup>, S. Donetti Dantin<sup>1</sup>, U. Balottin<sup>1,3</sup>, P. Veggiotti<sup>2,3</sup>, A. Picardi<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infantile, Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino, Pavia; <sup>2</sup> Struttura Semplice di Epilettologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino, Pavia; <sup>3</sup> Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università di Pavia, Pavia; <sup>4</sup> Reparto Salute Mentale, Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

## RIASSUNTO

**Introduzione.** I bambini affetti da epilessia sono sempre stati considerati soggetti a rischio dal punto di vista psicopatologico, sia per quanto riguarda disturbi di tipo esternalizzante che internalizzante. Tuttavia non è chiaro se questa problematica sia legata alla patologia in sé, o sia invece la presenza di altre comorbidità a influire sul funzionamento psicologico dei pazienti.

**Metodi.** Sono stati studiati 100 pazienti affetti da epilessia (età: 6-18 anni; M:F = 1:1), afferiti consecutivamente all'Istituto Neurologico C. Mondino. Lo strumento scelto per la valutazione del profilo emotivo-comportamentale è la CBCL 6-18. Sono state raccolte inoltre alcune variabili socio-demografiche e cliniche, mediante una scheda standardizzata.

**Risultati.** I soggetti affetti da epilessia in età pediatrica non mostrano una costante presenza di psicopatologia per quanto rilevabile dai questionari CBCL compilati dai genitori. Le problematiche psicopatologiche che emergono sembrano essenzialmente correlate ad aspetti clinici eventualmente associati all'epilessia (ad es. disabilità intellettiva o motoria).

**Discussione.** Pur necessitando di verifica in gruppi più numerosi, i dati sembrano dimostrare come la presenza di aspetti psicopatologici nei soggetti con epilessia sia da collegarsi alla eventuale encefalopatia o a fattori estranei all'epilessia.

## SUMMARY

**Introduction.** Children with epilepsy have always been considered to be at risk from the psychopathological point of view, both for externalizing and internalizing disorders. However it is not clear whether this issue is linked to the disorder per se or it is the presence of other comorbidities to affect the psychological functioning of patients.

**Methods.** We studied 100 patients with epilepsy (age: 6-18 years, M:F = 1:1), consecutively seen at the C. Mondino Neurological Institute. The tool chosen to evaluate the emotional and behavioral profile is CBCL 6-18. Some socio-demographic and clinical variables were also collected through a standardized form.

**Results.** Children and adolescents with epilepsy do not show a consistent presence of psychopathology detectable by the CBCL questionnaires filled by parents. Psychopathological problems which emerge seem to be essentially correlate to clinical aspects possibly associated with epilepsy (e.g. intellectual or motor disability).

**Discussion.** Although these data need to be confirmed in larger samples, they seem to demonstrate that the presence of psychopathological aspects in subjects with epilepsy is to be linked to the possible encephalopathy or to factors unrelated to epilepsy.

## INTRODUZIONE

In passato, nei bambini con epilessia veniva descritta una tipica sindrome caratterizzata da iperattività, impulsività, aggressività e scarsa capacità di attenzione<sup>1</sup>. I bambini con epilessia sembravano più dipendenti rispetto a bambini con altre malattie croniche

come la fibrosi cistica<sup>2</sup> e il diabete<sup>1</sup>, senza che ciò fosse legato alla severità della patologia o all'atteggiamento dei genitori.

Ricerche più recenti hanno invece dimostrato nei bambini con epilessia aumenta la prevalenza di disturbi psicologici, in misura e con caratteristiche simili a quanto avviene tuttavia in altre malattie croni-

### PAROLE CHIAVE

Epilessia - Psicopatologia - CBCL

### KEY WORDS

Epilepsy - Psychopathology - CBCL

che<sup>3</sup>. Sono descritti in particolare sintomi depressivi e manifestazioni psicosomatiche, meno spesso disturbi esternalizzanti<sup>4</sup>. Fattori confondenti associati all'epilessia includono l'associazione di problemi del neurosviluppo e disabilità intellettiva, il tipo di epilessia e i possibili effetti della terapia farmacologica sul comportamento<sup>5</sup>.

Sebbene la depressione abbia ricevuto maggiore attenzione come comune comorbidità dell'epilessia, molti studi recenti negli adulti hanno mostrato che i disturbi d'ansia sono anch'essi molto frequenti.

In particolare il disturbo d'ansia generalizzato è stato correlato all'imprevedibilità delle crisi e alla sensazione di non poterle controllare da soli<sup>6</sup>; si associa a una eccessiva paura di avere altre crisi in futuro, di un peggioramento della malattia e della possibile morte<sup>6,7</sup>. Soprattutto in età evolutiva, la paura di avere una crisi può tradursi in un'ansia di separazione dalla figura genitoriale o dalla propria abitazione. Inoltre, la paura dell'imbarazzo di avere una crisi in pubblico può anche trasformarsi in una variante di fobia sociale e risultare in un allontanamento del paziente dalle attività sociali<sup>6</sup>.

È importante sottolineare che studi sperimentali suggeriscono che la stimolazione ricorrente dell'amigdala può predisporre i pazienti con epilessia ad ansia interictale<sup>8</sup>. Per questo motivo sarebbe ragionevole considerare una classificazione alternativa per l'ansia associata all'epilessia, che tenga conto delle differenti manifestazioni d'ansia legate a questa patologia.

Baker et al.<sup>9</sup> hanno riportato una maggiore prevalenza di disturbi ossessivo compulsivi e sintomi ansiosi negli adolescenti epilettici.

Mentre alcuni studi mostrano che la severità della malattia è solo in parte predittiva della futura funzionalità psicosociale e di adattamento, una maggior frequenza di crisi epilettiche è stata associata con un minore sviluppo sociale ma senza differenze nei risultati accademici; inoltre il tipo di crisi non si è rivelato significativamente correlato con nessuno dei due<sup>10-12</sup>. Quando sono considerati casi più severi, con danni cerebrali, i risultati sembrano essere diversi, mostrando che la qualità della vita è significativamente compromessa specialmente nel gruppo con esordio precoce di forme epilettiche farmaco-resistenti. Questo scarso controllo delle crisi è associato con un impatto maggiormente negativo sulla vita familiare<sup>10-12</sup>.

Gli studi suggeriscono che nei bambini con buon controllo delle crisi, le variabili della malattia, eccetto la sua durata, non sono correlate con una psicopatologia e con problemi di adattamento. Al contrario, nei bambini con forme di epilessia severa e scarso controllo delle crisi, le variabili della malattia hanno un impatto significativo sulla psicopatologia. Le variabili famigliari, intese come interazione tra le capacità di resilienza e l'effetto della patologia neurologica, hanno inoltre forte impatto sullo sviluppo della psicopatologia nei bambini<sup>4</sup>.

L'epilessia è, inoltre, una condizione di stress cronico per la vita familiare e può avere conseguenze sulla salute mentale dei membri della famiglia. Spesso si riscontra una maggiore frequenza di comportamenti aggressivi dei bambini con epilessia verso i genitori, frequenti periodi di stress emotivo, maggior immaturità e dipendenza<sup>13</sup>. Da alcuni studi emerge che i genitori hanno spesso minori aspettative riguardo ai risultati scolastici e sportivi, alla concentrazione alle scelte lavorative dei figli con epilessia<sup>2</sup>. Inoltre, il ruolo delle caratteristiche personalologiche genitoriali è evidenziato dal fatto che la percezione dei genitori riguardo il controllo delle crisi è maggiormente influente sull'adattamento genitoriale rispetto al livello vero e proprio di controllo delle crisi<sup>14</sup>.

## MATERIALI E METODI

Il protocollo utilizzato fa parte di uno studio più grande, ideato dall'Istituto Superiore della Sanità (ISS) con l'obiettivo di caratterizzare i pazienti con epilessia in termini sia di aspetti clinici epilettologici, sia di salute mentale, fisica, qualità della vita e carico familiare.

Sono stati selezionati un gruppo di pazienti in età pediatrica affetti da epilessia, afferiti consecutivamente alla Fondazione Istituto Neurologico Nazionale IRCCS "Casimiro Mondino", tra gennaio e aprile 2013.

Sono state raccolte mediante una scheda standardizzata alcune variabili socio-demografiche (sesso, età, scolarizzazione) e cliniche (funzionamento cognitivo, eventuale disabilità e necessità di assistenza sanitaria, obiettività neurologica, livello di autonomia, età di insorgenza dell'epilessia, tipo di crisi e diagnosi epilettologica, presenza di episodi di stato di male, terapia, eventuale farmaco resistenza).

Lo strumento di valutazione utilizzato per valutare il profilo emotivo comportamentale del paziente è la CBCL 6-18anni<sup>15</sup>. Questo questionario non è stato ideato per essere utilizzato in caso di malattie croniche come l'epilessia, tuttavia molti studi ne dimostrano la validità, nonostante l'ambiguità di alcuni item<sup>16</sup>. Le scale delle competenze non sono state prese in considerazione, in quanto esulavano dallo scopo di questo studio.

Non essendo stata confermata la normalità della distribuzione delle scale della CBCL (test di Kolmogorov-Smirnov), i valori di T score sono stati suddivisi in normali, borderline e patologici secondo la manualizzazione definita per la versione italiana. Sono stati quindi utilizzati i test non parametrici di Wilcoxon-Mann-Whitney e di Kruskal-Wallis per il confronto tra gruppi indipendenti.

Parallelamente è stata svolta un'analisi di correlazione, utilizzando il test non parametrico Rho di Spearman.

Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il software SPSS versione 19. La significatività statistica è stata attribuita con un  $p < 0,05$ .

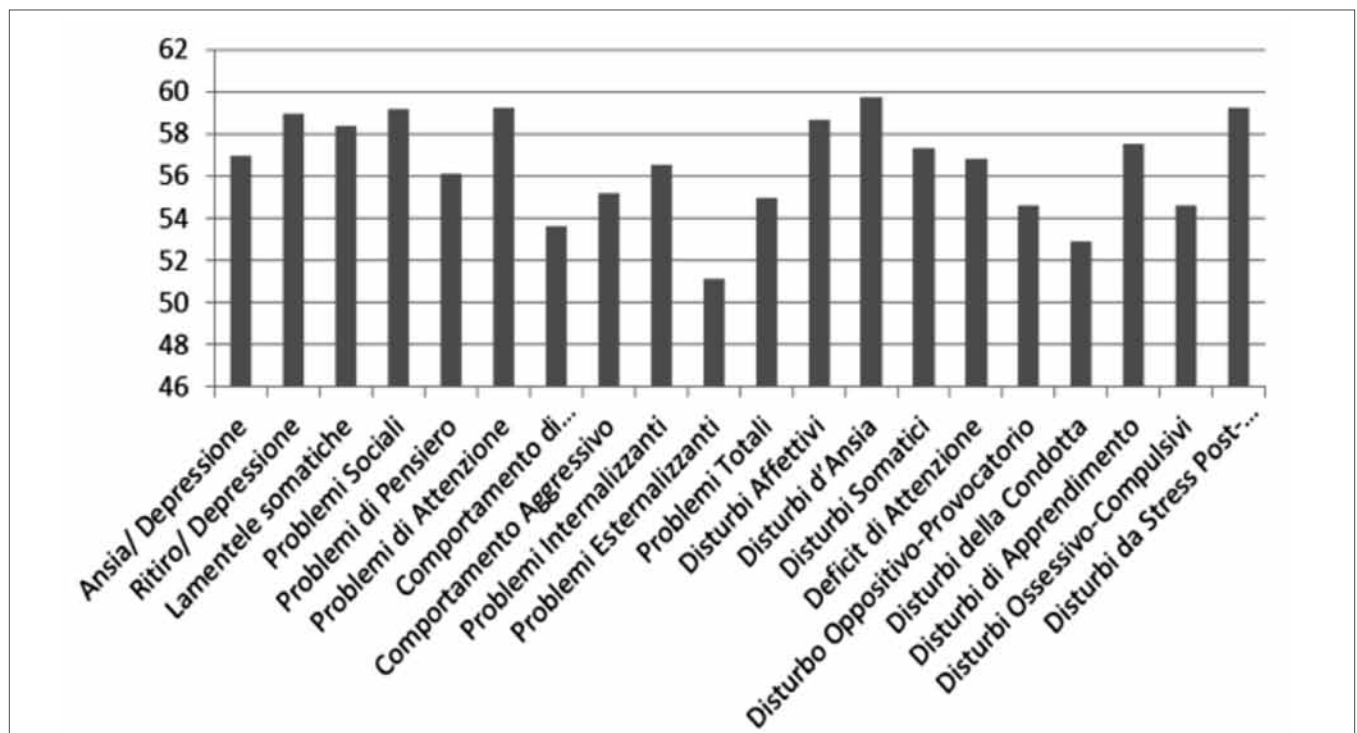
## RISULTATI

Il campione è costituito da 100 pazienti, 50 maschi e 50 femmine, di età compresa tra 6 e 18 anni, tutti con diagnosi di epilessia. I bambini sono stati divisi in 3 fasce d'età, corrispondenti ai cicli scolastici: 6-10 anni (32%), 10-13 anni (31%), 13-18 anni (37%).

I punteggi medi ottenuti dalle CBCL risultano tutti nella norma, con valori più alti nei Problemi Sociali (media = 59,16), nei Problemi di Attenzione (media = 59,23), nei Disturbi d' Ansia (media = 59,76) e nei Disturbi da Stress Post-Traumatico (media = 59,25) (Fig. 1).

Il campione utilizzato in questo studio risulta essere molto simile alla popolazione epilettica pediatrica generale, per quanto riguarda la distribuzione di diverse variabili valutate, come il ritardo mentale (circa 30% nello studio di Sherman et al.<sup>17</sup>, 29% nel campione in studio) e l'eziologia (circa nel 70% dei casi risulta sconosciuta, in accordo con i dati epidemiologici generali riportati da Guerrini<sup>18</sup>).

Le differenze fra i vari gruppi all'interno delle variabili



**Fig. 1.** Distribuzione dei Punteggi T delle sottoscale della CBCL.

**TAB. I.** Scuola.

	<b>Normale</b>	<b>Con sostegno</b>
Ritiro/Depressione	56,5 ± 8,1*	58,3 ± 8,8*
Problemi sociali	58,0 ± 8,4*	65,6 ± 5,8*
Problemi del pensiero	54,8 ± 6,3*	59,3 ± 9,0*
Problemi di attenzione	57,3 ± 9,2*	64,2 ± 7,9*
Comp. Trasgr. regole	53,2 ± 4,6	54,5 ± 4,7
Comp. aggressivo	54,6 ± 6,4	56,6 ± 7,2
Problemi internalizzanti	55,1 ± 11,3	60,4 ± 10,8
Problemi esternalizzanti	49,9 ± 9,6	54,2 ± 8,7
Disturbi affettivi	57,0 ± 7,5*	63,0 ± 7,3*
Disturbi somatici	57,5 ± 8,2	56,7 ± 6,9
Disturbo opp.-prov.	54,3 ± 5,4	55,4 ± 6,7
Disturbi condotta	52,7 ± 4,6	53,4 ± 4,6
Disturbi apprendim.	55,6 ± 7,6*	62,3 ± 7,5*
Disturbi oss.-comp.	53,6 ± 5,6*	57,1 ± 8,6*
Dist. stress post traum.	58,1 ± 8,3*	62,2 ± 7,8*

\*  $p < 0,05$ 

sono riportate in dettaglio nelle Tabelle I, II, III, IV, V, VI; le correlazioni con la psicopatologia sono riportate in dettaglio nella Tabella VII.

Nel campione in studio, 2 bambini non frequentano la scuola per la severità del loro quadro clinico, 26 bambini necessitano di un insegnante di sostegno e 72 frequentano come i loro coetanei sani.

Il ritardo mentale è un'altra caratteristica importante per definire il quadro generale del campione in esame. In questo caso ci sono 71 soggetti che non presentano ritardo mentale, 10 con ritardo lieve, 7 con ritardo medio, 7 con ritardo grave e 5 con ritardo profondo.

Il livello di disabilità del bambino è sicuramente un parametro molto significativo per esprimere il disagio quotidiano incontrato dai piccoli pazienti e dai loro genitori. Nel campione esaminato ci sono 68 pazienti che non hanno alcun tipo di disabilità, 10 con disabilità lieve, 9 moderata e 13 con disabilità grave. Questo significa che il 32% di questi bambini è limitato nello svolgere le normali attività quotidiane. Inoltre nell'85% dei soggetti in esame non c'è alcuna obiettività patologica evidente, nel 4% si evidenzia un'obiettività lieve, nel 4% media e nel 7% grave, tale da richiedere una costante assistenza da parte del caregiver.

In questo studio è stato valutato il livello di autonomia del bambino riferendolo alla sua età anagrafica e alle competenze che dovrebbe aver acquisito e mantenuto nel tempo. Si sono quindi individuati 77 bambini con un livello di autonomia normale o adeguato all'età, 13 bambini con un livello di autonomia lievemente non adeguato all'età e 10 non adeguatamente autonomi. Questi dati risultano facilmente interpretabili andando a confrontarli con le percentuali di ritardo mentale (circa 30%) e di disabilità (32%) di cui si è discusso in precedenza.

Per quanto riguarda il tipo di crisi manifestata dal paziente, il campione è stato suddiviso in 5 gruppi di cui un solo paziente non ha mai manifestato crisi vere e proprie ma presenta anomalie elettroencefalografiche tipiche dell'ESES (epilessia con punte-onda continue durante il sonno), 24 pazienti hanno manifestato crisi tonico-cloniche, 36 pazienti hanno manifestato altre crisi generalizzante come assenze o mioclonie, 24 pazienti crisi parziali semplici e 15 pazienti crisi parziali complesse. In conclusione il 60% dei bambini analizzati presenta o ha presentato crisi generalizzate, mentre circa il 40% presenta o ha presentato crisi parziali. Nel campione analizzato sono presenti 7 bambini con un'epilessia generalizzata sintomatica (un esempio sono le encefalopatie epilettiche), 49

TAB. II. Ritardo mentale.

	No ritardo	Lieve	Medio	Grave	Profondo
Ritiro/Depressione	57,9 ± 9,6	57,8 ± 6,3	65,9 ± 8,8	64,9 ± 9,7	58,2 ± 11,8
Problemi sociali	56,4 ± 7,2*	64,6 ± 5,9*	66,6 ± 6,6*	68,3 ± 3,7*	64,2 ± 7,0*
Problemi del pensiero	54,6 ± 6,6*	56,2 ± 6,7*	59,9 ± 9,8*	64,6 ± 6,4*	60,0 ± 9,1*
Problemi di attenzione	56,9 ± 8,5*	63,9 ± 10,5*	64,7 ± 9,7*	67,6 ± 8,3*	63,4 ± 7,9*
Comp. Trasgr. regole	53,3 ± 4,5*	53,0 ± 4,0*	58,1 ± 7,1*	54,4 ± 3,3*	51,8 ± 2,1*
Comp. aggressivo	54,7 ± 6,3	54,4 ± 5,6	59,0 ± 9,6	58,7 ± 8,4	52,8 ± 2,9
Problemi internalizzanti	55,3 ± 12,0	59,1 ± 8,1	63,4 ± 8,8	61,4 ± 6,7	52,2 ± 11,7
Problemi esternalizzanti	50,3 ± 9,2	49,6 ± 10,0	57,3 ± 10,9	56,9 ± 8,5	48,0 ± 9,1
Disturbi affettivi	57,0 ± 7,6*	60,2 ± 5,9*	61,7 ± 8,8*	66,7 ± 3,5*	64,6 ± 8,7*
Disturbi somatici	56,6 ± 7,8*	62,7 ± 9,0*	56,6 ± 7,5*	57,3 ± 5,8*	57,8 ± 7,8*
Disturbo opp.-prov.	54,5 ± 5,4	53,0 ± 4,4	58,4 ± 8,2	56,6 ± 9,2	51,2 ± 2,2
Disturbi condotta	52,7 ± 4,4	53,3 ± 5,2	55,6 ± 5,9	53,6 ± 5,8	50,6 ± 1,0
Disturbi apprendim.	55,2 ± 7,7	61,1 ± 7,5	61,1 ± 10,5	63,4 ± 3,2	65,4 ± 5,8
Disturbi oss.-comp.	54,3 ± 6,5	54,2 ± 7,2	59,3 ± 7,7	55,7 ± 8,1	51,2 ± 2,2
Dist. stress post traum.	58,7 ± 8,5	60,6 ± 8,1	63,7 ± 8,4	60,7 ± 8,0	55,6 ± 7,3

\*  $p < 0,05$ 

TAB. III. Disabilità.

	No disabilità	Lieve	Moderata	Grave
Ritiro/Depressione	57,6 ± 9,2	58,3 ± 9,1	64,2 ± 10,3	62,6 ± 10,6
Problemi sociali	56,4 ± 6,4*	60,8 ± 9,3*	67,4 ± 7,7*	66,4 ± 5,4*
Problemi del pensiero	54,5 ± 6,3*	56,6 ± 8,0*	62,6 ± 10,9*	59,5 ± 7,2*
Problemi di attenzione	56,4 ± 7,1*	60,4 ± 11,7*	71,1 ± 13,0*	64,7 ± 6,2*
Comp. Trasgr. regole	52,6 ± 3,9*	54,7 ± 5,2*	58,9 ± 7,2*	54,1 ± 3,4*
Comp. aggressivo	54,2 ± 5,6*	54,0 ± 7,8*	62,1 ± 9,5*	56,2 ± 6,0*
Problemi internalizzanti	55,1 ± 11,5*	58,4 ± 10,3*	63,3 ± 12,3*	58,0 ± 9,4*
Problemi esternalizzanti	49,6 ± 8,6*	50,2 ± 11,1*	60,1 ± 10,9*	53,5 ± 8,7*
Disturbi affettivi	56,8 ± 7,3*	58,5 ± 6,2*	65,0 ± 9,3*	64,1 ± 6,9*
Disturbi somatici	57,1 ± 7,8	57,6 ± 8,4	59,9 ± 9,7	56,1 ± 6,1
Disturbo opp.-prov.	54,0 ± 4,7*	54,3 ± 7,6*	58,9 ± 8,3*	55,1 ± 7,2*
Disturbi condotta	52,2 ± 3,8*	54,2 ± 5,6*	57,4 ± 7,2*	52,7 ± 3,7*
Disturbi apprendim.	55,3 ± 7,5	58,2 ± 7,9	65,9 ± 7,7	62,6 ± 6,1
Disturbi oss.-comp.	53,4 ± 5,5	58,9 ± 7,7	60,8 ± 9,9	53,1 ± 6,3
Dist. stress post traum.	57,9 ± 7,2	61,6 ± 9,6	67,1 ± 12,5	59,0 ± 7,5

\*  $p < 0,05$ 

bambini con un'epilessia generalizzata idiopatica, 25 con un'epilessia parziale idiopatica e 19 con un'epilessia parziale sintomatica. In totale il 56% dei pazienti presenta un'epilessia generalizzata, mentre il 44% un'epilessia parziale o focale; nel 74% dei casi la causa è ignota.

La terapia farmacologica dell'epilessia è molto varia e dipende dal tipo di crisi, dalla diagnosi e dalla possibile farmacoresistenza. Tuttavia in questo studio ci si è limitati a chiedere se il paziente assumesse o no una terapia antiepilettica. All'interno del gruppo 18 pazienti non assumono terapia mentre 82 la

**TAB. IV.** Obiettività neurologica.

	No obiettività	Lieve	Media	Grave
Ritiro/Depressione	58,1 ± 9,2	68,2 ± 13,0	66,5 ± 8,5	59,9 ± 10,6
Problemi sociali	57,9 ± 7,7*	69,7 ± 7,2*	64,7 ± 5,5*	64,6 ± 5,8*
Problemi del pensiero	55,2 ± 7,0*	65,5 ± 11,3*	59,2 ± 6,4*	58,9 ± 7,8*
Problemi di attenzione	58,0 ± 8,6*	74,7 ± 16,0*	62,7 ± 5,6*	63,3 ± 6,5*
Comp. Trasgr. regole	53,4 ± 4,6	57,5 ± 7,4	53,2 ± 3,0	53,4 ± 3,6
Comp. aggressivo	54,9 ± 6,5	58,0 ± 10,6	58,7 ± 9,4	54,0 ± 4,3
Problemi internalizzanti	55,8 ± 11,3	69,0 ± 11,5	61,0 ± 7,6	55,7 ± 11,3
Problemi esternalizzanti	50,7 ± 9,5	56,5 ± 10,7	55,5 ± 9,9	50,7 ± 9,2
Disturbi affettivi	57,6 ± 7,3*	69,2 ± 10,6*	61,0 ± 7,4*	64,4 ± 7,4*
Disturbi somatici	56,9 ± 7,5	68,7 ± 11,0	53,5 ± 7,0	57,1 ± 6,3
Disturbo opp.-prov.	54,5 ± 5,5	55,7 ± 8,8	60,2 ± 11,3	51,6 ± 2,4
Disturbi condotta	52,9 ± 4,5	57,0 ± 7,6	52,2 ± 3,9	51,4 ± 2,6
Disturbi apprendim.	56,5 ± 7,7	70,2 ± 7,6	58,0 ± 6,5	62,7 ± 7,5
Disturbi oss.-comp.	54,2 ± 6,0*	63,0 ± 12,1*	56,5 ± 9,3*	54,1 ± 8,5*
Dist. stress post traum.	58,8 ± 7,8	70,2 ± 16,0	62,2 ± 6,4	56,3 ± 7,6

\*  $p < 0,05$ 

assumono regolarmente. Dei 18 pazienti del primo gruppo, alcuni non assumono antiepilettici perché considerati guariti, mentre altri non hanno proprio mai assunto farmaci.

## DISCUSSIONE

La relazione che si rileva tra scuola e ritiro-depressione può essere interpretata in un duplice senso: da un lato, una normalità nell'esperienza scolastica potreb-

**TAB. V.** Autonomia.

	Normale	Lievem. Inadeguata	Inadeguata
Ritiro/Depressione	57,4 ± 9,1	66,1 ± 8,4	61,1 ± 11,1
Problemi sociali	56,9 ± 7,3*	67,0 ± 4,9*	66,7 ± 5,9*
Problemi del pensiero	54,2 ± 6,2*	62,2 ± 8,2*	62,1 ± 8,7*
Problemi di attenzione	57,4 ± 9,0	64,0 ± 7,8	66,9 ± 8,1
Comp. Trasgr. regole	53,2 ± 4,5	55,5 ± 6,0	54,1 ± 3,8
Comp. aggressivo	54,7 ± 6,3	56,5 ± 9,0	56,5 ± 6,2
Problemi internalizzanti	55,3 ± 11,7	63,8 ± 7,4	56,6 ± 10,1
Problemi esternalizzanti	50,4 ± 9,2	53,4 ± 11,3	53,7 ± 9,6
Disturbi affettivi	56,9 ± 7,3*	64,6 ± 7,3*	64,6 ± 6,5*
Disturbi somatici	57,1 ± 8,1	59,0 ± 7,4	56,1 ± 6,2
Disturbo opp.-prov.	54,4 ± 5,4	56,3 ± 8,3	53,6 ± 5,7
Disturbi condotta	52,8 ± 4,5	53,7 ± 5,1	52,7 ± 4,8
Disturbi apprendim.	55,8 ± 7,6	63,0 ± 8,4	63,3 ± 6,6
Disturbi oss.-comp.	53,7 ± 5,7*	58,3 ± 8,9*	56,9 ± 8,8*
Dist. stress post traum.	58,6 ± 8,4	62,7 ± 9,0	60,1 ± 7,2

\*  $p < 0,05$

be essere protettiva rispetto a sintomi di tipo internalizzante; dall'altro, l'averne un minore livello di ansia e depressione potrebbe rendere meno probabile la necessità di interventi di supporto in ambito scolastico a parità di altre variabili.

Un'analoga maggiore presenza di difficoltà riferibili a problemi sociali si trova nei soggetti con problematiche in ambito scolastico, il che sostiene l'ipotesi che la capacità di stabilire adeguate relazioni sociali sia correlata a un migliore adattamento alle richieste della scolarizzazione, a parità di altre variabili.

Anche la presenza di problemi di pensiero si associa a un peggior funzionamento scolastico del bambino epilettico, così come la presenza di problemi di attenzione. Ciò risulta prevedibile dal momento che l'attenzione risulta fondamentale per tutti i processi di apprendimento.

Si può affermare inoltre che la presenza di un disturbo della condotta, di problemi nella sfera affettiva e di un disturbo dell'apprendimento si correla a un peggiore funzionamento scolastico del bambino, il quale spesso necessita di essere seguito maggiormente rispetto ai coetanei (spesso con necessità di un insegnante di sostegno).

I bambini che hanno problemi scolastici sembrano manifestare maggiormente comportamenti ossessivo-compulsivi. Questo può indicare che il disturbo ossessivo compulsivo sia correlato a una peggiore performance scolastica, ma può essere vero anche il contrario, ossia che un miglior funzionamento scolastico risulti essere un fattore protettivo per il disturbo ossessivo-compulsivo.

Dai dati ottenuti si può affermare che in generale l'averne un ridotto funzionamento cognitivo si correla a un più elevato rischio di difficoltà di socializzazione, con l'eccezione dei soggetti con ritardo mentale profondo, rispetto ai quali forse prevale la riduzione dell'attesa di un possibile inserimento sociale del figlio da parte dei genitori.

Il ritardo mentale si correla inoltre a una più elevata prevalenza di disturbi del pensiero, con l'eccezione dei soggetti con ritardo mentale profondo, rispetto ai quali forse prevale la riduzione dell'attesa di un possibile funzionamento mentale del figlio da parte dei genitori. Stessa cosa può dirsi dei disturbi dell'attenzione e dei comportamenti di tipo "rule-breaking".

Per quanto riguarda i disturbi affettivi, si può affermare che in generale l'averne un ridotto funzionamento cognitivo si correla a una più elevata prevalenza di questi disturbi, anche in questo caso con l'eccezione dei soggetti con ritardo mentale profondo.

Nei bambini con un ritardo mentale lieve si riscontrano un maggior numero di disturbi somatici, rispetto a quelli con ritardo mentale medio, grave e profondo. Non esiste, tuttavia, alcun tipo di correlazione diretta o inversa significativa tra le due variabili. Si può affermare che, in generale, l'averne un ridotto funzionamento cognitivo si correla a una più elevata prevalenza di disturbi dell'apprendimento, con l'eccezione dei soggetti con ritardo mentale profondo la cui valutazione in questo ambito risulta difficoltosa.

Dai dati ottenuti emerge che la presenza di un elevato livello di disabilità porta più frequentemente il paziente a problemi di socializzazione, del pensiero e di attenzione.

Inoltre si riscontra più frequentemente un comportamento di tipo "esternalizzante" (aggressivo, della condotta e di tipo "rule-breaking") nei pazienti con livello di disabilità moderata rispetto a quelli con disabilità lieve. Si assiste a un declino di frequenza di questa problematica nei pazienti con un livello di disabilità grave, probabilmente a causa della marcata difficoltà nello svolgere anche le più semplici attività quotidiane e all'accettazione passiva delle regole imposte dal genitore.

Si osserva invece una maggior frequenza di disturbi affettivi nei pazienti con disabilità grave rispetto a quelli con disabilità moderata o lieve. Questo può essere dovuto alla totale dipendenza del paziente dalla figura genitoriale.

L'obiettività neurologica è stata valutata al fine di stabilire la possibile compromissione delle abilità del soggetto relativamente all'età. Un'obiettività neurologica patologica può portare a maggiori difficoltà di socializzazione per il paziente, presumibilmente per il maggior stigma che può crearsi se il difetto del soggetto è molto evidente.

Inoltre un soggetto con alterazioni neurologiche più gravi può sviluppare più frequentemente problemi del pensiero, ma anche problemi di attenzione e disturbi della sfera affettiva, nonché di sintomi di tipo ossessivo-compulsivo. È possibile che questo derivi

dall'interazione reciproca tra le difficoltà cognitive, spesso presenti nei pazienti neurologicamente più compromessi, e la necessità di una maggiore dipendenza dai genitori.

Il fatto che un bambino non sia adeguatamente autonomo rispetto alla sua età lo predispone maggiormente al ritiro, ai problemi affettivi e in particolare alla depressione, ma anche a sviluppare problemi sociali, disturbi del pensiero, problemi attentivi e dell'apprendimento.

Non sono state trovate associazioni e correlazioni significative tra la CBCL e la tipologia di crisi manifestate, il che sembra confermare come quest'ultima non sia l'elemento più significativo per lo sviluppo di disturbi psicopatologici.

Il fatto che il bambino abbia invece avuto uno stato di male correla invece significativamente con lo sviluppo di problemi di attenzione; si può ipotizzare che questo sia un effetto secondario della maggior gravità del quadro neurologico di questi bambini.

Il tipo di diagnosi epilettologica del paziente è una caratteristica importante da prendere in considerazione. La variabile Tipo di Diagnosi presenta un'associazione significativa con la sottoscala dei Problemi Sociali, nel senso che esistono differenze significative tra le diverse diagnosi e in particolare la capacità

di socializzazione appare meglio preservata nelle forme di tipo parziale idiopatico rispetto a tutte le altre (Tab. VI).

Per quanto riguarda l'assunzione di una terapia farmacologica, il significato della correlazione con una problematica di tipo depressivo, affettivo e di socializzazione è di difficile interpretazione. Da un lato, infatti, è possibile che il dover assumere una terapia determini una risposta psicopatologica di tipo internalizzante; dall'altro la terapia viene usualmente prescritta ai soggetti con forme più gravi, dunque come evidenziato dalle nostre analisi statistiche più a rischio di presentare problematiche psicopatologiche. I pazienti in terapia sviluppano, inoltre, più facilmente problemi di attenzione, anche se non è da questi dati possibile determinare se questo sia effetto negativo del farmaco o una conseguenza della patologia di base che ha richiesto il trattamento.

Per quanto riguarda il campione analizzato circa il 30% dei pazienti risulta avere una forma farmacoresistente.

Dai dati ottenuti emerge come la farmacoresistenza crei nel bambino maggiori difficoltà nell'interazione con i pari e con gli adulti, probabilmente anche per l'apprensione del genitore riguardo alla salute del piccolo e alla possibilità di avere crisi in qualsiasi

**TAB. VI.** Diagnosi epilettologica.

	<b>Gen. Sintom.</b>	<b>Gen. Idiop.</b>	<b>Parz. Idiopatiche</b>	<b>Parz. Sintomatiche</b>
Ritiro/Depressione	57,1 ± 6,1	59,4 ± 9,6	60,8 ± 11,6	54,6 ± 5,4
Problemi sociali	64,8 ± 7,9*	58,8 ± 8,2*	60,2 ± 7,9*	54,2 ± 4,3*
Problemi del pensiero	57,4 ± 7,9	56,7 ± 7,1	56,8 ± 8,8	51,6 ± 2,5
Problemi di attenzione	62,4 ± 6,4	59,6 ± 9,4	60,0 ± 10,8	54,2 ± 5,9
Comp. Trasgr. regole	54,8 ± 6,0	53,3 ± 4,5	53,4 ± 4,1	54,2 ± 5,6
Comp. aggressivo	56,8 ± 5,9	54,2 ± 5,9	56,6 ± 8,1	54,0 ± 5,8
Problemi internalizzanti	55,6 ± 7,0	57,5 ± 12,3	57,9 ± 12,0	51,3 ± 8,1
Problemi esternalizzanti	53,9 ± 10,2	49,8 ± 9,6	52,4 ± 9,6	50,5 ± 8,6
Disturbi affettivi	61,2 ± 4,9	59,0 ± 8,5	59,4 ± 8,4	54,2 ± 4,5
Disturbi somatici	55,5 ± 3,1	58,5 ± 9,1	58,2 ± 7,4	52,6 ± 3,8
Disturbo opp.-prov.	55,0 ± 5,7	54,0 ± 5,8	55,8 ± 6,5	53,6 ± 4,3
Disturbi condotta	53,0 ± 4,2	52,6 ± 4,6	52,8 ± 4,4	53,9 ± 5,5
Disturbi apprendim.	60,0 ± 7,2	57,6 ± 8,2	58,2 ± 8,8	53,9 ± 6,4
Disturbi oss.-comp.	54,9 ± 7,0	54,8 ± 6,6	55,6 ± 7,9	51,4 ± 2,0
Dist. stress post traum.	58,3 ± 5,7	59,8 ± 8,9	60,7 ± 9,2	54,9 ± 4,8

\* $p < 0,05$



**TAB. VII.** Correlazioni significative tra sottoscale della CBCL e variabili socio-demografiche e cliniche.

Sottoscala	Scuola	Rit, Ment,	Disabilità	Obb, Neur,	Autonomia	Terapia	Farmaco-resistenza	Insorgenza	Durata
Ritiro e depressione	-,26***				,22**	,22**			
Problemi sociali	-,43***	,47***	,44***	,31***	,52***	,22**	,23**	,22**	,30**
Problemi del pensiero	-,31***	,27**	,28**	,21**	,39***				,02**
Problemi di attenzione	-,37***	,42***	,39***	,25**	,42***	,25**	,21**		
Trasgressione delle regole									
Comp. aggressivo			,24**						
Problemi internalizzanti						,21**			
Problemi esternalizzanti			,24**						
Disturbi affettivi	-,28***	,30**	,26**	,23**	,37***	,28**			
Disturbi somatici									
Disturbo opp.-prov.									
Disturbo della condotta	-,22**								
Disturbi dell'apprendimento	-,28***	,21*				,21**			
Disturbo ossessivo compulsivo	-,23**			,23**	,25**				

\*  $p < ,05$ \*\*  $p < ,01$ \*\*\*  $p < ,001$ 

momento senza poterle controllare. In alternativa, si può considerare che tale situazione sia di solito correlata a una maggiore severità del quadro neurologico generale, che contribuirebbe a sua volta alle difficoltà psicopatologiche.

È stata riscontrata una correlazione significativa anche con i problemi di attenzione. Questo può indicare che il fatto di avere crisi non controllate dal farmaco riduce la capacità di concentrazione del bambino epilettico.

Il campione analizzato è equamente distribuito per sesso e fascia d'età e nessuna di queste due variabili risulta correlata alle sottoscale della CBCL. Questo fa concludere che non ci sono forti differenze fra maschi e femmine per quanto riguarda il rischio psicopatologico e questo vale anche per le diverse fasce d'età. L'età di insorgenza e la durata della malattia risultano correlate significativamente alla sottoscala Problemi Sociali della CBCL. L'età di insorgenza presenta una correlazione inversa, per cui quanto più precoce è l'insorgenza dell'epilessia, più si riscontrano problemi

sociali nel bambino. La durata ha invece una correlazione diretta, confermando che a una maggiore durata della malattia corrisponde un aumento dell'incidenza dei problemi sociali. È stata evidenziata infine una correlazione diretta tra la durata dell'epilessia e la presenza di problemi del pensiero come definiti alla CBCL.

È importante evidenziare che l'assenza di un gruppo di controllo rappresenta sicuramente un limite dello studio in questione, ma il riferimento a valori normativi accettati ne riduce fortemente l'impatto.

## CONCLUSIONI

Questo studio ha evidenziato che i soggetti affetti da epilessia in età pediatrica non mostrano, nel loro insieme, una costante presenza di psicopatologia per quanto rilevabile dai questionari CBCL compilati dai genitori.

Tuttavia, correlando le sottoscale della CBCL con alcune variabili rilevanti nella caratterizzazione del

paziente (come le difficoltà scolastiche, il ritardo mentale, la necessità di assistenza e l'obiettività neurologica positiva) si possono trarre delle considerazioni più specifiche. Ad esempio i pazienti con epilessia generalizzata sintomatica, che rientra nel profilo delle encefalopatie epilettiche, mostrano un quadro globalmente molto più grave, con associata una disabilità intellettiva e conseguenti difficoltà scolastiche e personali che necessitano di assistenza da parte della figura genitoriale. Questi soggetti assumono quasi sempre una politerapia e si dimostrano spesso essere farmacoresistenti. Tutte queste caratteristiche, sembrano essere correlate allo sviluppo di difficoltà psicopatologiche.

I tratti che sono stati più spesso rilevati sono principalmente di tipo internalizzante, come il ritiro e la depressione, i problemi di tipo sociale, quelli del pensiero. Molto rilevante è anche la presenza di un funzionamento di tipo ossessivo-compulsivo nei pazienti con autonomia non adeguata rispetto all'età. Un peso importante hanno anche i problemi di attenzione e dell'apprendimento, direttamente correlati con il ritardo mentale e con la necessità di un insegnante di sostegno. In alcuni casi sono stati evidenziati anche problemi di tipo esternalizzante, come il comportamento

oppositivo-provocatorio, la trasgressione sistematica delle regole e aspetti di aggressività agita; questi tratti sembrano particolarmente presenti nei bambini con un moderato livello di disabilità fisica.

Per quanto riguarda le caratteristiche direttamente collegate all'epilessia, come il tipo di crisi presentate dal bambino e il tipo di diagnosi, non si rilevano invece specifiche correlazioni con la psicopatologia, ad eccezione dei problemi di attenzione nei pazienti che hanno avuto almeno uno stato di male e problemi di socializzazione in quelli con diagnosi epilettologica che comporta una prognosi peggiore.

I dati ottenuti evidenziano come l'epilessia in sé non sia un fattore di rischio specifico per la psicopatologia, ma rappresenti un indicatore di richiamo per il clinico che dovrà verificare la presenza di problematiche di questo genere soprattutto in presenza di determinate condizioni.

Questo ultimo aspetto appare particolarmente rilevante nell'ottica di una presa in carico integrata del bambino e della sua famiglia, a sua volta sostenuta dalle evidenze che la presenza di disturbi neuropsichici di altra natura in soggetti epilettici rappresenti un importante indicatore di rischio rispetto alla possibilità di apprendimento scolastico <sup>19</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Hoare P. *Psychiatric disturbance in the families of epileptic children*. Dev med Child Neurol 1984;2:14-19.
- 2 Hartlage LC, Green JB, Offutt L. *Dependence in epileptic children*. Epilepsia 1972;13:27-30.
- 3 Austin, JK. *Childhood epilepsy: child adaptation and family resources*. J Child Adolesc Psychiatr Ment Health Nurs 1988;1:18-24.
- 4 Rodenburg R, Meijer AM, Dekovic M, et al. *Family factors and psychopathology in children with epilepsy: a literature review*. Epilepsy Behavior 2005;6:488-503.
- 5 Otero S. *Psychopathology and psychological adjustment in children and adolescents with epilepsy*. World Journal of Pediatrics 2009;5:12-17.
- 6 Beyenburg S, Mitchell AJ, Schmidt D, et al. *Anxiety in patients with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management*. Epilepsy Behav 2005;7:161-71.
- 7 Choi-Kwon S, Chung C, Kim H, et al. *Factors affecting the quality of life in patients with epilepsy in Seoul, South Korea*. Acta Neurol Scand 2003;108:428-34.
- 8 Depaulis A, Helfer V, Deransart C, et al. *Anxiogeniclike consequences in animal models of complex partial seizures*. Neurosci Bio Behav Rev 1997;21:767-74.
- 9 Baker GA, Spector S, McGrath Y, et al. *Impact of epilepsy in adolescence: a UK controlled study*. Epilepsy Behav 2005;6:556-62.
- 10 Caplan R, Siddarth P, Gurbani S, et al. *Depression and anxiety disorders in pediatric epilepsy*. Epilepsia 2005;46:720-30.
- 11 Ostrom KJ, Schouten A, Kruitwagen CL, et al; Dutch Study Group of Epilepsy in Childhood. *Parents' perceptions of adversity introduced by upheaval and uncertainty at the onset of childhood epilepsy*. Epilepsia 2001;42:1452-60.
- 12 Ostrom KJ, Schouten A, Kruitwagen CL, et al; Dutch Study Group of Epilepsy in Childhood. *Behavioral problems in children with newly diagnosed idiopathic or cryptogenic epilepsy attending normal schools are in majority not persistent*. Epilepsia 2003;44:97-106.

- <sup>13</sup> Ferrari M, Matthews WS, Barabas G. *The family and the child with epilepsy*. Fam Process 1983;22:53-9.
- <sup>14</sup> Hoare P. *Adults' attitudes to children with epilepsy: the use of a visual analogue scale questionnaire*. J Psychosom Res 1986;30:471-9.
- <sup>15</sup> Achenbach TM, Rescorla L. *Manual for the ASEBA School Age Forms & Profiles*. University of Vermont Research Center for Children Youth and Families: Burlington, VT 2001.
- <sup>16</sup> Gleissner U, Fritz NE, Von Lehe M, et al. *The validity of the Child Behavior Checklist for children with epilepsy*. Epilepsy and behavior 2008;12:276-80.
- <sup>17</sup> Sherman EM, Brooks BL, Fay-McClymont TB, et al. *Detecting epilepsy-related cognitive problems in clinically referred children with epilepsy: is the WISC-IV a useful tool?* Epilepsia 2012;53:1060-6.
- <sup>18</sup> Guerrini R. *Epilepsy in children*. Lancet 2006;367:499-524.
- <sup>19</sup> Berg AT, Caplan R, Baca CB, et al. *Adaptive behavior and later school achievement in children with early-onset epilepsy*. Dev Med Child Neurol 2013;55:661-7.

**CORRISPONDENZA**

Elisa Carlotta Salmin, via Mondino 2, 27100 Pavia - Tel. +39 0382 380280 - E-mail: [elisacarlotta.salmin01@universitadipavia.it](mailto:elisacarlotta.salmin01@universitadipavia.it)