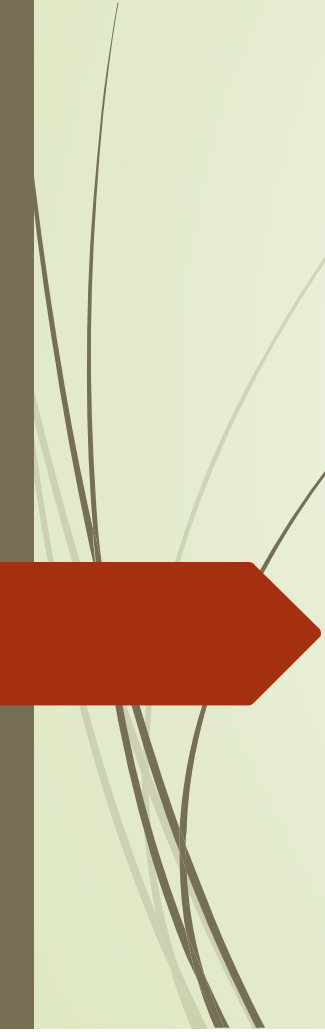




ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT) NEL CONTESTO DELL'EPILESSIA: UNA PANORAMICA SU TEORIA, RICERCA E APPLICAZIONI PRATICHE.



EPILESSIA E COMORBIDITA' PSICHIATRICA

- **L'epilessia** è un disturbo neurologico, caratterizzato da crisi ricorrenti e non provocate, derivanti da interruzioni temporanee dell'attività elettrica nel cervello. Le persone con epilessia presentano un rischio significativamente più elevato di sperimentare problemi di salute mentale, rispetto ai soggetti sani e agli individui con altri disturbi cronici come asma e diabete.

Le persone con epilessia hanno una maggiore probabilità di sviluppare disturbi come ad esempio ansia, depressione e una bassa autostima. Inoltre, sono stati osservati alti livelli di disoccupazione, tassi più bassi di matrimonio e un maggiore isolamento sociale negli adulti con epilessia rispetto ad altri soggetti senza questo disturbo.

Tre gruppi di variabili che possono contribuire alla comprensione dell'impatto che l'epilessia può avere sulla psiche del paziente:

- variabili psicosociali come ad esempio la paura di avere un'altra crisi, lo stigma percepito e la discriminazione
- il livello di adattamento alla diagnosi, altri eventi di vita e il livello di supporto sociale
- variabili neuroepilettiche come ad esempio l'età di insorgenza, la durata dell'epilessia, il tipo di crisi epilettiche e la sua gravità
- variabili farmacologiche il tipo di farmaco e la quantità.

Disturbi d'ansia specifici legati alle crisi epilettiche.

- La prevalenza dei disturbi d'ansia negli adulti con epilessia varia da 11-50%
- Le persone con epilessia che hanno in comorbidità un disturbo d'ansia mostrano caratteristiche specifiche, che possono essere considerate diverse da quelle dei disturbi d'ansia descritti dal DSM-5. Ad esempio è frequente che questi pz soffrano di Disturbo d'Ansia Generalizzato, ma i pensieri ansiosi, le preoccupazioni spesso riguardano i sintomi epilettici e le loro conseguenze.
- **Classificazione dei disturbi d'ansia nell'epilessia**
- **1 – Ansia anticipatoria della crisi epilettica (AAS)** che viene descritta come una paura persistente quotidiana, terrore o preoccupazione eccessiva di avere una crisi epilettica.
- **2 – Fobia della crisi.** Questa paura è associata a pensieri e comportamenti evitanti riguardo specifiche circostanze, spazi o situazioni dove hanno già sperimentato una crisi o dove altre crisi potrebbero verificarsi (ad esempio mancanza di sonno, dose mancata del farmaco antiepilettico) che potrebbero interferire con la vita quotidiana (ad esempio prestare un'eccessiva attenzione alla qualità del sonno o all'orario in cui si deve assumere il farmaco).

Classificazione dei disturbi d'ansia nei pazienti con epilessia

- 3 – Fobia sociale epilettica viene descritta come un'eccessiva paura di essere visti dagli altri specificamente durante una crisi che può interferire con la vita quotidiana.
- 4 – Disturbo di panico epilettico: si tratta di un disturbo di panico associato ad agorafobia. Molti pazienti con epilessia focale farmacoresistente che sperimentano una forte ansia anticipatoria di una crisi potrebbero sviluppare un'ansia parossistica ricorrente, che in seguito interpreteranno i sintomi ansiosi come sintomi dell'inizio di una crisi epilettica. Ad esempio nell'Epilessia del Lobo Temporale è difficile fare la differenza tra un attacco di panico e l'inizio di una crisi epilettica in quanto i pazienti presentano sintomi di ansia anticipatoria in entrambe le situazioni ed è spesso associata all'agorafobia, che risulta in una combinazione molto disabilitante.

Disturbi depressivi nei bambini e adolescenti con epilessia

- la prevalenza di depressione riportata negli adolescenti con epilessia varia tra l'8 e il 35%. La prevalenza della depressione nei bambini è dell'1-2%, aumentando al 3-8% negli adolescenti e entro la fine dell'adolescenza circa 1 adolescente su 5 avrà sperimentato almeno un episodio depressivo.
- Come nel caso dei disturbi d'ansia, possono presentarsi tutti i disturbi depressivi descritti nel DSM-5, ma anche in questo caso le preoccupazioni riguardano i sintomi epilettici. Tuttavia, negli studi sui adolescenti con epilessia, non sono state solitamente fatte distinzioni tra i diversi tipi di disturbi depressivi.
- I sintomi includono un ampio ed eterogeneo spettro di condizioni che condividono caratteristiche e sintomi distintivi come tristezza, irritabilità, diminuzione della motivazione o degli interessi, affaticamento, ritiro sociale, disperazione, anedonia, alterazioni dell'appetito e del peso e disturbi del sonno persistenti e pervasivi quasi tutti i giorni per almeno 2 settimane. Negli adolescenti, altri possibili sintomi includono agitazione psicomotoria, comportamenti regressivi (ad esempio, ansia da separazione), sintomi vegetativi e somatici (ad esempio, mal di stomaco, letargia), difficoltà a pensare, concentrarsi o prendere decisioni, pensieri ricorrenti di morte o ideazione, piani o tentativi suicidari e un aumentato rischio di abuso di sostanze.

L'impatto psicologico dell'epilessia.

- La relazione tra epilessia, ansia e depressione è complessa e potenzialmente bidirezionale, il che suggerisce una fisiopatologia sottostante comune tra queste condizioni.
- L'incertezza e l'imprevedibilità delle crisi, soprattutto all'esordio e alla diagnosi dell'epilessia o in caso di scarso controllo delle crisi con farmaci antiepilettici (FAE) possono generare disturbi depressivi. Altri fattori includono lo stigma e l'impatto psicosociale negativo che l'epilessia comporta, ad esempio a causa della riduzione delle relazioni sociali con i coetanei e degli impegni, nonché di programmi educativi inferiori e di scarsi risultati accademici, della necessità di supervisione in circostanze particolari, di specifiche restrizioni.
- D'altra parte fattori neurobiologici comuni possono predisporre sia all'epilessia che a disturbi psichiatrici tra cui l'iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e alterazioni nell'equilibrio tra rilascio e ricaptazione di neurotrasmettitori eccitatori e inibitori come glutammato e acido γ -amminobutirrico. Queste alterazioni sono state riscontrate sia nell'epilessia che nei disturbi psichiatrici e potrebbero anche causare alterazioni strutturali corticali, tra cui la riduzione del volume dell'ippocampo e dei lobi frontali.
- La mancata individuazione e cura dell'umore depresso, potrebbe portare a diverse implicazioni negative, come un aumento del rischio di ideazione o comportamento suicidario, una scarsa qualità della vita, una scarsa aderenza alla terapia con farmaci antiepilettici e, di conseguenza, un aumento del rischio di recidiva delle crisi

Psicoterapia dei disturbi psichiatrici nei pazienti epilettici.

- Le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence del Regno Unito (NICE) raccomanda la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) breve (8 sessioni) come terapia di elezione per ansia e depressione in soggetti con patologie croniche.
- Varie ricerche suggeriscono che la CBT non sia una terapia molto efficace per i pazienti con epilessia per vari motivi, due dei quali: 1) il numero limitato delle sessioni (8), 2) le ipotesi sul disagio alla base della CBT, in quanto i pensieri e le preoccupazioni che le persone con epilessia affermano di provare possono essere realistici (ad esempio, "le mie crisi possono verificarsi in qualsiasi momento", "i miei farmaci hanno effetti collaterali", "la società mi tratta in modo diverso" e "l'epilessia mette a dura prova la mia famiglia"). Identificare e cercare di modificare questi pensieri potrebbe quindi offrire scarso sollievo alla PWE. Potrebbe quindi essere giustificata la valutazione di approcci psicoterapeutici alternativi, in particolare quelli che non considerano i pensieri disfunzionali come centrali nello sviluppo o nel mantenimento del disagio.

Fondamenti teorici dell'ACT

Molti modelli in psicologia sono basati su una filosofia meccanicistica secondo i quali ricordi, pensieri, emozioni, sensazioni sono problematici, disfunzionali o patologici che necessitano di essere rimpiazzati o rimossi.

- Nell'ACT l'atteggiamento è molto diverso. Lo scopo dell'ACT non è quello di ridurre o eliminare i sintomi, ma lo scopo è quello di trasformare la relazione che il paziente ha con i suoi pensieri e le sue emozioni, in modo che non li percepisca più come sintomi.
- L'ACT ipotizza che alla base della sofferenza umana ci siano 2 processi fondamentali: fusione cognitiva e l'evitamento esperienziale
- In uno stato di fusione cognitiva un pensiero può sembrare come la verità assoluta, una regola a cui si deve obbedire, una minaccia di cui ci si deve sbarazzare il prima possibile, qualcosa che sta succedendo qui ed ora anche se si riferisce al passato o al futuro, qualcosa di molto importante che richiede tutta l'attenzione.
- L'evitamento esperienziale significa tentare di evitare, sbarazzarsi, sopprimere o fuggire dalle esperienze private indesiderate (pensieri, emozioni, ricordi, immagini, bisogni, e sensazioni).
- La flessibilità psicologica è la capacità di essere nel momento presente con piena consapevolezza e apertura all'esperienza e di intraprendere azioni guidate dai nostri valori.

I sei processi fondamentali dell'ACT

- Nel modello ACT la sofferenza generata dalla fusione cognitiva e dall'evitamento esperienziale viene alleviata attraverso 6 processi terapeutici interconnessi che promuovono la flessibilità psicologica.
- I sei processi dell'ACT
- Accettazione: permettere che pensieri ed emozioni spiacevoli siano presenti senza tentare di evitarli o controllarli
- Defusione cognitiva: separare i pensieri dai fatti, vedendoli come semplici eventi mentali e non come verità assolute
- Contatto con il momento presente (Mindfulness): portare un'attenzione consapevole al momento presente, con apertura e curiosità
- Sé come contesto: riconoscere di essere più dei propri pensieri e sentimenti, sviluppando una prospettiva da osservatore
- Valori: chiarire cosa è veramente importante nella vita,
- Azione impegnata: intraprendere azioni concrete e coerenti con i propri valori, anche di fronte a ostacoli.
- Attraverso questi sei processi terapeutici, il terapeuta è in grado di aiutare i pazienti a ridurre l'evitamento esperienziale e di accettare che i loro pensieri, emozioni e sensazioni indesiderati sono risposte appropriate a determinate situazioni che non dovrebbero impedire loro di vivere una vita ricca, piena e significativa.

Efficacia dell'ACT nell'epilessia

- La ricerca sull'efficacia dell'ACT per le persone con epilessia, sebbene ancora in crescita, ha fornito risultati incoraggianti. Diversi studi hanno dimostrato che l'ACT può migliorare significativamente la qualità della vita, ridurre i sintomi di ansia e depressione e persino influenzare positivamente il controllo delle crisi.
- Uno dei primi e più citati studi è stato un trial controllato randomizzato (RCT) condotto da Lundgren e colleghi (2006) in Sud Africa. Lo studio ha coinvolto 27 pazienti con epilessia farmaco-resistente, confrontando un breve intervento di ACT (9 ore totali) con una terapia di supporto. I risultati hanno mostrato effetti significativi per il gruppo ACT su tutte le misure di outcome, tra cui una riduzione dell'indice di crisi (frequenza × durata) e un miglioramento della qualità della vita, con benefici mantenuti a 6 e 12 mesi di follow-up.
- Successivamente, Lundgren et al. (2008) hanno confrontato l'ACT con lo yoga in un altro RCT su pazienti con epilessia farmaco-resistente. Entrambi i trattamenti si sono dimostrati efficaci nel ridurre la frequenza delle crisi e migliorare la qualità della vita. Tuttavia, l'ACT ha prodotto una riduzione significativamente maggiore dell'indice di crisi rispetto allo yoga, suggerendo che i meccanismi specifici dell'ACT, come l'aumento della flessibilità psicologica, possano avere un impatto diretto anche sugli aspetti fisiologici della malattia.
- Uno studio più recente di Dewhurst et al. (2015) ha valutato l'implementazione di un servizio basato sull'ACT all'interno del sistema sanitario nazionale britannico (NHS). Questa valutazione prospettica ha rilevato effetti positivi da medi a grandi su depressione, ansia, qualità della vita, autostima e adattamento socio-lavorativo, con benefici mantenuti a 6 mesi. Lo studio ha anche suggerito che l'intervento è probabilmente cost-effective, un fattore cruciale per l'integrazione nei servizi sanitari pubblici.
- Infine, uno studio di Batchelor et al. (2025) ha esplorato l'efficacia dell'ACT per la depressione in adolescenti con epilessia. Un intervento di gruppo di 8 sessioni ha portato a riduzioni significative dei sintomi depressivi, con il 77,8% dei partecipanti che non soddisfaceva più i criteri clinici per la depressione al termine del trattamento e al follow-up di 6 mesi. Questo studio, sebbene preliminare, evidenzia il potenziale dell'ACT anche per la popolazione più giovane.

Implicazioni per la pratica clinica

L'ACT può essere implementato in diversi formati, inclusi interventi individuali, di gruppo e persino modalità di auto-aiuto guidato o online, aumentando l'accessibilità per i pazienti. I clinici possono utilizzare i principi dell'ACT per aiutare i pazienti a:

- Gestire l'ansia anticipatoria: Insegnare ai pazienti a notare e accettare la paura di una crisi imminente senza lasciare che questa paralizzi la loro vita quotidiana.
- Affrontare la stigmatizzazione: Lavorare sulla defusione da pensieri negativi legati alla percezione sociale dell'epilessia e impegnarsi in attività sociali di valore.
- Migliorare l'aderenza terapeutica: Collegare l'assunzione regolare dei farmaci ai valori personali del paziente (es. "prendermi cura della mia salute per essere presente per la mia famiglia").
- Ridurre l'impatto dei trigger psicologici: Lo stress e l'ansia sono trigger noti per le crisi. Le tecniche di mindfulness e accettazione possono ridurre la reattività fisiologica allo stress.

L'approccio transdiagnostico dell'ACT lo rende particolarmente adatto a gestire la complessa interazione di sintomi fisici e psicologici presenti nell'epilessia.