

A.M. Napoli

CASE REPORT

ATTI DEL XXVI CONGRESSO DI MEDICINA BIOLOGICA  
– LOW DOSE MEDICINE –

UPDATE RESEARCH – SAFE THERAPY – Milano, 26 Maggio 2012 - SESSIONE POSTER



## EPILESSIA... O TRAUMA PSICHICO. MIOCLONIE NON RESPONSIVE ALLA TERAPIA ANTI-CONVULSIVANTE ASSOCIATE AD "ASSENZE" IN PAZIENTE AFFETTO DA EPILESSIA POST-TRAUMATICA RISOLTE CON L'ASSOCIAZIONE DELLA TERAPIA OMOTOSSICOLOGICA, OMEOPATICA ED EMOZIONALE

### SCOPO DELLA TERAPIA

Dimostrazione che la terapia combinata omotossicologica, omeopatica ed emozionale (Fiori di Bach e stimolazione neuro-psico-emozionale) è in grado di risolvere sintomi non controllati dalla terapia antiepilettica.

### PAZIENTE E METODI

#### Paziente

A.G., 35 anni, affetto da **epilessia post-traumatica**.

– All'età di 18 anni (luglio 1994) grave trauma cranico con ematoma sottodurale temporo-parietale sinistro, extra durale parietale destro e focolai lacero-contusivi multipli, protratto stato di coma e successivo lento recupero della coscienza e delle funzioni respiratorie e cognitive.

#### **Relazione psicologica e psicomotoria** (dicembre 1995)

A.G. ha sostenuto nei mesi scorsi tre colloqui con la psicologa durante i quali non è stato possibile somministrare alcun tipo di test, a causa del-

l'indisponibilità del paziente ad essere sottoposto ad un qualsiasi esame.

– Dall'indagine si è rilevata la presenza di una visione persecutoria della realtà che lo portava a pensare di non essere compreso dai professori, essere trattato dai genitori come se fosse ancora malato e dai medici dell'ospedale come se fosse handicappato; inoltre viveva come pericolosa la ripresa degli allenamenti di calcio per il rischio di eventuali colpi al capo, temeva per la propria incolumità nel futuro servizio militare e di non essere in grado di affrontare il mondo del lavoro.

Nel corso degli incontri A.G. ha raccontato le proprie fantasie, anch'esse persecutorie, riguardanti il coma e il risveglio, fantasie in cui egli si sentiva attaccato, morso, toccato violentemente da animali di ogni tipo (cani, pesci, uccelli) da cui tentava di difendersi.

Si è rilevato che il paziente aveva un orientamento spazio-temporale pressoché normale, soprattutto in situazioni e luoghi noti o nello svolgimento delle attività automatiche.

Le prassie e tutte le attività superiori erano conservate ma caratterizzate da un rallentamento nell'ideazione della sequenza di atti o di pensieri necessari al conseguimento di un risultato.

– Le cause sembravano risiedere innanzitutto nella difficoltà di *ripescaggio* dalla memoria e di mantenimento in essa di una serie di nuovi dati; inoltre, dall'incoerenza di organizzazione dei dati a disposizione e dall'incapaci-



tà di controllo dell'ansia scatenata dal timore di fallire e di non fare "bella figura".

A.G. presentava quindi un esame di realtà carente e, come meccanismo di difesa, una sorta di ritiro narcisistico dalla realtà stessa (per esempio, si compiaceva di se stesso, della propria autonomia e della capacità di recupero veloce dopo l'incidente, della comprensione lucida di tutti i problemi che lo toccavano, della differenza palese tra le proprie capacità di agire e quelle nettamente inferiori degli altri).

– Dopo un consulto con altri professionisti si è ritenuto indispensabile iniziare una riabilitazione di tipo neuro-psicologico e prendere contatti con la scuola, allo scopo di riuscire ad evitare una dichiarazione di handicap che non avrebbe sicuramente giovato al paziente e che il paziente non avrebbe potuto sostenere psicologicamente.

Al termine dell'anno scolastico 1994-1995, A.G. è stato respinto ed i genitori hanno deciso di fargli frequentare un altro liceo scientifico.

– A novembre 1995 i nuovi professori si sono trovati in difficoltà nel valutare il ragazzo, a causa della sua evidente incapacità a seguire un tipo di studio complesso.

Sempre nel mese di novembre la psicologa rivede A.G. e, in questa occasione, riesce a somministrargli un test di intelligenza (WAIS) che conferma i dati rilevati durante i colloqui: A.G. affronta il test e la realtà con un'alta dose di ansia, poco controllata, che incide negativamente sullo svolgimento delle prove; la capacità di concentrazione è carente, l'organizzazione percettiva, nonostante il miglioramento ottenuto grazie alla rieducazione, è ancora problematica, le funzioni di astrazione simbolica sono compromesse, il pensiero tende a destrutturarsi frequentemente per la fatica.

L'esame di realtà non è ancora del tutto efficace.

Il test di livello ha rilevato un Q.I. di 87 (Q.I. verbale = 92; Q.I. non verbale = 82).

Alla luce dei nuovi dati è possibile concludere, concordando con gli insegnanti, che A.G. non è in grado di frequentare il liceo scientifico e che sarebbe stato meglio per il ragazzo non andare incontro ad una nuova serie di frustrazioni (interrogazioni, compiti in classe, inevitabile bocciatura).

Per potergli permettere il recupero di una realistica immagine di sé e ricevere qualche importante gratificazione dalla realtà sarebbe stato utile ritrarlo dal liceo per inserirlo in una scuola più adatta alle sue attuali capacità o nel mondo del lavoro.

– All'età di 19 anni (marzo 1996, quasi due anni dopo l'incidente): primo episodio di **crisi convulsiva** in esiti di lesioni multiple da trauma cranico, mentre giocava a calcio.

Ai test neuro-psicologici emergeva discreto deficit di memoria verbale a lungo termine e lieve compromissione frontale. Trattandosi di prima crisi epilettica, pur sintomatica di lesioni cerebrali multiple, d'accordo con i familiari, si attende per l'avvio della terapia specifica.

### Valutazione neuropsicologica

(dicembre 1996)

Dietro un atteggiamento di "rassegnazione" alla valutazione delle proprie capacità cognitive, il paziente evidenzia chiari segni di ansia e vissuti persecutori nei confronti dell'ambiente medico, psicologico e della scuola.

Oscilla frequentemente tra un atteggiamento "maniacale" di sopravvalutazione delle proprie capacità e disprezzo degli altri ad un atteggiamento "dipendente", con notevole bisogno di rassicurazione sull'adeguatezza delle risposte.

La forte ansia, la rabbia, gli atteggiamenti maniacali ed i vissuti persecutori (si sente aggirato e vittima di complotti) caratterizzano fortemente la seduta di valutazione.

Sembra notevolmente turbato dalla netta rottura che l'incidente ha comportato sia per sé sia per l'ambiente che lo circonda: non è più lo stesso di prima, nè l'ambiente sembra disposto a considerarlo tale.

Il trauma intervenuto nel momento evolutivo di costruzione della propria identità ha forzato il paziente ad un'inaccettabile integrazione di un'identità di handicappato.

Palese e frequente è il tentativo di negare ogni difficoltà ed ogni possibile danno permanente (l'incidente è stato rimosso!) Al contrario l'incidente in questo diniego, diviene a volte la "prova" della sua superiorità, del suo valore rispetto agli altri. L'ambiente medico, la famiglia e la scuola sono vissuti come persecutori nella misura in cui possono affermare o rinforzare questa sua identità di malato, di inadeguato, di deficitario.

Parla in modo concitato; il lessico risulta spesso difficile da capire: sembra dare per scontato che l'interlocutore condivida con lui moltissime informazioni e che non necessiti di una spiegazione degli avvenimenti o dei significati gergali di alcune sue espressioni; le richieste di chiarimento vengono vissute come minacciose e sospette.

Si sottopone alle diverse prove senza opporre rifiuti espliciti anche se cerca di ridurre al massimo il tempo ed il numero dei test.

Emerge una certa difficoltà a capire le consegne dei test; è difficile valutare in che misura ciò dipenda dall'ansia, da una specifica difficoltà di linguaggio, da una ridotta capacità di memoria o da limitate risorse attentive.

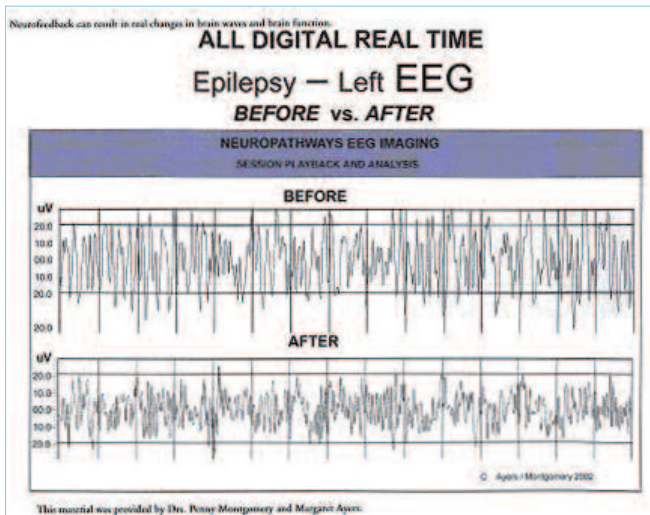
Dopo la somministrazione delle prove di memoria, di memoria verbale e di linguaggio, la prestazione alle diverse prove risultava generalmente carente.

Le crisi comiziali del tipo "grande male" si sono ripetute molte volte per cui è stato necessario avviare una terapia specifica con **acido valproico**.

### Valutazione neuropsicologica

(giugno 2003)

A livello di interazione con i test somministrati il paziente manifesta un profondo disagio emotivo che pare reattivo alle conseguenze ed alle modificazioni fisiche e – soprattutto – psicologiche comparse a seguito dell'incidente oc-



corsogli. La collaborazione prestata nel corso della valutazione è apparsa complessivamente appropriata, sebbene in alcuni momenti si siano avvertiti spunti di irritabilità.

Successivamente la terapia ha necessitato dell'associazione di *carbamazepina* e *fenobarbitale*.

Dal 2005 al 2009 il pz. è stato libero da crisi (in terapia con *carbamazepina* a rilascio modificato).

A febbraio 2010 si sono verificate 2 crisi convulsive non preavvertite.

È stato dunque inserito il *levetiracetam*.

Tuttavia, ad aprile 2010 è occorso un altro episodio convulsivo preceduto da una pseudoassenza protratta.

Ad agosto 2010 si sono verificati 2 episodi di assenza con movimenti degli arti; il pz. riferisce inoltre un cambiamento del carattere caratterizzato da maggiore irritabilità e ridotta capacità di concentrazione, da quando ha aumentato la dose di *levetiracetam*.

– Si decide di associare alla *carbamazepina* l'*acido valproico*. Nonostante tutto persistono brevi episodi di assenza: si decide di aumentare gradualmente la terapia con *acido valproico* senza risoluzione della sintomatologia.

## Metodi

**Selenium compositum N**, 1 fiala, 3 volte alla settimana

**Selenium -Homaccord®**, 1 fiala, 3 volte alla settimana

**Arnica 1000 CH**

**Fiori di Bach.**

Successivamente:

**Selenium compositum N**, 1 fiala, 1 volta alla settimana

**Selenium -Homaccord®**, 1 fiala, 1 volta alla settimana

**Galium-Heel®**, 1 fiala, 1 volta alla settimana

**Solidago compositum s**, 1 fiala, 1 volta alla settimana

**Ignatia 200 CH**

**Fiori di Bach**

Stimolazione Neuro-Psico-Emozionale.

## RISULTATI

I risultati sono stati soddisfacenti già dopo il primo mese di terapia: il pz. ha evidenziato – anzitutto – una regressione importante delle assenze e delle mioclonie che interessavano prevalentemente gli arti superiori.

Dopo il secondo mese di terapia il pz. non ha mostrato alcun episodio di assenza ed alcuna mioclonia.

– La capacità di attenzione è migliorata notevolmente: è più tranquillo, è sempre di buon umore (cosa che non accadeva dal momento dell'incidente), ha maggior autostima ed è più propositivo per la ricerca di un lavoro che lo gratifichi.

## CONCLUSIONI

Spesso il trauma psichico concomitante un trauma fisico tende a drammatizzare il vissuto di una persona, poichè questa realizza, soffrendone enormemente, che la società non la considererà più "normale".

– La terapia combinata omeopatica, omeopatica ed emozionale che A.G. sta eseguendo deve proseguire.

Con i futuri controlli sarebbe utile valutare nel tempo l'opportunità di modificare la terapia per l'epilessia. ■

## Letteratura

Fois A. – Crisi epilettiche e pseudocrisi in età evolutiva - Editore: Cantagalli. **2012**.  
 D'Amico R. – Vivere con l'epilessia. Aspetti clinici, psicologici e culturali - Franco Angeli. **2010**.

Iudice A. – Cognitività, psicologia e psicopatologia in epilessia - Primula multimedia. **2006**.

Prontuario Heel: Ordinatio Antihomotoxica et Materia Medica, **2010**.

Capello L.P. – Massaggio curativo e cure integrate - Tecniche Nuove. **2003**.

Bianchi I. – Repertorio Omeopatico-Omotossicologico. Materia Medica Omotossicologica - Guna Editore, **1993**.

## Riferimento bibliografico

NAPOLI A.M. – Epilessia... o trauma psichico. Mioclonie non responsive alla terapia anti-convulsivante associate ad "assenze" in paziente affetto da epilessia post-traumatica risolte con l'associazione della terapia omotossicologica, omeopatica ed emozionale.

La Med. Biol., **2012/4**; 67-9.

## autore

**D.ssa Anna Maria Napoli**

– Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio

– Presidente di AMMOI (Associazione Medici e Medichine Olistiche Italiana)

– Medico Esperto in Omeopatia, Omotossicologia e Discipline Integrate

Via Kramer, 13

I – 20129 Milano