



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

*Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)*





# SOMMARIO

Anno XXXII • n. 2 • luglio – dicembre

## PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

**Fondata e Diretta da:**  
Alberto Giannelli

**Comitato di Direzione:**  
Massimo Rabboni (Bergamo)  
Massimo Clerici (Monza)

**Comitato Scientifico:**  
Claudio Mencacci (Milano, MI)  
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)  
Giorgio Cerati (Legnano)  
Emilio Sacchetti (Brescia)  
Silvio Scarone (Milano)  
Gian Carlo Cerveri (Milano)  
Arcadio Erlicher (Milano)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)  
Giuseppe Biffi (Milano)  
Mario Ballantini (Sondrio)  
Franco Spinogatti (Cremona)  
Costanzo Gala (Milano)  
Gabriella Ba (Milano)  
Cinzia Bressi (Milano)  
Claudio Cetti (Como)  
Giuseppe De Paoli (Pavia)  
Nicola Poloni (Varese)  
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)  
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)  
Andrea Materzanani (Iseo, BS)  
Alessandro Grecchi (Varese)  
Francesco Bartoli (Monza)  
Lucia Volonteri (Milano)  
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

**Segreteria di Direzione:**  
Giancarlo Cerveri

**Art Director:**  
Paperplane snc

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori**

### COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

**EDITORE:**  
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 - 24127 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

### IN PRIMO PIANO

**3** La vita inospitale  
di Giannelli A.

**17** Neuroscienze e psichiatria: quali relazioni?  
di Borgna E.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

**22** "Houston, we've had a problem": la rappresentazione femminile nei contesti formativi psichiatrici  
di Gesi C., Cerveri G., Carmassi C., Zanalda E., Merzagora F., Migliarese G., Carpita B., Mencacci C., Dell'Osso L.

**32** Servizi psichiatrici e servizi per le dipendenze  
Riflessioni sull'integrazione necessaria  
di Ballantini M.

**36** L'epistemologia freudiana: dal Progetto a L'interpretazione dei sogni  
Sull'essenza della psicoanalisi  
di Barbarossa M.

**44** Un Protocollo Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) interaziendale, tra pubblico e privato, per i disturbi del comportamento alimentare  
di Cozzaglio P., Greppo S., Cesena A., Mascheroni A., Tamburelli B.

**52** La suicidalità nei servizi territoriali di un grande ospedale metropolitano  
Studio descrittivo retrospettivo  
di Porcellana M., Morganti C., Giacometti M., Lopes C., Maggioni S., Malagoli M., Martucci M., Papasidero J., Turturiello C., Percudani M.

**56** La tossicità comportamentale dell'uso in cronico di farmaci antiepilettici  
di Toscano M.

**62** Programma Innovativo Prevenzione e cura dei disturbi psichici per il periodo perinatale  
di Brenna V., Cauli G., Corbani I., Corno F., Fisogni A., Gozzini C., Grecchi A., Iapichino E., Pari E., Piccinini G., Puzzini A., Quartieri B. M., Scovazzi P., Valentini G., Mazza U., Percudani E.M., Toscano M., Vergani L.

### PSICHIATRIA FORENSE

**70** Secondo la corte costituzionali in alcuni casi non è punibile l'aiuto al suicidio  
Come può essere coinvolto lo psichiatra?  
di Mantovani R.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

## PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)

# La tossicità comportamentale dell'uso in cronico di farmaci antiepilettici

Marco Toscano

## INTRODUZIONE

La pratica clinica quotidiana richiede che lo psichiatra debba intervenire su pazienti affetti da patologia organica, in trattamento antiepilettico, per i quali è necessario valutare il possibile impiego di farmaci antidepressivi o antipsicotici. Talvolta la necessità di trattamento psichiatrico sembra essere insorta dopo lo switch tra farmaci antiepilettici, evento questo che richiede di capire se la patologia psichiatrica possa avere una componente iatrogena. In particolare questo lavoro si concentra sugli effetti collaterali di natura psichiatrica e comportamentale che, alcune molecole antiepilettiche più di altre, possono determinare quando usate in cronico, tanto da far sorgere il quesito se si debba procedere alla sospensione del farmaco antiepilettico. Mentre gli effetti collaterali del Fenobarbitale, del Valproato, della Carbamazepina e della Lamotrigina sono oramai ben noti allo psichiatra che sa riconoscerli e trattarli, per altre molecole – come ad es. il Levetiracetam e la Zonisamide – le conoscenze dello psichiatra sono lacunose perché farmaci di impiego

esclusivamente epilettologico e/o di recente immissione sul mercato.

## SINTOMI PSICHIATRICI E COMPORTAMENTALI NELL'EPILESSIA

La presenza di disturbi psichiatrici nella popolazione epilettica è maggiore rispetto a quanto riscontrato nella popolazione generale o in sottopopolazioni di pazienti affetti da disturbi respiratori o cardiovascolari. Una review sull'argomento ha messo in evidenza che il 30% dei nuovi casi di epilessia ed il 50% delle forme resistenti al trattamento è gravata da disordini psichici (Lin, 2012). Le comorbidità psichiatriche si dividono in *peri-ictali*, che solitamente risolvono con il miglioramento del quadro epilettico, e *inter-ictali*, meno marcate e più fugaci rispetto alle prime ma talvolta, in alcuni soggetti, persistenti (Hamad, 2011). In *Tabella 1* vengono riportati i più comuni disturbi psichiatrici associati ad epilessia e la rispettiva prevalenza.

Anche il comportamento aggressivo è un riscontro comune (4.8–50%) rispetto alla popolazione generale e può assumere la forma di episodico discontrollo dell'impulso, indipendente dall'attività ictale, oppure essere associato ad una manifestazione psichiatrica maggiore.

I fattori di rischio correlati all'insorgenza di comorbidità psichiatriche e comportamentali sono di diversa

Tabella 1 – Prevalenza delle diverse comorbidità psichiatriche inter-ictali con l'epilessia (Hamad, 2011)

	Popolazione epilettica	Popolazione generale
Disordini depressivi	17.4–80%	1.5–19%
Mania, ipomania e disturbo bipolare	3.03–8.25%	0.3–1.5%
Ansia	19–66%	19.6%
Disturbo Ossessivo-Compulsivo	14–22%	2–13%
Disturbo da deficit attentivo con iperattività	30–40%	15%
Tratti e Disturbi di Personalità	21.15%	5.9–13.4%
Psicosi	6–10%	1–7%
Suicidio	13–25%	1.4–6.9%

natura e spesso coesistenti:

- a. *psicosociale* (l'adattamento globale del paziente è più importante della frequenza e gravità delle crisi);
- b. *clinica* (causa dell'epilessia e tipologia delle crisi, durata dell'aura, lateralizzazione dei foci, sede di insorgenza, etc);
- c. *biologica* (disfunzioni neurotrasmettitoriali, vulnerabilità ai disturbi psichiatrici, personalità premorbose, abuso di sostanze, etc.);
- d. *farmacologica*.

Un discorso a parte merita la cosiddetta Normalizzazione Forzata, descritta da Landolt il secolo scorso e ridefinita da Tellebach come Psicosi Alternante, che si caratterizza per l'alternarsi di anomalie comportamentali (psicosi 70%; disordini dell'umore 30%) e fluttuazioni del disturbo elettrico in una relazione di mutua esclusione. Le manifestazioni psicotiche, la cui genesi permane oscura, possono manifestarsi spontaneamente con la normalizzazione del quadro elettrico e la risoluzione delle crisi oppure essere indotte da farmaci antiepilettici, il che pone quindi un rilevante problema di diagnosi differenziale (Calle-lopez, 2019).

### MECCANISMI DI AZIONE DEGLI AEDS

I farmaci antiepilettici agiscono secondo meccanismi diversi, talvolta molteplici, e non sempre completamente noti. Attualmente una possibile classificazione tiene conto dell'azione neurorecettoriale predominante (Calle-lopez, 2019):

1. Farmaci Sedativi ad azione GABAergica: Fenobarbitale, Primidione, Acido Valproico, Gabapentin, Tiagabina, Vigabatrin e Pregabalin
2. Farmaci attivanti ad azione antiglutammatergica: Felbamato e Topiramato
3. Farmaci ad azione serotoninergica, catecolaminergica o sconosciuta: Carbamazepina, Oxcarbazepina, Acido Valproico, Lamotrigina e Zonisamide
4. Farmaci ad azione psicotropa sconosciuta: Fenitoina, Etosuccimide e Levetiracetam

Questa classificazione ha un valore clinico limitato, considera

principalmente l'effetto psicotropo e gli effetti collaterali delle molecole stesse, e non prende in esame l'azione sui canali del Calcio e del Sodio nonché gli eventuali effetti di trasduzione del segnale peraltro da tempo descritti in letteratura (Stahl, 2013)

### EFFETTI COLLATERALI DEGLI AED

Alcuni antiepilettici possiedono una dimostrata efficacia sul tono dell'umore e, più in generale, un effetto psicotropo positivo mentre altri sono associati alla comparsa o peggioramento dei problemi comportamentali. L'argomento riveste notevole importanza in quanto è emerso che gli utilizzatori di AEDs sperimentano una crescente probabilità di abbandono del trattamento al succedersi dei cambi di terapia con un incremento lineare di probabilità che va dal 2.7% del primo trattamento al 66.7% dell'ottavo (Giussani, 2017).

Gli effetti collaterali degli AED hanno una elevata prevalenza ed un impatto negativo che si traduce nella prescrizione di dosaggi subottimali per il controllo delle crisi, nella perdita di compliance e precoce interruzione del trattamento. Gli eventi avversi associati alla somministrazione dei AED vengono schematizzati in cinque categorie a seconda dell'azione negativa rispettivamente su Cognizione e Coordinazione (Tipo A), Umore ed Emozioni (Tipo B), Sonno (Tipo C), Effetti cutanei e mucosi (Tipo D) effetti sul peso e cefalea (Tipo E) (Perucca, 2012). Di seguito verranno presi in considerazione unicamente gli eventi avversi di Tipo B in quanto tutti gli altri, per quanto noti allo psichiatra e meritevoli di attenzione, esulano dagli obiettivi specifici del presente lavoro.

Negli ultimi anni si è assistito alla proliferazione di lavori scientifici che indagano la tossicità comportamentale di farmaci antiepilettici somministrati a pazienti affetti da epilessia. Gli effetti più comuni vengono distinti in PSEs (Psychiatric Side Effects): umore depresso, psicosi, ansietà, ideazione suicidaria e BSEs (Behavioral Side Effects): incremento dell'irritabilità, comportamento aggressivo, iperattività, capricciosità (Chen, 2018). Di particolare importanza il riscontro che i PBSEs nel paziente epilettico

**Tabella 2 — Frequenze dei diversi effetti collaterali psichiatrici e comportamentali associati a Levetiracetam, Parampanel e Topiramato secondo quanto indicato nei rispettivi Supplementary Protection Certificates europei (Brodie, 2016)**

<b>Molecola</b>	<b>Evento avverso</b>	<b>Commento</b>
Levetiracetam	<b>Comune</b> Depressione, Ostilità/aggressione, ansietà, insonnia, nervosismo/irritabilità	Maggiore prevalenza in bambini ed adolescenti rispetto all'adulto: Agitazione (3.4%), fluttuazioni timiche (2.1%), labilità affettiva (1.7%), aggressività (8.2%), anomalie del comportamento (5.6%)
	<b>Non Comune</b> Tentativi di suicidio, ideazione suicida, disordini psicotici, anomalie comportamentali, allucinazioni, rabbia, confusione, attacchi di panico, labilità affettiva, fluttuazioni di umore, agitazione	
	<b>Raro</b> Suicidio, disordine di personalità, disturbi del pensiero	
Parampanel	<b>Comune</b> Aggressività, rabbia, ansietà, confusione, irritabilità	Aggressività più frequentemente osservata negli adolescenti che negli adulti
	<b>Non Comune</b> Ideazione suicida, tentativi di suicidio	
Topiramato	<b>Molto Comune</b> Depressione	L'irritabilità e linguaggio espressivo sono tra gli eventi avversi più comuni (>5%) Maggiore prevalenza nei bambini che negli adulti (>2 volte maggiore): ideazione suicida, anomalie del comportamento, aggressività
	<b>Comune</b> Irritabilità, bradifrenia, insonnia, disordini espressivi del linguaggio, ansietà, confusione, disorientamento, aggressività, alterazioni dell'umore, agitazione, fluttuazioni timiche, umore depresso, rabbia, anomalie del comportamento	
	<b>Non Comune</b> Ideazione suicida, tentativi di suicidio, allucinazioni visive e uditive, disordine psicotico, apatia, mancanza di eloquio spontaneo, disturbo del sonno, labilità e/o appiattimento affettivi, riduzione della libido, irrequietezza, pianto, disfemia, euforia, paranoia, perseverazione, panico, disordini di lettura, disturbi del pensiero, distraibilità, risvegli precoci	
	<b>Raro</b> Mania, disturbo di panico, sentimenti di disperazione, ipomania	

tico siano riconducibili sia ad implicazioni strutturali e sociali della patologia epilettica quando agli AED stessi (Piedad, 2012).

La comparsa di effetti collaterali comportamentali è comunemente associata a epilessia del lobo frontale o con assenze, rapida titolazione del farmaco, condizione di lento metabolizzatore, presenza di alterazioni elettrolitiche e/o metaboliche (in particolare carenza di folati), polifarmacoterapia, interazioni tra farmaci, intossicazioni da farmaco e sospensione dello stesso (Lin, 2012). Inoltre sono disponibili diverse evidenze di letteratura che mostrano come la presenza di una preesistente patologia psichiatrica sia tra i maggiori predittori di PBSEs durante l'impiego di AED nella popolazione adulta affetta da epilessia (Hamad, 2011; Chen, 2017; Chen, 2018). Una storia pregressa di depressione trattata e di psicosi sono gli unici fattori predittivi indipendenti circa la comparsa di PBSE come emerge in un recente studio condotto su 2312 pazienti affetti da epilessia (Chen, 2018). Il medesimo studio ha inoltre messo in evidenza, per la prima volta in letteratura, l'esistenza del fenomeno della *cross-sensitivity* tra farmaci antiepilettici. Un paziente che sviluppi un PBSEs in occasione della somministrazione di un farmaco antiepilettico ha maggiore probabilità di sperimentare un secondo evento avverso altrettanto grave se assume un altro antiepilettico, in particolare se vengono somministrati Levetiracetam e Zonisamide.

È importante ricordare che le alterazioni comportamentali presenti nel paziente epilettico possono essere espressione di cause molteplici. Sia dell'effetto diretto del farmaco che della sottostante patologia psichiatrica così come delle difficoltà di adattamento all'ambiente conseguenti alla presenza di un deficit cognitivo globale e/o specifico nonché ai limiti comunicativi del paziente.

## I NUOVI ANTIEPILETTICI

Le molecole antiepilettiche di ultima generazione sono impiegate prevalentemente nel trattamento delle forme di epilessia farmaco-resistenti e sono, in linea di massima, associate ad un migliore profilo di tollerabilità. Tuttavia

tra queste ve ne sono alcune maggiormente implicate nella comparsa di effetti collaterali comportamentali rilevanti. Levetiracetam (LEV), Perampanel (PER) e Topiramato (TPM) sono attualmente considerati i farmaci più comunemente correlati all'insorgenza di comportamenti aggressivi soprattutto in quei pazienti che presentano una storia precedente di disturbo psichiatrico (Hansen, 2018). In *Tabella 2* vengono riportate le frequenze dei diversi effetti collaterali psichiatrici e comportamentali associati alle tre molecole sopra citate secondo quanto indicato nei rispettivi Supplementary Protection Certificates europei. Seppur in misura minore anche Benzodiazepine, Brivaracetam, Fenobarbitale, Tiagabina, Vigabatrin e Zonisamide sono associati ad una maggiore incidenza di comportamenti aggressivi rispetto ad altri AEDs (Brodie, 2016).

Il meccanismo di azione attraverso il quale i farmaci antiepilettici generano alterazioni psichiche e comportamentali è ancora in larga misura sconosciuto e potrebbe essere diverso per le diverse molecole. Tuttavia, con riferimento alle tre molecole citate LEV, PER e TPR, pur nella significativa diversità dei meccanismi di azione di ciascuna, l'elemento comune sembra essere l'azione di inibizione della trasmissione glutammatergica attraverso la modulazione negativa dei recettori AMPA. Lo specifico meccanismo di azione deve inoltre essere messo in relazione alla vulnerabilità biologica del paziente legata alla natura e sede anatomica dell'epilessia nonché al grado di maturazione del sistema nervoso (Hansen, 2018).

Il levetiracetam è tra le molecole antiepilettiche introdotte sul mercato dopo il 2000 che ha avuto maggiore successo prescrittivo (Pickrell, 2014) affermandosi come farmaco di prima scelta tra gli specialisti ed i medici di medicina generale di molti paesi. Le ragioni di tale successo sono da attribuire alla facilità d'uso, efficacia, ampio spettro di azione, basso rischio di eventi idiosincrasici potenzialmente fatali e malformazioni congenite maggiori, rapida titolabilità in condizioni di urgenza. Per contro è associato a frequenti reazioni avverse di tipo psichiatrico. Da qui il recente tentativo di mettere a punto un modello predittivo che sappia

**Tabella 3 — Calcolo del Risk score per eventi avversi psichiatrici a seguito di terapia con levetiracetam in pazienti epilettico con e senza anamnesi positiva per disturbi psichiatrici (Josephson, 2019)**

	<b>Calcolo del Risk score</b>	<b>Cut off rischio (specificità 83%)</b>
<b>Pazienti con anamnesi psichiatrica positiva</b>	$-2.34 + 0.27 \times (\text{sexo femminile}) + 0.82 \times (\text{storia di depressione}) + 0.47 \times (\text{storia di ansia}) + 0.74 \times (\text{storia di uso ricreativo di sostanze})$	0.10
<b>Pazienti con anamnesi psichiatrica negativa</b>	$-3.83 + 0.013 \times (\text{età}) + 0.89 (\text{sexo femminile}) + 1.16 \times (\text{storia di uso ricreativo di sostanze}) + 0.0003 (\text{dose quotidiana di levetiracetam})$	0.14

individuare, sulla base di caratteristiche cliniche e/o socio-demografiche, i pazienti esposti al rischio di insorgenza di tali effetti durante la terapia con Levetiracetam. Uno studio di coorte retrospettivo condotto su 7400 pazienti epilettici che assumevano Levetiracetam come farmaco *first-ever* ha permesso di derivare due semplici algoritmi che predicono il rischio di evento avverso psichiatrico e che pertanto possono essere utilizzati per guidare la prescrizione del farmaco nella pratica clinica (Josephson, 2019). Entrambe gli algoritmi si applicano a pazienti che assumono il farmaco continuativamente entro due anni dalla prescrizione: il primo tiene conto di pazienti con anamnesi positiva per patologia psichiatrica, il secondo invece dei pazienti con anamnesi psichiatrica negativa. Entrambe gli algoritmi mostrano una buona specificità (83%) con *cutoff* di probabilità di comparsa dell'evento indesiderato rispettivamente di 0.10 e 0.14 (Tabella 3).

A titolo esemplificativo una paziente epilettica che abbia sofferto di depressione cui si voglia prescrivere Levetiracetam ha il seguente *risk score*:  $-2.34 + 0.27 + 0.82$  pari a  $-1.25$ . Questo valore di *risk score* inserito nell'algoritmo di calcolo mostra una probabilità di evento avverso psichiatrico del 22% in due anni:  $1/[1 + \exp(-1.25)]$ . Il valore eccede la soglia di 0.10 e suggerisce la presenza di rischio.

## CONCLUSIONI

L'impiego progressivamente crescente di molecole antiepilettiche di nuova generazione, in particolare il Levetiracetam,

da attribuire all'efficacia dimostrata nelle forme farmaco resistenti, alla maneggevolezza di impiego ed al favorevole profilo di tollerabilità espongono il paziente ed il curante al rischio di veder comparire eventi avversi comportamentali significativi. È quindi importante che lo psichiatra, quando viene interpellato per l'insorgenza di tali problemi, verifichi se il paziente epilettico stia assumendo i farmaci in questione ma soprattutto i motivi della prescrizione. Prima quindi di intervenire con trattamenti specifici a correzione delle anomalie comportamentali è bene valutare se la prescrizione di antiepilettici a rischio di eventi avversi psichiatrici sia una necessità reale, espressione di una forma resistente a trattamenti più tradizionali, o piuttosto conseguenza di una scelta prescrittiva improntata a criteri di praticità. In quest'ultimo caso è importante la collaborazione tra neurologo e psichiatra al fine di valutare costi e benefici di un cambiamento di terapia antiepilettica

AFFERENZA DELL'AUTORE

UOP Ospedaliera e Territoriale

ASST Rhodense

## BIBLIOGRAFIA

1. Lin J.J., Mula M, Hermann P.B., *Uncovering the neurobehavioral comorbidities of epilepsy over the lifespan.* The Lancet, 2012, 380, 9848, 1180-1192
2. Hamad S.A., *Psychiatric symptomatology and disorders related to epilepsy and antiepileptic medications.* Expert Opin. Drug Saf., 2011, 16(6): 913-934
3. Calle-lopez Y., Ladino LD., Benjumea-Cuartas V., Castrillon-Velilla DM., Tellez-Zenteno JF., Wolf P., *Forced Normalization: A systematic review.* Epilepsia 2019;00:1-9
4. Stahl S., *Stahl's Essential Psychopharmacology, fourth edition.* Cambridge University Press, 2013
5. Giussani G., Bianchi E., Canelli V. Erba G., Franchi C., Nobili A., Sander J.W., Beghi E., *Antiepileptic drug discontinuation by people with epilepsy in the general population.* Epilepsia, 2017, 58,9, 1524-1532
6. Perucca p., Gilliam F.G., *Adverse effect of antiepileptic drugs.* Lancet Neurol, 2012; 11: 792-802
7. Chen B., Choi H., Hirsch L.J., Katz A., Legge A., Buchsbaum R., Detyniecki K., *Psychiatric and behavioral side effects of antiepileptic drugs in adults with epilepsy.* Epilepsy & Behavior 2017; 76: 24-31
8. Piedad j, Richards H, Besag FM, Cavanna AE, *Beneficial and adverse psychotropic effects of antiepileptic drugs in patients with epilepsy: a summary of prevalence, underlying mechanisms and data limitations.* CSN Drugs 2012; 26:31935
9. Chen B., Choi H., Hirsch L.J., Katz A., Legge A., Buchsbaum R., Detyniecki K., *Cross-sensitivity of psychiatric and behavioral side effects with antiepileptic drug use.* Seizure: Eur J Epilepsy 2018; 62: 38-42
10. Hansen C.C., Ljung H., Brodtkorb E., Reimers A., *Mechanism underlying aggressive behavior induced by antiepileptic drugs: focus on topiramate, Levetiracetam and Parampanel.* Behavioural Neurology, 2018, <https://doi.org/10.1155/2018/2064027>
11. (11) Brodie M.J., Besag F., Erttinger A.B. et al, *Epilepsy, antiepileptic drugs and aggression: an evidence-based review.* Pharmacologica Reviews, 2016, 68,3, 563-602
12. Pickrell W.O., Lacey A.s., Thomas R.H., Lyons R.A., Smith P.E., Rees M.I., *Trends in the first antiepileptic drug prescribed for epilepsy between 2000 and 2010.* Seizure. 2014, 23(1):77-80
13. Josephson C.B., Engbers J.D., Jette N., Patten S.B., Singh S., Sajobi T.T., Marshall D., Agha-Khani Y., Federico P., Mackie A., Macrodimitris S., McLane B., Pillay N., Sharma R., Wiebe S., *Prediction tools for psychiatric adverse effects after Levetiracetam Prescription.* JAMA Neurol. 2019; 76(4):440-446

## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it)

### NORME EDITORIALI

**Lunghezza articoli:** da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

**Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
  1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it) in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### **Presidenti:**

Mauro Percudani e Massimo Clerici

#### **Segretario:**

Carlo Fraticelli

#### **Vice-Segretario:**

Giovanni Migliarese

#### **Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli

#### **Consiglieri eletti:**

Mario Ballantini  
Franco Spinogatti  
Gianmarco Giobbio  
Luisa Aroasio  
Carla Morganti  
Federico Durbano  
Alessandro Grecchi  
Camilla Callegari  
Antonio Magnani  
Laura Novel  
Pasquale Campajola  
Giancarlo Belloni  
Marco Toscano  
Antonio Amatulli  
Caterina Viganò

#### **RAPPRESENTANTI**

##### **Sezione "Giovani Psichiatri":**

Francesco Bartoli  
Giacomo D'Este  
Filippo Dragona  
Claudia Palumbo  
Lorenzo Mosca  
Matteo Rocchetti

##### **Membri di diritto:**

Claudio Mencacci  
Giancarlo Cerveri  
Emi Bondi  
Pierluigi Politi  
Emilio Sacchetti

##### **Consiglieri Permanenti:**

Alberto Giannelli  
Simone Vender  
Antonio Vita  
Giuseppe Biffi  
Massimo Rabboni