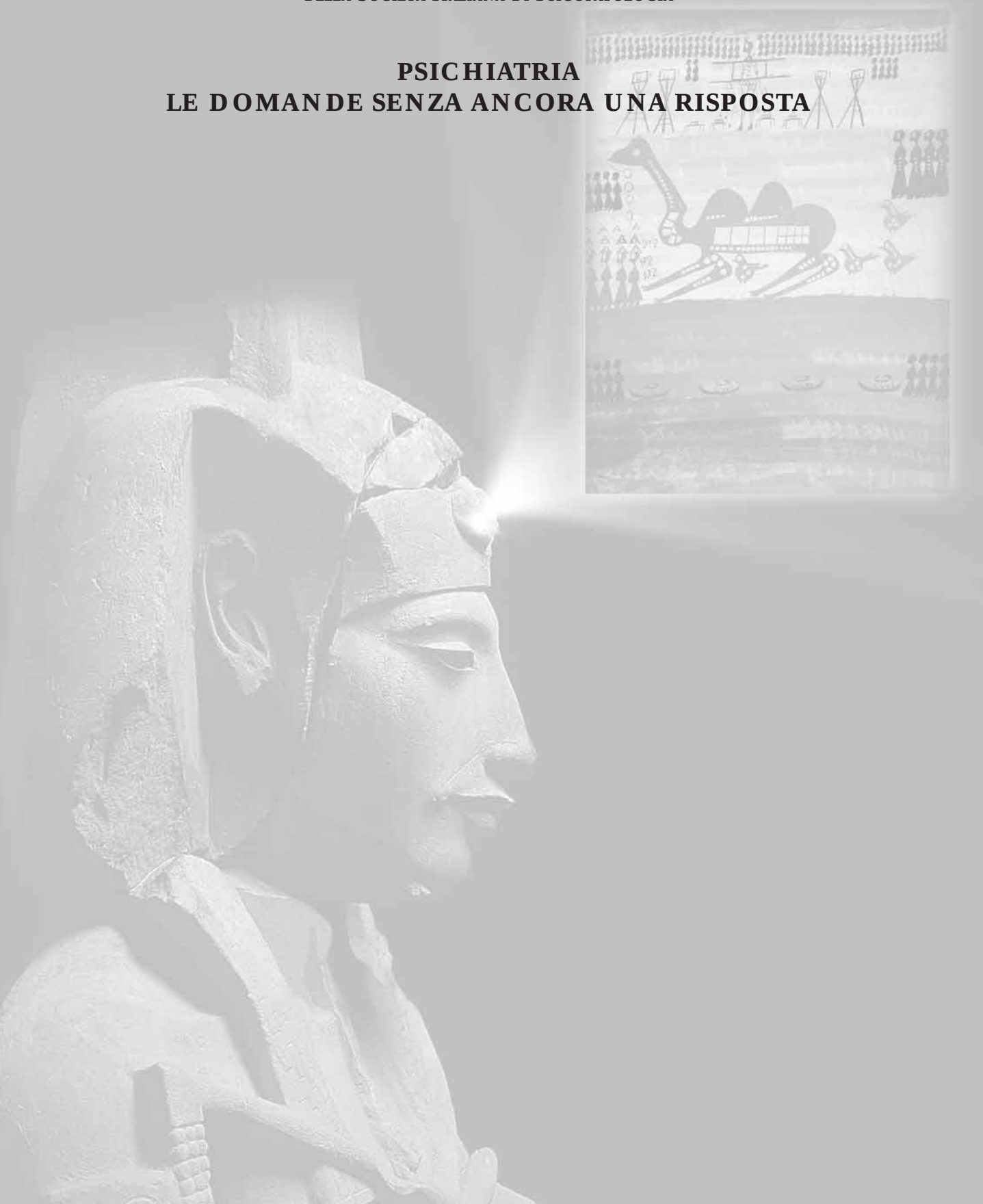
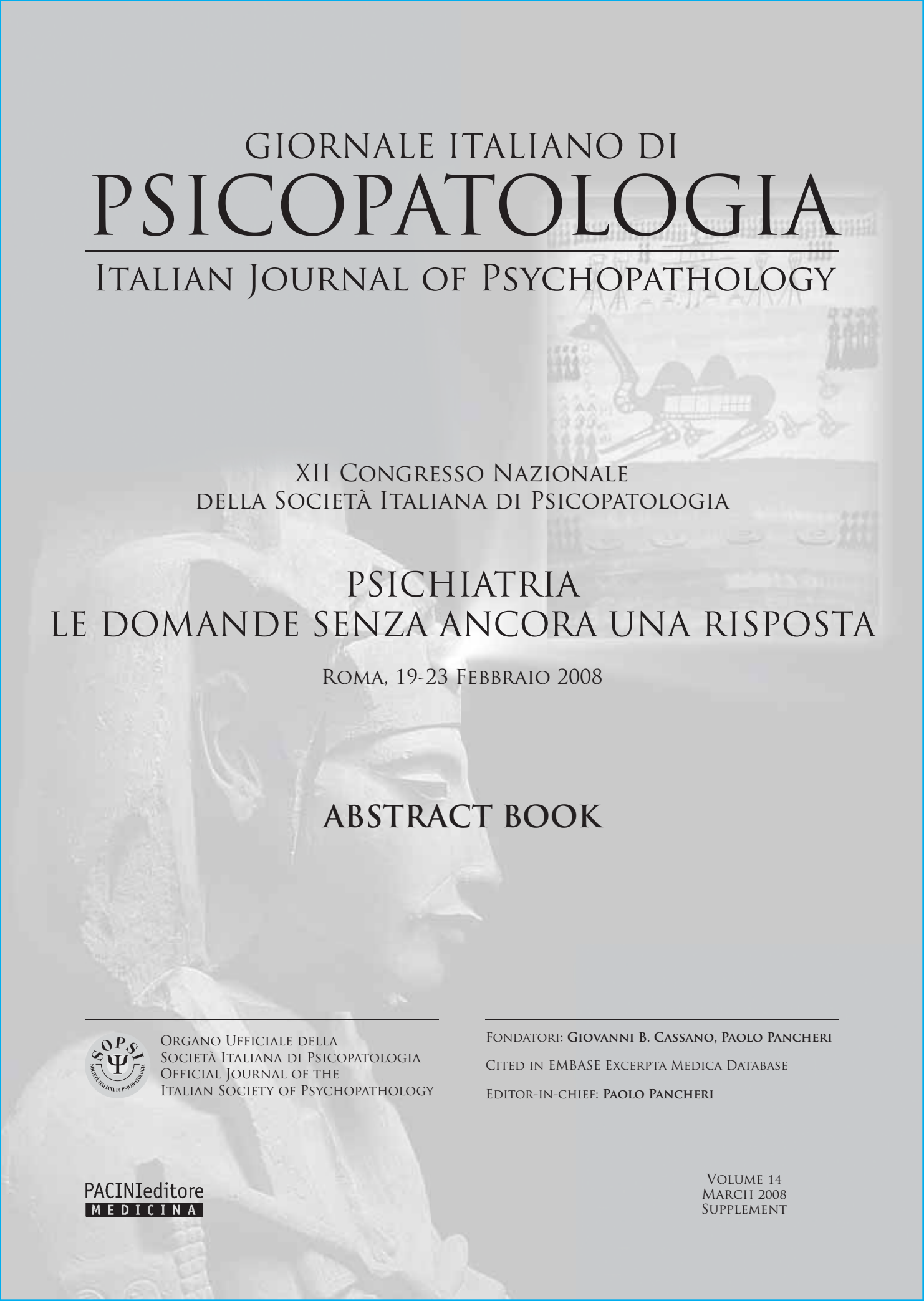
XII Congresso Nazionale
della Società Italiana di Psicopatologia

PSICHIATRIA
LE DOMANDE SENZA ANCORA UNA RISPOSTA



GIORNALE ITALIANO DI
PSICOPATOLOGIA
ITALIAN JOURNAL OF PSYCHOPATHOLOGY



XII CONGRESSO NAZIONALE
DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOPATOLOGIA

PSICHIATRIA
LE DOMANDE SENZA ANCORA UNA RISPOSTA

ROMA, 19-23 FEBBRAIO 2008

ABSTRACT BOOK

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOPATOLOGIA
OFFICIAL JOURNAL OF THE
ITALIAN SOCIETY OF PSYCHOPATHOLOGY

FONDATORI: **GIOVANNI B. CASSANO, PAOLO PANCHERI**

CITED IN EMBASE EXCERPTA MEDICA DATABASE

EDITOR-IN-CHIEF: **PAOLO PANCHERI**

PACINIeditore
MEDICINA

VOLUME 14
MARCH 2008
SUPPLEMENT

Società Italiana di Psicopatologia

Presidente Pro-tempore
Mario Maj

Segretario
Filippo Bogetto

Tesoriere
Gian Franco Placidi

Consiglieri
Alfredo C. Altamura
Amato Amati
Massimo Biondi
Massimo Casacchia
Paolo Castrogiovanni
Giovanni Muscettola
Alessandro Rossi

Consigliere Onorario
Luigi Ravizza

XII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia

Coordinatore
Roberto Brugnoli

Coordinatore dei Corsi ECM
Roberto Delle Chiaie

Segreteria Scientifica
Maria Caredda
Francesca Pacitti
Adalgisa Palma

Segreteria Organizzativa
MGA srl - Roma

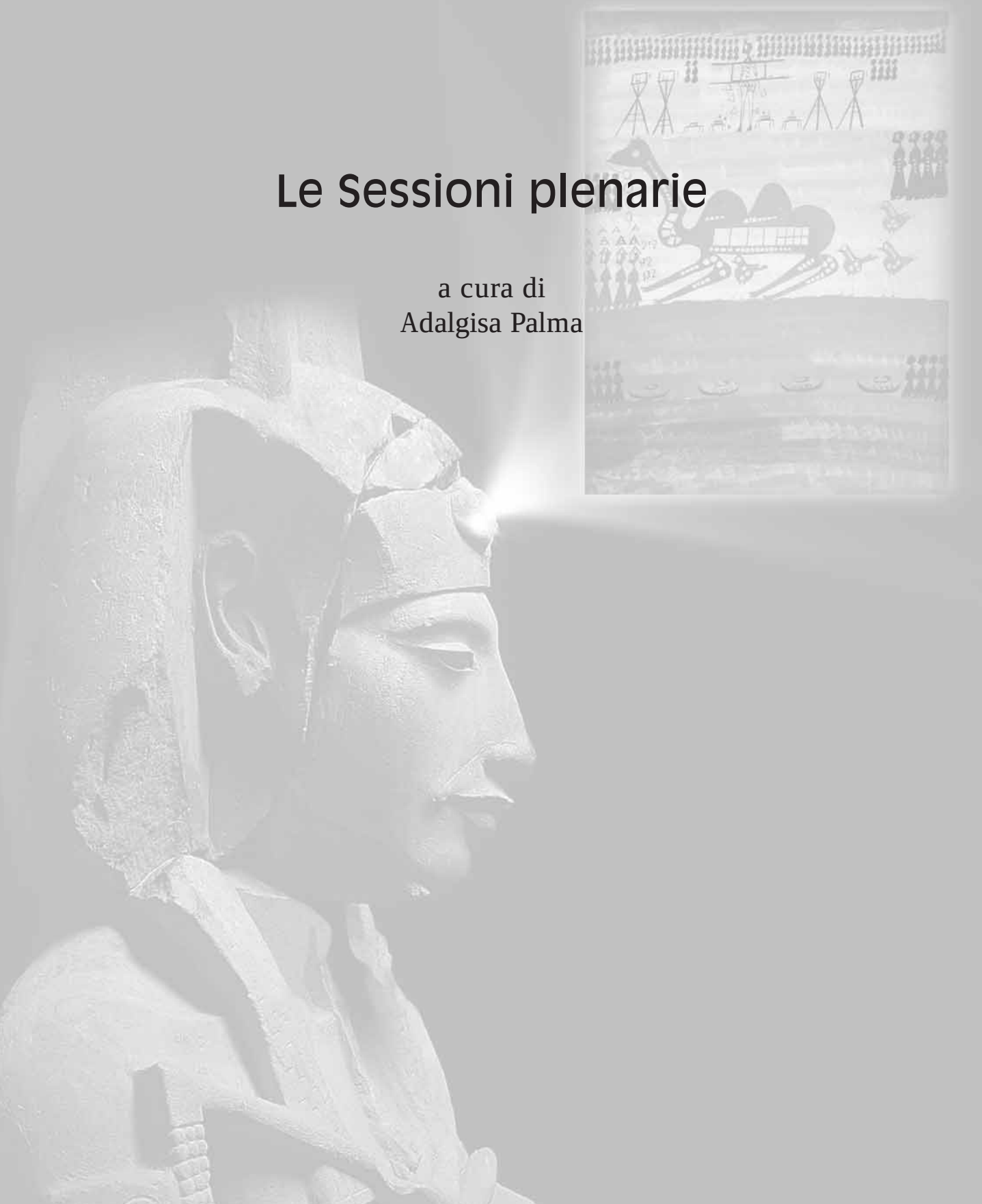
Sede del Congresso
Roma - Hotel Hilton Cavalieri

Sito del Congresso
www.sopsi.it

Immagine di copertina: immagini liberamente tratte da: I Faraoni (ed. Bompiani), Carlo (ed. Marsilio).

Le Sessioni plenarie

a cura di
Adalgisa Palma



MARTEDÌ 19 FEBBRAIO 2008 - ORE 17.30-19.30
SALA CAVALIERI 1

Sessione Inaugurale

MODERATORE
M. Maj (Napoli)

La sfida del DSM-V: quali risposte per la psichiatria clinica e per la ricerca

D.J. Kupfer

Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, USA

Our current paradigms for psychiatric diagnosis have not yet fully embraced many scientific and methodological advances made in the last two decades. In order to facilitate their inclusion in the next nomenclature, a research agenda developed in concert with the *American Psychiatric Association* (APA), *National Institute of Health* (NIH), and *World Health Organization* (WHO) is providing new approaches and stimulating the empirical research toward that end. The goals of this effort include: 1) ensuring greater clinical utility and relevance; 2) utilizing a developmental approach across the life span; 3) incorporating new knowledge from the neurosciences and the behavioral sciences in eludicating risk factors and prodromal features of disorders; and 4) adopting methodological strategies utilizing both dimensional and categorical approaches. These activities began in 1999. In this presentation, a brief review of the recommendations developed from the twelve international planning conferences held between 2003 and 2007 will be provided. As the Task Force for *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM) and specific disorder work groups begin their activities, specific cross-cutting issues will be addressed. These issues include the following topics: 1) life span developmental approaches; 2) diagnostic spectra; 3) psychiatric/general medical interface; and 4) gender and cross-cultural expression. Other important concepts and strategies for alignment with *International Classification of Diseases-II* (ICD-II) activities will also be discussed that seek to promote international collaboration among members of the scientific and clinical communities.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 9.15-12.00
SALA CAVALIERI 1

ORE 9.15-10.00

Lettura introduttiva

MODERATORE
G.B. Cassano (Pisa)

Clozapine

J.P. McEvoy

Clinical Research Service, John Umstead Hospital, Butner, North Carolina, USA

Clozapine is the most efficacious antipsychotic medication. Clozapine has proved to be superior to other antipsychotic medications for reducing psychopathology in treatment-resistant psychoses, chronic schizophrenia, first-episode psychosis, and early-onset (childhood) schizophrenia.
Clozapine blood levels offer guidance for optimal dose selection.
Clozapine also appears to differentially reduce violence, suicidal behaviors, smoking, substance use, and compulsive water drinking, more than other antipsychotic medications. Insight and treatment compliance may be better on clozapine than on other antipsychotic medications.
Patients starting treatment with clozapine must be closely monitored, especially early in treatment, for acutely life-threatening side effects (agranulocytosis, myocarditis). Strategies to reduce long-term weight gain and metabolic abnormalities are currently under investigation. Nuisance side effects (enuresis, hypersalivation) must be managed to support acceptability of clozapine.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 10.15-12.00
SALA CAVALIERI 1

Sessione plenaria - Farmacoterapia psichiatrica un grande futuro dietro le spalle

MODERATORI
E. Sacchetti (Brescia), E. Smeraldi (Milano)

I farmaci come personaggi della icona psichiatrica

R. Rossi

Professore Ordinario di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Genova, Psicoanalista

Si parte dall'assunto di considerare lo psicofarmaco come un personaggio della scena (*character*) che si va svolgendo tra paziente e curante.
Ne consegue che il curante, che è in questo caso anche un esperto, o se si vuole, un tecnico della relazione, deve poter valutare e prevedere in quali termini o secondo quali parametri il farmaco entrerà in gioco nella relazione.
È chiaro che, trattandosi di situazioni psichiche, il concetto di *compliance* viene ad essere del tutto inapplicabile nei pazienti psichiatrici, e deve essere sostituito dal concetto di relazione. Si profila l'ipotesi di una patologia prima, quella della malattia, di una patologia seconda, quella della dipendenza da farmaco, fino alla dipendenza della persona come fase conclusiva.
Ne derivano alcune considerazioni sulle modalità di somministrazione farmacologia che potremmo definire nevrotica, con il collasso della razionalità e delle conoscenze mediche (somministrazione vorticosa, ripetitiva, per apposizione, etc.) a seconda dei meccanismi di difesa operate dal medico, fino ad alcuni aspetti magici ed irrazionali. Uno di questi potrebbe essere in alcuni casi il prevalente appiattimento sulle indicazioni ed i *controlled trials*, trascurando la clinica.
Alcuni casi clinici vengono portati ad esempio, con alcuni sogni di cui il farmaco è protagonista.

Ricerca e sviluppo in psicofarmacologia: "the long and winding road"

L. Pani

Istituto di Tecnologie Biomediche Consiglio Nazionale delle Ricerche, Milano & PharmaNess Scarl, Cagliari

L'obiettivo centrale nello sviluppo di nuovi psicofarmaci è quello di scoprire sostanze innovative che possano curare o almeno contenere la sintomatologia dei disturbi psichici. In questo senso si intende la scoperta non di molecole con una nuova struttura chimica, quanto strutture che utilizzano un meccanismo d'azione del tutto, o parzialmente, nuovo. La neurochimica ha fornito non solo le basi fisiopatologiche che mettono in relazione le alterazioni di determinate vie biochimiche, e più recentemente genetiche, con la fenomenologia dei disturbi, ma ha anche indicato quali bersagli cellulari e molecolari potevano essere utilizzati per scoprire nuovi farmaci. La ricerca di nuovi psicofarmaci su scala mondiale diviene ogni anno sempre più impegnativa e costosa. Una sola molecola ogni diecimila composti sintetizzati raggiunge il mercato dopo circa 13 anni e con un costo globale che eccede i 500 milioni di euro.
La presenza di un'importante (ancorché non assoluta) componente genetica nell'eziologia di numerosi disturbi psichici suggerisce che la ricerca e sviluppo di nuovi psicofarmaci dovrà in effetti, nel prossimo futuro, tenere conto delle basi genetiche delle malattie e ciò si rifletterà necessariamente sull'attività clinica (vedi farmacogenetica e farmacogenomica). L'entusiasmo dei primi anni per questo approccio soprattutto tecnologico è stato raffreddato dalla constatazione che la conoscenza delle funzioni e del controllo delle funzioni dei 25.000-30.000 geni che rappresentano il patrimonio genetico umano, appare estremamente complessa e che, di conseguenza, saranno necessari diversi decenni per trasferire alla farmacologia clinica le scoperte della genetica fondamentale. Sono complessi, per limitarsi solo ad alcuni esempi, la precisa comprensione della genetica e dell'epigenetica delle popolazioni, i risultati della manipolazione delle linee germinali nei modelli animali, gli effetti dei *knock-out* ed il controllo dell'espressione differenziale dei geni che controllano una determinata funzione psichica normale o patologica. Diversi risultati indicano che sarà necessario rimettere al centro dello sviluppo di nuovi psicofarmaci la fisiopatologia e che sarà altrettanto importante che in una stretta collaborazione, i farmacologi si confrontino con i clinici, affinché la tradizionale fenomenologia che ha consentito sinora di classificare i disturbi psichici si possa trasformare in una nosografia basata su genotipi i più omogenei tra loro al fine di offrire al chimico farmaceutico il razionale per l'identificazione di meccanismi d'azione e quindi di punti d'attacco per la sintesi di nuove entità chimiche (NEC) che siano realmente innovative.

Il problema del trattamento dei deficit cognitivi

A. Rossi

Università de L'Aquila

… È probabile che in futuro altri metodi d'indagine ci mettano in grado di individuare una demenza primaria dietro quella secondaria … (E. Bleuler, 1911)

L'osservazione che un'alterazione delle funzioni cognitive abbia un ruolo centrale nella patofisiologia della schizofre-

nia è unanimemente accettato. In maniera più pragmatica la ricerca tende oggi a definire delle possibilità che tale disturbo possa essere oggetto di trattamento sia farmacologico che non farmacologico.
Per quanto riguarda il trattamento farmacologico un primo modello segue l'ipotesi dopaminergica per cui l'ottimizzazione del trattamento con antipsicotici (tipici o atipici) potrebbe avere un effetto positivo sui deficit cognitivi.
Un'ipotesi parzialmente alternativa è quella di un trattamento "mirato" sul deficit cognitivo indipendente dal trattamento con farmaci antipsicotici.
È verosimile che i dati relativi alle modificazioni delle funzioni cognitive possano portare ad una ridefinizione dello stesso concetto di farmaco antipsicotico.
Vista la natura e la valutazione del deficit cognitivo che indica una compromissione delle funzioni mnesiche, attentive e di flessibilità cognitiva, una serie di metodiche, complessivamente descrivibili come "rimedio cognitivo", sono state proposte come interventi non farmacologici miranti a mantenere/ripristinare il miglior livello di funzionamento cognitivo possibile.
L'esame critico di tali approcci non consente attualmente di indicare utili modalità di trattamento dei deficit cognitivi. Sembra quindi auspicabile una revisione dei paradigmi che hanno guidato lo sviluppo delle terapie del disturbo come una possibilità di meglio comprendere sia la natura stessa del deficit sia le sue realistiche possibilità di trattamento.

Bibliografia

Hagan JJ, Jones DNC. *Predicting Drug efficacy for cognitive deficits in schizophrenia.* Schizophrenia Bulletin 2005;31:830-53.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 9.15-12.00
SALA CAVALIERI 1
ORE 9.15-10.00

Lettura introduttiva

MODERATORI
F. Bogetto (Torino)

Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode Schizophrenia and Schizophreniform disorder

W.W. Fleischhacker

Department of Biological Psychiatry, Medical University Innsbruck, Innsbruck, Austria

Second generation antipsychotics have been introduced over a decade ago for the treatment of schizophrenia. However, their purported clinical superiority is still a matter of debate since most efficacy studies had a short duration and included highly selected patients. Furthermore, most studies used a double-blind design, which does not reflect clinical practice, and treatment response was mostly based on reductions in psychosis rating scales, capturing only one, and arguably not the most relevant, outcome measure. Finally, too high doses of the older comparator drug would have been used and studies included chronic samples with limited generalisability to the treatment of first-episode patients. We concluded that there is a dire need for studies in first-episode patients that meet these concerns. In 14 participating countries with 50 sites, 498 first-episode patients with minimal prior antipsychotic treatment were randomized to haloperidol (1-4 mg/d; n = 103), amisulpride (200-800; 104), olanzapine (5-20; 105), quetiapine (200-750; 104), or ziprasidone (40-160; 82). We used broad inclusion criteria for patients, low doses of haloperidol, an open-treatment design, one-year follow-up, and Loss of Retention (i.e. discontinuation of treatment for any reason) as the primary outcome. Secondary outcomes were psychopathology, severity of illness, and measures of safety and tolerability. Of the 498 patients enrolled, 40% were female 40% had schizophreniform disorder, and 33% were antipsychotic naive at randomization. The mean daily doses used were 3.0 mg for haloperidol, 451 mg for amisulpride, 12.6 mg for olanzapine, 499 mg for quetiapine, 107 mg for ziprasidone. 70% of patients completed the one year study, 38% of the sample met Loss of Retention criteria. More detailed results on the primary and secondary outcomes will be presented during the meeting and discussed in the context of similar large pragmatic clinical trials such as CATIE (*Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness*), CAFE (*Comparison of Atypicals for First-Episode Psychosis*) and CUTLASS (*Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study*).

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008
SALA CAVALIERI 1

ORE 10.15-12.00

Sessione plenaria - Patofisiologia psichiatrica: l'anello mancante

MODERATORI
A. Amati (Catanzaro), G. Muscettola (Napoli)

Smontare e rimontare le sindromi psichiatriche: ci serve un manuale d'istruzioni

A. Troisi

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Roma Tor Vergata

L'attuale classificazione dei disturbi mentali non facilita la ricerca nel campo delle neuroscienze e rende difficile l'interpretazione dei dati neurobiologici che vengono raccolti negli studi condotti su persone con diagnosi psichiatriche. Ciò non sorprende se si tiene conto del fatto che la classificazione dei disturbi psichiatrici è ancora oggi basata sul criterio sindromico, criterio che nella storia della medicina è stato progressivamente sostituito da quello patogenetico ed eziologico. Molti autori hanno proposto di abbandonare l'uso delle categorie diagnostiche oggi in uso nella clinica e di focalizzare invece la ricerca neurobiologica su entità diverse come i sintomi, le dimensioni psicopatologiche e gli endofenotipi.
Scopo di questa relazione è di analizzare criticamente i processi metodologici che possono condurre ad una scomposizione delle attuali sindromi psichiatriche in elementi costituenti di provata validità scientifica. A tale scopo saranno presi in esami i dati empirici a favore e contro le linee di ricerca che hanno utilizzato singoli sintomi, dimensioni psicopatologiche ed endofenotipi. Si discuterà poi il problema della necessità di conciliare le esigenze della ricerca neurobiologica con quelle della clinica nella formulazione di una nuova classificazione psichiatrica, con particolare riferimento alla prognosi e alla terapia. Il concetto evoluzionistico di "sistema comportamentale" sarà introdotto nella discussione per illustrare come l'approccio funzionale al comportamento umano possa contribuire alla revisione della classificazione dei disturbi psichiatrici.

Bibliografia essenziale

Gottesman II, Gould TD. *The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions.* Am J Psychiatry 2003;160:636-45.

McGuire MT, Troisi A. *Darwinian psychiatry*. New York: Oxford University Press 1998.

Stahl SM. *Deconstructing psychiatric disorders. Part I. Genotypes, symptom phenotypes, and endophenotypes.* J Clin Psychiatry 2003;64:982-3.

Stahl SM. *Deconstructing psychiatric disorders. Part II. An emerging, neurobiologically based therapeutic strategy for the modern psychopharmacologis*t. J Clin Psychiatry 2003;64:1145-6.

Troisi A, D'Amato FR. *Deficits in affiliative reward: an endophenotype for psychiatric disorders?* Behav Brain Sci 2005;28:365-6.

La genetica in psichiatria: anello mancante tra mente e cervello?

A. Serretti

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

La genetica, particolarmente in psichiatria, evoca alternativamente sensazioni di trionfo, timore e delusione. Trionfo quando appaiono annunci tipo "è stato sequenziato il genoma" oppure "scoperto il gene della schizofrenia, depressione, etc." e pensiamo che l'anello mancante tra mente e cervello sia stato identificato. Timore quando si riflette sulle conseguenze di una diagnosi genetica preclinica. Delusione quando poi a tali annunci non segue nulla di applicabile alla pratica clinica [1].
La realtà è che ci sono ancora molte aree sconosciute. L'idea che variazioni nei nostri geni producano proteine (lievemente) differenti e responsabili delle differenze in termini di carattere o suscettibilità a disturbi psichiatrici è purtroppo ingenua e vera solo in rari casi.
Non sappiamo (bene) come viene controllata l'espressione dei geni, non sappiamo come viene poi modulata l'espressione fino alla codifica della proteina. Non sappiamo (bene) come le proteine interagiscono tra loro nei sistemi metabolici, non sappiamo infine (quasi per nulla) come i vari sistemi metabolici cerebrali determinino pensiero, affetti, disturbi psichiatrici, risposta a psicofarmaci.
Quindi? Sarebbe più opportuno arrendersi e proseguire con un approccio solamente "empirico" in psichiatria rinunciando ad una conoscenza eziopatogenetica? La risposta è no. Perché ci sono evidenze che è possibile arrivare ad una comprensione eziopatogenetica completa di certi processi.
Ad esempio il gene che codifica per il trasportatore della serotonina. Questo gene è polimorfico e una parte della popolazione ne possiede una variante che esprime un numero inferiore di trasportatori nella sinapsi serotoninergica. Queste persone sono state caratterizzate come tendenzialmente più ansiose, meno resistenti agli *stressors*, suscettibili a disturbi dell'umore e alcolismo, meno responsivi alle terapie antidepressive, possibilmente tramite un ridotto volume ippocampale, ma anche più attenti ai valori familiari, lavorativi e più longevi [2].
Appare perciò utile proseguire nella ricerca genetica accettando che la parte predeterminata (genetica) influenza in

modo sfumato e multiforme (ma concreto) il comportamento umano, accettando che gli effetti sono molto più complessi ed intricati del previsto, accettando che la strada della ricerca è complessa ma necessaria.

Bibliografia essenziale

[1] Kendler KS. *Reflections on the relationship between psychiatric genetics and psychiatric nosology.* Am J Psychiatry 2006;163:1138-46.

[2] Serretti A, Calati R, Mandelli L, De Ronchi D. *Serotonin transporter gene variants and behaviour: a comprehensive review.* Current Drug Targets 2006;7:1659-69.

Fisiopatologia dei disturbi psichiatrici: verso una iconoclastia molecolare

A. de Bartolomeis

Laboratorio di Psichiatria Molecolare e Psicofarmacoterapia, Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Napoli "Federico II"

1. Studi preclinici e clinici di isomorfismo fisiopatologico e farmacologico della schizofrenia sono stati prosposti nel tempo con correlati comportamentali, neuroanatomofunzionali e molecolari complessi. Tuttavia la validità strutturale, l'omologia, la capacità predittiva e il reale impatto sulla comprensione dei meccanismi molecolari potenzialmente implicati nella suscettibilità alla schizofrenia rappresentano un aspetto critico e spesso controverso di tale approccio che, di fatto, costituisce una strategia ampiamente codificata in altri ambiti della ricerca medica (Adriani et al., 2004; de Bartolomeis and Iasevoli, 2003 Lipska, 2004).
2. Quantunque multipli modelli molecolari sono stati invocati per spiegare le basi fisiopatologiche dei sintomi psicotici e cognitivi della schizofrenia, la disregolazione dell'interazione dopamino-glutammatergica sottocorticale appare necessaria e forse sufficiente per l'emergenza di tali sintomi.
3. Il *modeling* di perturbazioni dei sistemi dopaminergici e/o glutammatergici si fonda sulle molteplici evidenze sperimentali di tipo clinico (*imaging* con "probe" dopaminergici, quali anfetamina, o glutammatergici come la ketamina), di studi post-mortem (modificazioni significative in tessuto cerebrale di pazienti schizofrenici di proteine adattatrici dei recettori dopaminergici, come ad esempio *calcyon*, e dei recettori NMDA, come PSD 95), e di farmacoterapia (*augmetation* di antipsicotici con farmaci modulatori del sistema glutammatergico come *D-cicloserina*) indicanti un disregolazione reciproca dei due sistemi trasmettitoriali.
4. Pertanto una plausibile strategia è rappresentata dalla "riproduzione" più che dalla "creazione" nell'animale da esperimento di meccanismi fisiopatologici discreti che almeno in parte siano speculari di quelli esplorati nell'uomo. Tale strategia può essere perseguita attraverso la creazione di animali *knock-out* (con "eliminazione" funzionale" per esempio del recettore glutammatergico NMDA, o del trasportatore della dopamina); con manipolazioni di tipo neuroanatomofunzionale (lesioni corticosottocorticali delle vie dopaminergiche e/o glutammatergiche); con la somministrazione di composti in grado di modificare la normale trasmissione dopaminergica (ad esempio amfetamina o cocaina) e/o quella glutammatergica (blocco del recettore NMDA con fenciclidina o ketamina) (Seeman et al., 2005).
5. Una strategia di recente introduzione specificamente rivolta a valutare la possibile suscettibilità all'emergenza d'alterazioni della fisiopatologia dei sistemi dopamino-glutammatergici è rappresentata dalla creazione di stati prodromali di sensitizzazione (abnorme progressiva risposta a dopamino-mimetici) dell'animale da esperimento che possano mimare le ipotizzate alterazioni neuroanatomofunzionali e neurotrasmettitoriali prodromiche del disturbo schizofrenico (Tenn et al., 2005).
6. La possibilità di monitorare il "peso" di specifici geni nel contribuire all'emergenza di alterazioni fisiopatologiche dell'interazione dopamino-glutammatergica è subordinata all'individuazione, in modelli animali e nella possibile verifica nell'uomo, di geni i cui corrispondenti trascritti e proteine siano *particolarmente responsivi alle modificazioni ambientali e alla modificazioni della plasticità sinaptica*: un esempio in tal senso è rappresentato dalla recente scoperta di geni codificanti per "adattatori" della funzione recettoriale. Tra questi *le proteine della famiglia Homer*, appaiono suggestivi candidati nella disregolazione dell'interazione dopamino-glutammatergica e una possibile rilevanza per la fisiopatologia della schizofrenia è stata per tali geni recentemente indicata (de Bartolomeis et al., 2002; de Bartolomeis e Fiore, 2004; Szumlinski et al., 2005).
7. Infine da sottolineare che l'applicazione di nuove tecnologie di bioinformatica e System Biology in modelli animali indica nuove strategie per l'identificazione di geni di suscettibilità e per la predizione di nuovi geni con funzione di modulare l'espressione di geni di suscettibilità correlati all'emergenza di alterazioni fisiopatologiche rilevanti per il disturbo schizofrenico.

Bibliografia

Adriani W, Laviola G. *Windows of vulnerability to psychopathology and therapeutic strategy in the adolescent rodent model.* Behav Pharmacol 2004;15:341-52.

de Bartolomeis A, Iasevoli F. *The Homer family and the signal transduction system at glutamatergic postsynaptic density: potential role in behavior and pharmacotherapy*. Psychopharmacol Bull 2003;37:51-83.

de Bartolomeis A, Fiore G. *Postsynaptic density scaffolding proteins at excitatory synapse and disorders of synaptic plasticity: implications for human behavior pathologies*. Int Rev Neurobiol 2004;59:221-54.

Lipska BK.*Using animal models to test a neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia.* J Psychiatry Neurosci 2004;29:282-6.

"Biologia della psicoterapia" nello studio degli esiti e del processo terapeutico

M. Biondi

U.O.C. Psichiatria e Psicofarmacologia Clinica, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

La letteratura tradizionalmente considera la relazione con il paziente e la psicoterapia secondo un approccio pressoché esclusivamente psicologico ed umanistico. Questo è dovuto sia a motivi storici che indubbiamente anche al contenuto primo dell'intervento. Tuttavia, la psicoterapia applicata a persone che soffrono a causa di un disturbo è un intervento terapeutico e come tale – vi è ormai ampio consenso tra gli addetti ai lavori su questo – necessita di studi di efficacia, esito, nonché di processo.

Questo significa aggiungere alle tradizionali procedure quali la formazione teorico-pratica attraverso l'esperienza; la pratica della supervisione; la discussione di casi clinici; l'indagine sulle variabili di processo ovvero sui meccanismi che portano al cambiamento; la misura e valutazione degli esiti secondo diversi criteri quali sintomatologico, di funzionamento, clinimetrico, infine forse in futuro con valutazione di parametri biologici; il confronto tra gruppi di trattamento, l'indagine sulla specificità di diverse tecniche per diverse indicazioni o pazienti.

Biologia delle emozioni e della relazione terapeutica*:* la ricerca nel campo delle neuroscienze e in psicosomatica ha documentato con sempre più ampie evidenze i correlati biologici delle emozioni e dei processi cognitivi. Questa evidenza può essere applicata per sviluppare una psicobiologia della relazione terapeutica, che vede coinvolto sia il paziente che il terapeuta. Essa spazia dallo studio dei diversi circuiti neurotrasmettitoriali (5HT, NA, GABA, DA), all'indagine sul ruolo di circuiti che includono tra gli altri amigdala, corteccia dell'insula e cingolo, asse ipotalamo-ipofisi, nonché centri del tronco cerebrale, ai correlati psiconeuroendocrini – cortisolo, ACTH, prolattina, ossitocina, oppioidi, etc. – neurovegetativi – come attività elettrodermica, frequenza cardiaca, ecc. –, neuromuscolari e al livello finale della periferia somatica incluso il sistema immunitario. Il concetto della depressione come malattia psicosomatica, che applicava il concetto di stress alla patogenesi della depressione, è stato antesignano (Reda & Pancheri 1979). La depressione indotta da perdita può essere presa come modello psicobiologico che prova come eventi psicologici vengano trasdotti in modificazioni neurochimiche. Vari studi hanno provato che le depressioni indotte da perdita hanno correlati centrali e periferici, neuroendocrini ed immunitari, suggerendo come la contrapposizione tra spiegazioni biologiche ("la causa della depressione è un'alterazione della serotonina") contrapposte a spiegazioni puramente psicologiche ("la causa della depressione risiede in fattori psichici") è prodotto di concezioni rigide e ormai superata (Biondi e Picardi, 1996). Un'altra naturale conseguenza di questa visione è l'apertura verso lo studio dei correlati biologici di guarigioni prodotte in alcune depressioni mediante psicoterapia o cambiamenti spontanei della vita (Biondi, 1995).

Questo rinnovamento della prospettiva – essenziale sia in ambito scientifico che nel sistema assistenziale privato o pubblico – implica un armamentario, un bagaglio di conoscenze e metodi ulteriori rispetto alla pratica della psicoterapia esclusivamente sulla parola, sul "lettino" o sulla "poltrona", essenziale ma non più sufficiente a comprendere meccanismi terapeutici complessi sia in disturbi psicopatologici che somatici – si pensi ai numerosi casi di disturbi fisici stress dipendenti, ad interventi in patologie quali ipertensione essenziale, patologie immuno-infiammatorie, ecc. Anni addietro venne rilevato come un elemento fondante del cosiddetto effetto placebo fosse proprio l'attivazione emozionale con il complesso dei suoi correlati biologici prodottisi all'interno della relazione terapeutica (Pancheri & Pancheri, 1984).

Psicobiologia della psicoterapia: alcuni studi già anni addietro avevano invero rilevato una *psicobiologia della relazione e del processo psicoterapico*, ad esempio obiettivando e misurando l'attività elettrodermica (GSR), elettromiografica, della frequenza cardiaca o della temperatura cutanea – tutti sensibili marcatori dell'attivazione emozionale fasica – sia nel paziente che nel terapeuta nel corso del colloquio. Durante sedute di psicoterapia è comune osservare modificazioni dell'attività elettrodermica parallela a momenti critici, ad alta emozionalità, nel colloquio, quail relativi a discussione di conflitti, situazioni di crisi, rielaborazioni, tensioni emozionali, ricordi carichi di dolore. Modificazioni biologiche elettrodermiche son riscontrabili anche nello psicoterapeuta, e sono interpretabili come specchio della tensione emozionale e della densità di una seduta. Venne rilevata con analisi delle serie storiche alta correlazione tra attivazione elettrodermica del paziente e quella del terapeuta durante sedute di psicoterapia (Biondi, dati non pubblicati). In alcune situazioni cliniche alcuni indici come l'attività elettrodermica erano impiegati come marcatori oggettivi, biologici, del miglioramento clinico nella cura delle fobie. Frederikson (1998) ha mostrato come le modificazioni GSR siano precedute dall'attivazione della corteccia frontale controlaterale.

Al tempo stesso, tecniche di rilassamento che a partire da istruzioni verbali nella relazione terapeutica risultano favorevoli in diverse patologie, producono oltre alle modificazioni soggettive anche cambiamenti a livello cerebrale e neuroendocrino (Pancheri et al., 1981) distinguendo anche differenze neuroendocrine quail livelli plasmatici di ACTH e prolattina tra pazienti migliorati e non migliorati (Biondi et al. 1986).

Altri studi evidenziarono come la comunicazione supportiva in una situazione sperimentale di stress da frustrazione potesse produrre effetti biologici protettivi quali bloccare l'elevazione del cortisolo plasmatico e la attivazione adrenergica, rispetto ad una comunicazione fredda, non supportiva, suggerendo come la parola potesse trasformarsi in modulazione dei circuiti neuroendocrini centrali dello stress (Biondi et al., 1986; Delle Chiaie et al., 1991).

Verso nuovi metodi di studio di esito: attualmente un cambiamento di prospettiva decisivo si sta avendo grazie agli studi di visualizzazione cerebrale che evidenziano le modificazioni successive a trattamenti psicoterapici. Studi sperimentali con diverse tecniche di visualizzazione cerebrale (es. risonanza magnetica funzionale) hanno documentato che ansia, paura, rabbia, tristezza e in genere la maggior parte delle reazioni emozionali intense sono accompagnate da correlati biologici centrali. Vi è ragio-

ne di pensare che questo accada costantemente nelle comuni situazioni di vita, nonché nel *setting* psicoterapico. In questo senso la psicoterapia può essere considerata come una vera e propria terapia "biologica", dove agendo attraverso contenuti mentali ed affettivi possono essere prodotte fini rimodulazioni di specifici circuiti centrali e modificazioni della "chimica della mente" (Biondi, 1995). Vi sono già alcuni primi studi che hanno documentato in campioni di soggetti con disturbi psichiatrici modificazioni a livello cerebrale dopo psicoterapia, paragonabili in vari casi a quelle associate a trattamenti psicofarmacologici.
Queste metodiche di visualizzazione cerebrale e di misurazione obiettiva del processo psicoterapeutico hanno duplice significato: da un lato permettono sul piano teorico un affascinante ampliamento e un'innovazione delle conoscenze rispetto ad anni addietro; dall'altro stanno aprendo nuove prospettive quali strumenti e metodi per valutare efficacia, indicazioni ed esiti delle psicoterapie con cui, verosimilmente, nei prossimi anni ci si dovrà confrontare

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 9.15-12.00
SALA CAVALIERI 1

ORE 9.15-10.00

Lettura introduttiva

MODERATORI
A.C. Altamura (Milano)

Do antipsychotic medications have neurocognitive effects beyond practice in patients with Schizophrenia and first episode psychosis? Answers from CATIE and other recent studies

R.S. Keefe

Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center Durham, North Carolina, USA

Neurocognition is severely impaired in schizophrenia, and deficits on tests of attention, memory, motor functions, and executive functions are more strongly correlated with outcome than any other aspect of the illness. Cognitive impairment has become so central to our understanding of the disorder that the criteria for schizophrenia in the latest versions of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM) and the International Classification of Diseases (ICD) may include cognitive impairment. Results from 1331 patients with chronic schizophrenia in the NIMH CATIE Trial suggest that the amount of cognitive improvement associated with second-generation antipsychotic treatment in chronic schizophrenia is minimal, and may not exceed the amount of improvement that would be expected from placebo or practice effects. Recent studies of first episode psychosis have had similar results, however those patients who did demonstrate improvement with treatment may demonstrate functional improvements. Clearly, additional pharmacologic and behavioral treatments are needed to improve cognition in schizophrenia.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 ORE 10.15-12.00
SALA CAVALIERI 1

Sessione plenaria - Premiazione poster

MODERATORI
G.F. Placidi (Pisa), L. Ravizza (Torino)

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 9.15-12.00
SALA CAVALIERI 1

ORE 9.15-10.00

Lettura introduttiva

MODERATORI
C. Faravelli (Firenze)

Research, practice, policy and politics: atypical antipsychotics revisited

R.A. Rosenheck

Yale Department of Psychiatry, New Haven, Connecticut, USA

Recent independent governmental research such as CATIE (*Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness*) and CUTLASS *(Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study)* suggest that Second Generation Antipsychotics (SGAs) other than clozapine may offer little, if any, net advantage over First Generation Antipsychotics (FGAs), especially intermediate potency FGAs; and are thus not likely to generate sufficient benefit to justify their $11.5 billion (US) annual costs (2005). Over half of of SGA use is "off-label" for non-approved uses. Health care const containment is an increasingly prominent goal for the US economy and perhaps other countries as well. Prescription cost-containment policies could improve the cost-effectiveness of overall antipsychotic practice by encouraging more selective use of SGAs, i.e. only when indicated. However such policies are blunt instruments since it is difficult to know which patients have an optimal response to any given treatment (i.e. such that they would not respond better to an alternative). However, restrictions on either drug availability or physician choice are subject to vigorous political opposition by professional and consumer advocacy groups as well as by industry, and extremely restrictive approaches could unintentionally reduce access to needed treatments. Interventions that directly reduce SGA prices would increase access for consumers but are inconsistent with broad opposition to government price regulation in the US. High expenditures on SGAs are thus likely to continue and grow without concomitant improvement in public health. "Soft touch" that pose no absolute restrictions may be feasible in some health care systems and are being tested.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008
SALA CAVALIERI 1

ORE 10.15-12.00

Sessione plenaria - I cangianti criteri diagnostici e nosografici

MODERATORI
P. Castrogiovanni (Siena), A. Siracusano (Roma)

Chi l'avrebbe mai detto? Il mondo cambia. Psychodinamic Diagnostic Manual (PDM) una classificazione con criteri psicodinamici

R. Rossi

Professore Ordinario di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Genova, Psicoanalista

Viene presentato, commentato e chiosato il Manuale Diagnostico Psicodinamico (*Psychodinamic Diagnostic Manual* – PDM), che si presenta come il simmetrico del DSM IV TR in campo psicodinamico.
Esso è stato approntato nel 2006 dalla convergenza di numerose istituzioni e associazioni psicoanalitiche americane, tanto che può essere inteso come il manuale ufficiale degli psicoanalisti, allo stesso modo come il DSM IV TR lo è degli psichiatri. Lo scopo è quello di avvicinare la pratica e la ricerca psicoanalitica, per quanto possibile, ai criteri di relazione con le *evidence*, con criteri di comunicabilità convenzionale tra i ricercatori, e di assicurare un'agevole trasmissione di dati e di valutazione dei risultati.
In questo senso, la sua importanza è grande e viene a rappresentare una grande svolta nell'impostazione degli analisti che vengono a spostare l'interesse dalla metapsicologia alle dimensioni più empiriche: si discutono i motivi di questa svolta e le ragioni, alcune concrete, altre più teoriche, che hanno portato a questa iniziativa. Si nota come il PDM si muove su tre assi, l'asse P, l'asse M e l'asse S, che esprimono aree e dimensioni diverse, rispettivamente la personalità, il funzionamento mentale, ed i sintomi. Come si vede l'impostazione assiale del DSM IV TR è mantenuta ma profondamente stravolta.

Continuum fenomenologico-patogenetico dei sintomi di I rango di Schneider. Il modello dei sintomi di base

C. Maggini

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Parma

Il modello dei Sintomi di base rappresenta un esempio di integrazione equilibrata di psicopatologia soggettiva e oggettiva : in esso al metodo fenomenologico (il modello si muove nel solco della fondazione jaspersiana e schneideriana della psicopatologia) si affiancano quelli propri delle scienze naturalistiche (metodi psicologico-sperimentali, metodi neurochimici, neurofisiologici, tecniche di *neuroimaging*) per lo studio dei correlati somatici dei disturbi transfenomenici e prefenomenici che sottendono i sintomi di base.
Diversamente dai sintomi che si manifestano con fenomeni comportamentali, osservabili e identificabili indipendentemente dal riscontro soggettivo e dalla comunicazione verbale, i sintomi di base per essere rilevati e valutati presuppongono da parte dell'intervistatore un approccio fenomenologico o meglio una attitudine fenomenologica.
Questo modello senza perdersi nell'illusione di comprendere l'esistenza malata nella sua totalità (propria delle psicopatologia fenomenologico-antropologica-eidetica), ha consentito di restringere l'incomprensibilità delle manifestazioni patologiche tradizionalmente attribuite a processi biologici, di esprimerle in una terminologia meno esoterica di quella degli antropofenomenologi e renderle accessibili alla verifica sperimentale. Con uno "slittamento di paradigma conoscitivo", uno spostamento di attenzione dai sintomi convenzionali ai fenomeni primari da cui essi scaturiscono, il modello ha reso evidente che i sintomi psicotici (sintomi di I rango di Schneider) non sono manifestazioni dirette di un disturbo della funzione cerebrale, ma il prodotto della mediazione antropologica e dell'amalgama personologico di disturbi elementari e acaratteristici, i sintomi di base che costituiscono i fenomeni ultimi, più vicini al substrato, il *novum* che segnala l'entrata nel registro psicopatologico e che rinvia ad una causalità biologica.

Rituali, taboo, paure: normalità delle nevrosi e la ricerca di validatori per le diagnosi dei disturbi d'ansia

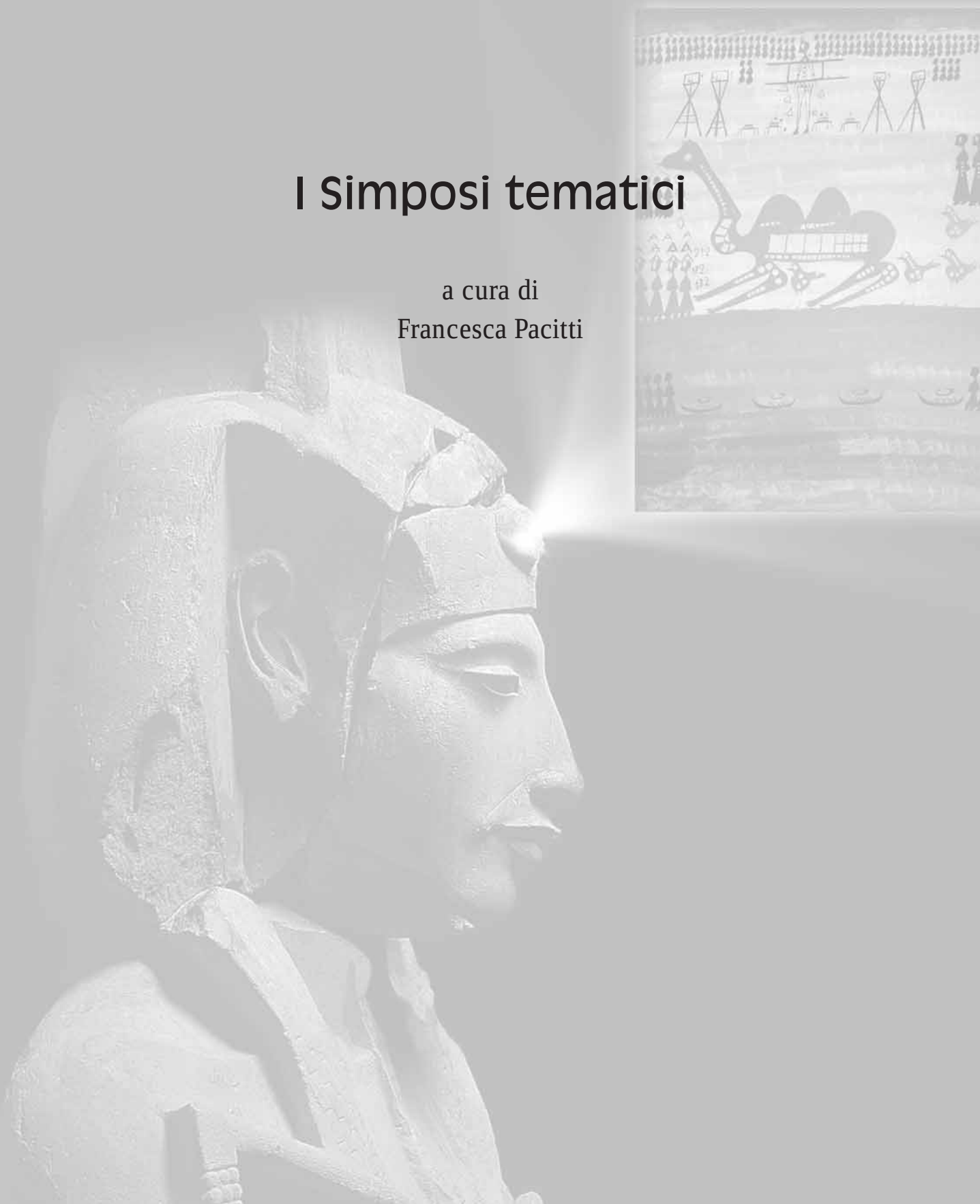
S. Pallanti

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Firenze; Department of Psychiatry Mount Sinai School of Medicine, New York

L'imponente gruppo di lavoro messo in moto dalla APA per la proposta del nuovo sistema classificativo pur muovendosi ed impiegando descrizioni dei cosiddetti disturbi mentali già in uso nelle precedenti versioni, si muove secondo una metodologia diversa.
Infatti seppure i disturbi inclusi nella nuova classificazione sono molto spesso gli stessi e la loro descrizione rimane prevalentemente sindromica, le differenze sembrano riguardare particolarmente la organizzazione delle classi, ed in alcuni casi la definizione di nuove classi di categorie.
Inoltre, anche in virtù della prevalenza riportata da tutti gli studi di popolazione di elevata comorbidità associata alla dimostrazione di efficacia in categorie diverse degli stessi farmaci (SSRI, NL nuova generazione) è largamente introdotto il criterio descrittivo della dimensionalità.
Altri obbiettivi dichiarati della task force sono la ricerca di una convergenza con la classificazione proposta dalla WPA con ICD, da un lato e dall'altro quello di individuare una base neurofunzionale, prevalentemente descritta come specifici circuiti funzionali.
Quindi il tentativo intrapreso dalla Apa anche in collaborazione con la WHO è quello di rendere "universali" le categorie,anche con il contributo dell'approccio transculturale (Pallanti, 2008), ed insieme di dare un fondamento neuroscientifico ad una costruzione che era inizialmente basata su alcuni concetti filosofico-ideologici "validati" soltanto attraverso un ampio accordo tra i diversi valutatori.
Ed è questa la novità vera, la più ambiziosa e dichiarata nella "Reserach Agenda for DMS V" (Kupfer et al., 2005). Si tenta quindi di passare da una definizione dei disturbi basta sull'"Inter-rater agreenment" e sulle convenzioni ad una definizione neuroscientificamente basata di disfunzioni del comportamento e della vita mentale.

I Simposi tematici

a cura di
Francesca Pacitti



MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA CAVALIERI 1

S1 - Stati misti maniacali/ipomaniacali/depressivi

MODERATORI
F. Benazzi, M. Biondi

Mixed states or missed bipolarity

H. Akiskal
University of California at San Diego, La Jolla, CA (USA)

Although mixed states have been known since at least Kraepelin, they are still often missed both in official nosology such as DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-IV ed.) and ICD-10 (International Classification of Diseases-10 ed.) and clinical practice. Officially, what is formally recognized is the concept of dysphoric mania, which involves full-fledged coexisting depression and mania. There is an extensive data-based literature which indicates that the most common expressions of mixed mania include "mixity", i.e. subthreshold depression intruding into mania. These usually arise from a background of depressive, irritable or cyclothymic temperaments. Moreover, the entire category of depressive mixed states, which involve the intrusion of irritable hypomanic symptoms into major depressive episodes in the form of flight of ideas or agitation, is completely ignored in official nosology. Apart from their conceptual, theoretical and pathophysiological significance, missing mixed state diagnosis has relevant therapeutic and public health consequences, in that inappropriate treatment is often provided to the sufferers. Current data indicate that all types of mixed states represent a substrate of suicidality. Fortunately, new pharmacological trials have included mixed states as one of the arms of placebo controlled studies and extensive data indicate that quick resolution of mixed states can be achieved.

Agitated depression

J. Angst
Zurich University, Psychiatric Hospital

Background: today agitated major depression is widely considered to be a mixed state, i.e. a form of bipolar-I and bipolar-II disorder. If this were true, agitated depression would be more prevalent among subjects with bipolar disorder (BP) than among those with major depressive disorder (MDD), and subjects would be characterised by a higher rate of a family history of BP. We investigated this hypothesis in an epidemiologcal sample.
Methodology: the data come from the Zurich Study, a representative cohort of the canton of Zurich, Switzerland, interviewed six times from age 20/21 to 40/41. Agitation was defined as observable motor restlessness, retardation as observable psychomotor slowness. The diagnoses of major and minor bipolar and unipolar disorders were based on a broad concept of bipolarity [1].
Results: the weighted prevalence rates of BP was 11.5% (N = 93) and of MDD 11.4% (N = 101). Agitation was present in 61.3% of BP and in 56.6% of MDD subjects ($p < .65$). Longitudinally BP subjects manifested both agitation and retardation (44.1%) more often than MDD (21.2%) whereas MDD subjects manifested pure agitation (35.4%) more often than BP subjects (17.2%; $p < .003$). Retardation alone was present equally in BP (17.2%) and MDD (16.2%).A gender difference was found, with women manifesting psychomotor symptoms (agitation or retardation) more often (81.8%) than men (64.8%); this was true for major and minor mood disorders.
A family history of mania was significantly more present in BP than MDD subjects but was not significantly correlated with agitation or retardation. A family history of depression was more present in depressed subjects with psychomotor symptoms than in those without. Frequent ups and downs of mood were significantly related to BP but did not differ between agitated and retarded MDE (*major depressive episode*).
Conclusion: the data do not support the hypothesis that agitated depression is a mixed state of bipolar disorder.

References

Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. *Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania*. J Affect Disord 2003;73:133-46.

Nuovi criteri diagnostici per la depressione agitata

A. Koukopoulos
Centro Lucio Bini, Roma

La depressione agitata con agitazione motoria è la forma classica di stato depressivo misto, descritto anche da Kraepelin e Weygandt e la sua diagnosi non presenta difficoltà. I criteri RDC di Spitzer e Endicott (1978) sono ampiamente sufficienti. Rimane il grave errore del DSM di non avere incluso tale sindrome nella sua nosografia. Consideriamo l'agitazione psichica importante quanto l'agitazione motoria quale espressione di una depressione mista. Allo scopo di distinguere l'agitazione psichica della depressione agitata da altre forme di agitazione proponiamo i seguenti criteri: un episodio di depressione maggiore con agitazione psichica può considerarsi un episodio di depressione agitate cioè episodio depressivo misto se presenta almeno tre dei seguenti sintomi: 1) *Fuga o affollamento dei pensier*i; 2) *irritabilità o sentimenti di rabbia non provocati*; 3) *assenza di segni di rallentamento*; 4) *loquacità*; 5) *descrizione drammatica della propria sofferenza o frequenti crisi di pianto*; 6) *labilità dell'umore e marcata reattività emotiva*; 7) *insonnia precoce*; 8) *alta pressione diastolica.*

Mixed mania/hypomania/depression and suicide risk

Z. Rihmer

National Institute for Psychiatry and Neurology

Although full clinical recovery and good quality of life for the patients is the ideal target in the everyday clinical practice, suicidal behaviour is the most important (and most visible) treatment outcome in patients with psychiatric, disorders. Untreated and unsuccessfully treated major major mood disorder (particularly the acute major depressive episode) is the main cause of attempted and completed suicide, particularly in the presence of comorbid Axis I/Axis II psychiatric disorders and other (psycho-social) suicide risk factors. Since the majority of mood disorder patients never commit or attempt suicide, other clinically explorable suicide risk factors in major depressive episode (like high level of severity, hopelessness, aggressive/impulsive personality features, prior suicide attempt, family history of suicide, adverse life situations etc.) also play a contributory role.

A relatively newly recognised important proximate suicide risk factor in major depressive episode might be the depressive mixed state (3 or more simultaneously co-occuring non-euphoric intra-depressive hypomanic symptoms = DMX-3) since the frequency of past suicide attempts and current suicidal ideations is much higher among mixed than nonmixed unipolar and bipolar major depressives. A most recent study have also found a significantly higher rate of DMX-3 among the 29 bipolar (I + II) depressive and 60 unipolar depressive suicide attempters (90% *vs.* 62% respectively) than in nonsuicidal 241 bipolar (I + II) and 104 unipolar major depressive outpatients (59% *vs.* 29% respectively). On the other hand, however, suicidal behaviour in bipolar patients is not exclusively restricted to depressive episodes since mixed (major) affective episode (meeting the full syndromal criteria for mania and major depression in the same time) and dysphoric mania (full mania and 3 or more depressive symptoms) also increases the risk of attempted and completed suicide.

The recognition of depressive mixed states as possible suicide risk factor has important implications for suicide prevention, since antidepressant monotherapy (unprotected by mood stabilizers) in depressed patients with unrecognised bipolarity can worsen depression via augmenting mixed depression or generating de novo mixed states.

References

Balazs J, Benazzi F, Rihmer Z, Rihmer A, Akiskal KK, Akiskal HS. *The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: implications for suicide prevention*. J Affect Disord 2006;91:133-8.

Benazzi F. *Suicidal ideation and depressive mixed states.* Psychother Psychosom 2005;74:61-2.

Benazzi F, Aksikal HS. *Clinical and factor-analytic validation of depressive mixed states: a report from the Ravenna-San Diego collaboration. Challenges in Contemporary Psychiatry.* Curr Opin Psychiat 2003;16(Suppl. 2):71-8.

Perugi G, Akiskal HS, Micheli C, Toni C, Madaro D. *Clinical characterization of depressive mixed state in bipolar-I patients: Pisa-San Diego collaboration.* J Affect Disord 2001;67:105-14.

Rihmer Z. *Prediction and prevention of suicide in bipolar disorders.* Clin Neuropsychiatry 2005;2:48-54.

Molecular biological underpinnings of suicidal behaviour

Z. Janka

University of Szeged, Department of Psychiatry, Szeged, Hungary

Etiology of suicide is regarded as multidimensional complex phenomenon comprising of psychological, sociological and biological factors. Suicidal behaviour refers to a wider spectrum including the range from the fatal completed act to the less lethal and often help-seeking impulsive suicidal attempt. Neurobiological correlates for this suicide spectrum have been found with the strongest element being the alteration in the brain serotonin (5-HT) system. However, other neurotransmitter dysfunctions have also been suggested. The question arises that with the advent of the availability of new molecular genetic and proteomic techniques the biological underpinnings of suicidal behaviour can be better understood. Deriving from the neurochemical findings on the 5-HT system (e.g. lowered end-product level in CSF, upregulated receptors, blunted neuroendocrine challenge values), genetic association studies aimed to the elements of 5-HT neurotransmitter machinery (synthetising enzyme, uptake transporter, receptors). Analysing the polymorphisms of tryptophan hydroxylase (TPH) gene has shown that TPH1 (intron 7) A218C variation might have some role; the A allel being in association, in a dose-dependent manner, with suicidal behaviour. However, in our sample of attempters we could not find any significant relationship between this polymorphism and the risk of suicidal behaviour, or the subscale scores of Buss-Durkee Inventory, or stratification according to gender, comorbid alcoholism, and family history of suicide. The frequency occurrence of A/C genotype was highest in all groups studied; the A allel being slightly higher overall. Several research groups indicate that the 5-HT transporter gene promoter polymorphism (short-allel) might bear some vulnerability risk to suicidal behaviour, although the data are not conclusive. Further, 5-HT receptor (2A, 1A, 1B, 2C, 6) gene polymorphisms have also been investigated recently. The results provide little evidence to connect these variants with the liability to suicidal behaviour, with a possible exception of 5-HT2A receptor T102C. Variable number of tandem repeat polymorphism (30-bp) of the monoamine oxydase A gene appears not to be involved in suicidality and inconclusive data suggest a role for the catechol-O-methyltransferase Val-158-Met polymorphism. Most studies are largely negative as regards the involvement of gene variants of dopamine, noradrenaline, or GABA systems in the propensity to suicide. Using DNA microarray techniques, recent investigations performed large-scale gene expression analysis in post-mortem human prefrontal cortex. Beside negative findings, some of the data suggest a role for spermine/spermidine N-acetyltransferase (rate-limiting enzyme in the catabolism of polyamines) gene in the predisposition to suicide. Studies measuring protein and mRNA levels point to a change in the signaling pathways (Rap-1: Ras family GTP-binding protein, B-Raf:

ERK/MAP kinase modulator) in post-mortem suicidal brains. Further, proteomic analyses of cerebral samples from suicide victims or CSF from attempters have been started with results indicating e.g. an alteration in glial fibrillary acidic protein and manganese superoxide dismutase in suicide samples compared to controls, thus providing new avenues to explore molecular underpinnings of suicidal behaviour.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA CAVALIERI 2

S2 - Ecce Homo: dolore somatico e dolore mentale

MODERATORI
R. Rossi, A. de Bartolomeis

La luce del vero: lo studio delle emozioni nell'opera di Caravaggio

C. Vecchiato

S.C. di Psichiatria, Ospedale S. Croce e Carle, Cuneo; Scuola di Specializzazione di Psichiatria e Neurofisiopatologia, Università di Genova

Che l'opera del Caravaggio sottenda ad un progetto artistico, ma anche in qualche modo scientifico volto alla strutturazione e comprensione di disorganizzate eccedenze affettive, è l'ipotesi da cui parte il presente lavoro che si propone di mettere a fuoco le istanze euristiche che accompagnano il doloroso, ma anche eroico vissuto del Pittore.
Pare di poter descrivere la "ricerca" del Caravaggio come un tentativo reiterato di "provare", "comprendere", "esperire" le emozioni attraverso l'uso di un canale percettivo preferenziale facendosi guidare dal suo vissuto. Interessante, a questo proposito, riproporre la cornice della *Gestalt Psychologie*, nella quale sono le forme quelle che propriamente e primariamente cioè inderivabilmente vengono colte nell'atto percettivo per meglio valutare ricerche recenti sul cervello visivo, specificamente quella di Semir Zeki che sostiene il ruolo primario nell'arte di quegli attributi della visione (colore, forma, movimenti, volti, espressioni facciali, linguaggio del corpo) alla cui elaborazione sono preposti sistemi cerebrali specializzati, nonché le nuove acquisizioni riguardo a mimesi ed empatia, principalmente negli studi sui "neuroni mirror" (V. Gallese).
Il lavoro procede attraverso:
1) la rivisitazione dei rapporti del Caravaggio con la scienza del suo tempo: le indagini della scienza "nuova" di cui la sua "pittura nuova" fu in qualche modo l'equivalente (A. Parrochi);
2) lo studio dell'aspetto intenzionale della sua opera con parole dei critici: "alla base del suo stile una forte volontà di tradurre la percezione ottica in pittura" (L. Salerno). Nonché la sua "ostinata deferenza al vero";
3) esaminando l'aspetto moderno della "visione" del Caravaggio secondo Longhi, l'inventore dei più meditati fotogrammi (nell'etimo descrizione della luce) come facilmente ci si convince dalle immagini caravaggesche portate in film: "sembrano girate innanzi a noi su corpi veri".

Le conclusioni verteranno su due ambiti dell'opera di Michelangelo Merisi:
1. aspetto relazionale: lo sviluppo di una difficoltosa costituzione dell'intersoggettività;
2. punti di ricongiungimento tra la ricerca scientifica e quella dell'artista.

Dolore mentale cosmico: il Cotard

A. Priori

Università di Genova

L'estremo grado di dolore mentale può essere individuato nel *Delirio* di Cotard. Si mette in evidenza la perdita di relazione emotiva coll'oggetto e il sentimento di perdita dei sentimenti, che in questo caso è al massimo livello di vicinanza all'Io, essendo rappresentato dalla negazione del corpo, e quindi dalla perdita del sé. Si nota come la vicinanza all'Io della negazione aumenti sempre più, nel Cotard, dagli oggetti esterni (negazione della realtà esterna), agli oggetti mentali (perdita della visione mentale), al proprio corpo (delirio di negazione degli organi). L'elemento di grandiosità negatorio (riferibile allo stato misto) è espresso dall'unica sopravvivenza mentale, il dolore mentale, che è vissuto come esterno e cosmico.
Un caso clinico esemplifica l'assunto psicopatologico.

Dolore somatico e dolore mentale

R. Rossi

Università di Genova

Il tema del dolore mentale è stato sempre, nell'ambito dei vissuti psichici ed in quello specifico delle reazioni agli eventi sul piano somatico e psichico, un problema misterioso e di difficile definizione.
Non v'è dubbio che il dolore mentale è una metafora, che prende le mosse dal dolore somatico, che è il dolore *tout court*. Il dolore ha appositi centri, apposite vie neurologiche, e funzioni specifiche: fu in *Inibizione Sintomo e Angoscia* (Appendice C) che Freud si pose per la prima volta il pro-

blema che dal dolore fisico derivava metaforicamente il dolore mentale, come quel vissuto legato alla separazione e alla perdita. In questa relazione si prendono le mosse dall'*Ecce Homo* di Antonello da Messina, con l'osservazione che il pittore è riuscito in questo caso a cogliere il passaggio dallo psichico al somatico attraverso una serie di particolari, che non possono che essere comportamentali e somatici, trattandosi di un dipinto. In questo caso il soma e la psiche sono un tutt'uno, di fronte alla realtà dolorosa e avversa.
Da questo si passa ad alcune considerazioni sulle illusorietà di alcune impostazioni nosologiche o comunque tassinomiche della psichiatria, che non riescono a cogliere il denominatore comune delle risposte emotive, somatopsichiche. Il simposio si allarga a considerazioni neurobiologiche.

Trasformazioni del dolore

S. Mungo

Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica Università di Genova, Sezione di Psichiatria

"La *nascita* si accompagna al dolore,
il *decadimento* è doloroso,
la *separazione* da ciò che è piacevole è dolorosa,
ogni desiderio *insoddisfatto* è doloroso"
(Buddha, 502 a.C.)

Il dolore rappresenta nella specie umana la più elevata forma d'integrazione tra dimensioni mentali e dimensioni biologiche. Ogni dolore fisico ha una connotazione emotiva. Ogni dolore psichico ha corrispettivi corporei. In questo senso è possibile trattare il dolore come un fenomeno unitario senza ulteriori distinzioni
L'anestesia indotta dalla suggestione sino al fachirismo sul versante fisico e il puro dolore spirituale sul versante psicologico, costituiscono i casi estremi delle possibilità umane.
Il dolore ha un senso autonomo come esperienza fisiologica di allarme con funzioni protettive ed autoriparative, facilmente identificabili nel dolore somatico, apparentemente meno chiare, ma pur sempre presenti, anche nel dolore mentale.
Il dolore può superare la soglia di tolleranza individuale e/o sociale; può divenire esso stesso causa di ulteriore sofferenza, oltre quella sua propria, attraverso dinamiche di potenziamento psichico o amplificazioni di natura biologica. Può essere così intollerabile da divenire esso stesso causa di malattia o di morte, attraverso il suicidio diretto o indiretto, la ricerca dell'eutanasia, sino alla disperazione melanconica, genitrice matrigna di ogni più grave patologia somatica.
Per questo motivo l'esperienza assolutamente soggettiva di insopportabilità della sofferenza ne comporta frequentemente la trasformazione in dimensioni psichiche o fisiche o comportamentali che la rendono meno pericolosa.
Questi stratagemmi della mente muovono dall'integrità del funzionamento delle difese dell'Io che, nei casi di fallimento o di incapacità strutturali, finiscono per comportare l'utilizzazione di meccanismi patologici, i quali, sovvertendo il significato protettivo, divengono, al contrario, esperienza di ulteriori, nuove e diverse patologie.
La trasformazione del dolore in un'accresciuta capacità di amare, sino alle modificazioni estreme del cambiamento lavorativo nel volontariato o nell'assistenza, implica l'utilizzazione sia della sublimazione sia dell'idealizzazione.
La completa riuscita del mutamento e soprattutto la tenuta nel tempo dipendono dall'integrità funzionale dell'Io e delle altre capacità di difesa, che vanno dall'accresciuta tolleranza alla frustrazione e all'elaborazione efficace delle perdite e separazioni, che sempre i cambiamenti di stile di vita comportano.
Le nuove gratificazioni narcisistiche sono utili, ma non indispensabili.
La trasformazione idealistica può avvicinare alla dimensione spirituale e a quella religiosa, ma può condurre anche ad un misticismo meramente autoreferenziale, la cui efficacia cronologica può essere facilmente soggetta alle incrinature proiettive (e deliranti).
La pura sublimazione artistica racconta la storiografia di grandi ed immortali capolavori, crolli improvvisi (*Il Grido* di Munch, 1893), o progressive cadute nella " … spaventosa insicurezza della (…) esistenza interiore" (Diario di F. Kafka, 3/5/1913).
Difficilmente c'è dato di sapere con certezza se la convivenza con il dolore, sino alla sua stoica accettazione, sia effetto di mutamento trasformativo o adattamento etologico alle necessità della sopravvivenza.
Ogni altra trasformazione sfuma gradualmente nella patologia via via più conclamata.
L'utilizzazione della formazione reattiva consente di ridere al funerale dell'amico, ma può estendersi dalla dissacrazione simbolica sino alla concreta azione criminosa, laddove la progressiva estinzione del senso di colpa individuale amplifica il potere giuridicamente definito della punizione inflitta dalla società.
Le trasformazioni ansiose vanno dal panico alla conversione; dalla mimesi di un attacco cardiaco sino all'appropriazione di patologie altrui. Qualche volta il meccanismo funziona stabilizzandosi in una nevrosi adattativa.
Le trasformazioni depressive e melanconiche sono quelle che si estendono, come nel lutto complicato, oltre il tempo fisiologico dell'elaborazione della perdita e comprendono, otre a tutte le varianti psichiche e corporee della malattia, condizioni specifiche quali: l'oppressione somatica, l'astenia plumbea e l'inerzia stuporosa.
L'utilizzazione massiccia delle difese negatorie può arrestarsi nell'assunzione di uno stile di vita opposto alla malattia, ma può arrivare sino alla vera e propria negazione maniacale
Le trasformazioni deliranti che utilizzano la scissione e la proiezione possono tradursi nelle varianti: del delirio metabolico (*il cancro come un figlio*); del delirio demoniaco (*la malattia come possessione*); del delirio erotomanico (*l'amore come gioco di potere*); del delirio dermatozoico (*la narrativa del prurito*).

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA ELLISSE

S3 - Unmet needs nella Demenza di Alzheimer

MODERATORI
E. Aguglia, G. Muscettola

Attuali linee di ricerca farmacologica per la Malattia di Alzheimer

S. Govoni

Dipartimento di Farmacologia Sperimentale ed Applicata, Università di Pavia

I progressi nella comprensione dei processi sottesi alla malattia di Alzheimer hanno permesso di andare oltre la visione originale della disfunzione colinergica, la cui validità non è posta in discussione, ma che viene ora inserita in un contesto più ampio. In particolare sono stati studiati il ruolo del costituente delle placche senili, beta amiloide, e quello del costituente dei gomitoli neurofibrillaril, la proteina tau. Numerosi studi hanno dimostrato che la formazione di un'eccessiva quantità di beta amiloide, a partire dal precursore proteico ad elevato peso molecolare, l'oligomerizzazione e la successiva deposizione del peptide in placche sono eventi precoci nel corso della malattia. Da sottolineare che i dati che si sono accumulati nel tempo dimostrano che il metabolismo del precursore di amiloide è modulabile farmacologicamente e può essere controllato dai neurotrasmettitori e da diversi farmaci tra cui gli stessi inibitori dell'acetilcolineterasi. L'attività neurotossica di beta amiloide è a tutt'oggi esplorata sotto vari aspetti. Il fatto, già menzionato, che amiloide dia origine ad aggregati neurotossici ha promosso lo sviluppo di sostanze capaci di impedire l'aggregazione, in questo momento in fase clinica di indagine, e di procedure di immunizzazione attiva e passiva contro beta amiloide. Le esperienze con il vaccino hanno fornito risultati ambigui che non permettono di trarre conclusioni definitive sull'efficacia del trattamento. Gli interventi su beta amiloide non rappresentano l'unica via di intervento diversa dagli inibitori dell'acetilcolinesterasi che è stata attuata. A livello dei trasmettitori classici il glutammato ha acquisito rilevanza per via di una sua potenziale azione eccitotossica cronica in parallelo o in cascata con beta-amiloide. Questo razionale ha permesso lo sviluppo di un antagonista reversibile dei recettori NMDA efficace in clinica. Molte altre sono le opzioni che sono state tentate nel tempo, tra cui l'uso di antiossidanti, di antinfiammatori, di estrogeni, statine ed altri. Fino ad ora non esistono prove che tali diverse vie d'intervento siano in grado di sostituirsi all'attuale impiego degli inibitori dell'acetilcolinesterasi. In alcuni casi (estrogeni, anti-infiammatori) i trial d'intervento sono falliti. Da un punto di vista generale chi scrive ritiene che tali approcci terapeutici abbiano significato all'interno di una strategia generale mirata alla prevenzione cardiovascolare per limitare tale componente di comorbilità all'interno della patologia neurodegenerativa. Di rilievo, infine, dal punto di vista concettuale i tentativi in corso con fattori di crescita delle cellule nervose. Per ora i risultati clinici ottenuti sono stati modesti, anche se nel complesso i dati suggeriscono che tali fattori somministrati in modo e in sede adeguata possono avere un effetto neurotrofico e rallentare il processo degenerativo dei neuroni colinergici. In sintesi il quadro generale lascia prevedere la possibilità di individuare nuovi e diversi bersagli biologici e quindi nuovi farmaci per la malattia di Alzheimer, potenzialmente diretti alle cause o ai meccanismi molecolari da essa avviati. D'altra parte occorre anche sottolineare con forza che le nuove terapie hanno tempi di sviluppo lunghi e quindi nel breve e nel medio termine non è possibile prevedere di sostituire rapidamente i farmaci oggi approvati con molecole capaci di modificare il corso della malattia. Occorre invece sfruttare al meglio quanto disponibile cercando di realizzare la dove è possibile sinergie (anche tra terapie farmacologiche ed approcci non farmacologici), fatto salvo l'onere di provare che l'uso di interventi plurimi coordinati permetta di raggiungere risultati migliori della monoterapia.

Il trattamento dei disturbi non cognitivi nella demenza di Alzheimer: tra evidenze e problematicità

S. La Pia

Dipartimento di Salute Mentale, A.S.L. Napoli 4, Napoli

Con l'aumento della vita media della popolazione si è assistito ad un parallelo incremento della prevalenza della malattia di Alzheimer e delle altre forme di demenza. Accanto ai deficit cognitivi, un aspetto particolarmente rilevante del profilo sintomatologico della demenza lungo l'arco del suo decorso è costituito dalla graduale compromissione delle capacità di svolgere le attività di vita quotidiane associata alla comparsa di una eterogenea serie di sintomi psicologici e comportamentali, attualmente indicati con la sigla BPSD *(*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia). In quest'ambito si comprendono raggruppamenti sintomatologici quali apatia, depressione, psicosi, agitazione, aggressività, che presentano ampie aree di sovrapposizione. I BPSD rappresentano una delle principali cause di stress dei caregiver, di ricorso all'istituzionalizzazione e conseguente aumento di disabilità e costi sociali. Inoltre, essi esercitano un rilevante impatto negativo sulla qualità di vita del paziente e del prestatore di assistenza. Soprattutto a causa dei sintomi psicotici, dell'agitazione e dell'aggressività, i pazienti dementi presentano spesso emergenze comportamentali che richiedono un tempestivo intervento domiciliare dove, accanto alle manovre di sostegno ambientale e comportamentale, uno strumento fondamentale è costituito dall'approccio farmacologico, graduato in base al livello di gravità del sintomo, alla sofferenza del paziente e allo stress del caregiver, e rivolto ad alcuni "sintomi bersaglio" attingibili con l'uso appropriato di varie classi di farmaci. Naturalmente, soprattutto in ambito domiciliare risultano in primo piano le problematiche connesse all'effica-

cia, ma soprattutto alla tollerabilità, in acuto ed in cronico, dell'intervento faramacologico. Scopo della relazione è fornire un aggiornamento sulle principali evidenze a sostegno dell'utilizzo degli psicofarmaci (ansiolitici, antipsicotici, antidepressivi, stabilizzanti dell'umore) e della stessa terapia delle disfunzioni cognitive nel trattamento dei BPSD. In particolare, saranno affrontate le questioni derivanti dall'intervento in urgenza e dalla recente problematica riguardante il profilo di tollerabilità degli antipsicotici di nuova generazione nel trattamento dei BPSD.

Comorbidtà tra deficit cognitivi e disturbi dell'umore

M. De Vanna, F. Bertossi, T. Cristante, M.L. Onor, M. Trevisiol, A. Pizzolato, E. Aguglia

U.O.C. Clinica Psichiatrica, Università di Trieste

Introduzione: l'anziano dimostra una particolare vulnerabilità per alcune malattie, quali demenza e disturbi del tono dell'umore. I due disturbi spesso coesistono: nella depressione si osservano disturbi cognitivi e nella depressione può essere presente una componente depressiva. È stato inoltre riscontrato che soggetti con diagnosi tardiva di depressione dimostrano un rischio più elevato di sviluppare una demenza rispetto ai controlli. Questi risultati suggeriscono come la depressione senile, un tempo denominata "pseudo-demenza depressiva", include pazienti con demenza in fase precoce.
Metodologia: la nostra attività clinica e di ricerca si è concentrata su un campione di pazienti con diagnosi di MCI ed è stata valutata su questa popolazione la presenza di comorbidità con i disturbi della sfera affettiva. Dalla popolazione di 1534 pazienti seguiti dall'ambulatorio dei disturbi cognitivi dell'anziano, abbiamo selezionato 70 casi con diagnosi finale di Mild Cognitive Impairment. Questi pazienti sono stati testati per le funzioni cognitive con una batteria di test caratterizzata da MMSE, Figura di Ray RI ed RD, 15 Parole di Rey RI ed RD, Memoria di prosa RI ed RD, Digit span, FAS,Token Test, Trial A e B, Riconoscimento parole, Matrici attentive, CDT, Matrici di Raven ed è stato richiesto a giudizio del clinico un esame di neuroimaging (RMN, SPECT), inoltre è stata somministrata la Geriatric Depression Scale per la valutazione di un disturbo depressivo.
Risultati: i pazienti sono stati seguiti con controlli stabiliti per un periodo di almeno un anno e sono stati adeguatamente trattati in presenza di una sintomatologia depressiva. Si sono così potute definire tre sottopopolazioni: una composta da pazienti che presentavano una sintomatologia depressiva all'esordio che ha in seguito dimostrato la presenza di un disturbo cognitivo iniziale, l'altra composta da pazienti con MCI che ha sviluppato in seguito un disturbo dell'umore ed una terza caratterizzata da pazienti con disturbo cognitivo senza comorbidità con disturbo dell'umore.
Conclusioni: i dati emersi dalla nostro studio epidemiologico sottolineano la presenza di comorbidità tra i disturbi cognitivi ed i disturbi dell'umore nell'anziano ed esortano il clinico a prestare massima attenzione di fronte alla presenza di tali patologie ed effettuare una valutazione globale che comprenda anche il possibile deterioramento mentale.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA MONTEMARIO

S4 - La specificità del disturbo bipolare in età evolutiva

MODERATORI
G. Masi, G. Perugi

Implicazione cliniche di una sottotipizzazione fenotipica

C. Pari, G. Masi, S. Millepiedi, C. Pfanner, S. Berloffa, M. Mucci

IRCCS Stella Maris per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Calambrone (PI)

Recenti ricerche hanno focalizzato l'attenzione sulla sottotipizzazione del disturbo bipolare (DB) in età evolutiva. Sulla base di queste ricerche abbiamo voluto ricercare in un campione naturalistico di bambini e adolescenti con mania ed episodi misti se una sottotipizzazione più utile possa essere basata su caratteristiche cliniche, come la suddivisione secondo il DSM IV (DB tipo I, DB tipo II, DB non altrimenti specificato), l'esordio prepuberale rispetto a quello adolescenziale, il decorso cronico rispetto a episodico, l'umore irritabile rispetto a quello euforico e la comorbidità con ADHD. Abbiamo riportato alcuni dei nostri studi più recenti che prendono in considerazione ampi campioni (parzialmente sovrapposti) di bambini e adolescenti diagnosticati sulla base delle informazioni anamnestiche, di osservazioni prolungate ed una intervista clinica strutturata (K-SADS-PL). Questi studi sembrano supportare un modello convergente di DB ad esordio precoce, secondo il quale potrebbero essere grossolanamente descritti due fenotipi ampi. Il primo fenotipo presenta le seguenti caratteristiche cliniche: esordio precoce, comorbidità con ADHD, decorso cronico, umore irritabile, alta comorbidità con DOP/DC, importante impairment funzionale, minore mi-

glioramento durante il follow-up, caratteristiche cliniche che soddisfano i criteri della definizione di DB NAS del DSM IV. Il secondo fenotipo presenta le seguenti caratteristiche cliniche: esordio tardivo, minore comorbidità con ADHD, decorso più frequentemente episodico, minore comorbidità esternalizzante, ma aumentata comorbidità internalizzante (ansia), maggiore sensibilità ai trattamenti. Molti di questi pazienti soddisfano i criteri per DB I o DB II. Una ulteriore validazione di questa distinzione richiederà studi prospettici che esplorino se questi sottotipi rappresentino disturbi differenti o siano parte di un unico spettro di malattie correlate e parzialmente sovrapposte. La stabilità dei due fenotipi non è ancora chiara, anche se studi clinici preliminari suggeriscono che parte dei pazienti con il primo fenotipo potrebbe modificare la fenomenologia durante il decorso del disturbo.

Bibliografia

Masi G, Toni C, Perugi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, et al. *The clinical phenotypes of juvenile bipolar disorder: toward a validation of the episodic-chronic distinction.* Biol Psychiatry 2006;59:603-10.

Masi G, Toni C, Perugi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, et al. *Attention deficit hyperactivity disorder – bipolar comorbidity in children and adolescents.* Bipolar Disord 2006;8:373-81.

Masi G, Perugi G, Millepiedi S, Mucci M, Toni C, Bertini N, et al. *Developmental differences according to age of onset in juvenile bipolar disorder.* J Child Adolesc Psychopharmacol 2006;16:679-85.

Masi G, Perugi G, Millepiedi S, Mucci M, Pari C, Pfanner C, et al. *Clinical implications of DSM-IV subtyping of bipolar disorders in referred children and adolescents.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46:1299-306.

Predittori di risposta nel disturbo bipolare in età evolutiva

M. Mucci, G. Masi, S. Millepiedi, C. Pfanner, S. Berloffa, C. Pari

IRCCS Stella Maris, Istituto di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Calambrone (PI)

La terapia farmacologica di prima scelta nel disturbo bipolare in età evolutiva è rappresentata dagli stabilizzatori dell'umore, in particolare acido valproico e litio, e nelle forme resistenti dagli antipsicotici atipici. Scopo di questa presentazione è quella di presentare i dati relativi a possibili predittori di risposta al trattamento nella mania in età pediatrica.
Verrano riportati i dati relativi ad una ampia casistica di 266 pazienti consecutivi (158 maschi e 108 femmine, età media 13,8 ± 2,8 anni) trattati inizialmente con monoterapia con acido valproico (VPA) (n = 158, 59,4%), o litio (n = 90, 33,8%) o antipsicotici atipici (n = 18, 6,8%). Successivamente, sulla base della necessità clinica, i non responder hanno ricevuto una terapia con i due stabilizzatori, o con uno stabilizzatore ed un atipico.
Il 59,5% dei pazienti inizialmente trattati con VPA ed il 47,8% dei pazienti trattati con litio sono restati in monoterapia. Verranno descritte le caratteristiche dei pazienti che hanno risposto alla monoterapia rispetto a coloro che hanno necessitato di una politerapia, per ciascuno dei gruppi di trattamento.
Verranno infine descritte le caratteristiche dei soggetti che al termine del follow-up sono risultati *responders* o *non responders* alle mono-e poli-terapie, ed i fattori associati alla resistenza al trattamento (in particolare età di esordio, decorso cronico o episodico, specifiche comorbidità).

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA LEONARDO

S5 - Gli attuali modelli di intervento psicoterapico e il trattamento dei disturbi di personalità

MODERATORI
S. Bellino, D. De Ronchi

Interventi di crisi e alleanza terapeutica

L. Pavan, M. Marini

Dipartimento di Neuroscienze Sezione Psichiatrica, Università di Padova

Introduzione: tra i fattori terapeutici legati all'esito della terapia vi sono variabili legate sia al paziente che al terapeuta. Tra le più importanti atte a determinare l'evoluzione è l'esito della terapia vi sono certamente le caratteristiche collegate alla diagnosi e alla gravità del paziente, al tipo di "modalità" relazionale prevalente che fa riferimento a tratti o specifiche "coloriture" di personalità.

Metodologia: nell'ambito dell'intervento di crisi, si è centrata l'attenzione sui fattori predittivi dell'evoluzione del rapporto terapeutico di coppia, alla luce dello sviluppo di un clima di alleanza di lavoro volta a perseguire gli scopi terapeutici della cura. In questo senso la personalità ha un ruolo importante come fattore predittivo del rischio di interruzione concordata del trattamento.
Risultati: il momento specifico di impasse che caratterizza la crisi emozionale sembra predisporre anche i pazienti con notevoli componenti disfunzionali e disadattative all'ingaggio e alla sottoscrizione collaborativa di un clima favorevole allo sviluppo di un'alleanza di lavoro. Il momento di crisi risulta interessante dal punto di vista della potenziale di-

sponibilità verso l'apertura relazionale di affidamento che normalmente viene ostacolata dalle caratteristiche stesse di personalità che connotano la natura spesso altamente conflittuale delle relazioni interpersonali. Allo stesso tempo sembra che in alcuni quadri di personalità un recupero "timico" possa predisporre ad una riattivazione delle modalità relazionali caratteristiche che possono determinare anche l'interruzione non concordata del trattamento. Sembra anche che molta importanza possa essere attribuita alla prevista interruzione prestabilita del trattamento che viene mal tollerata e spesso agita in termini di late drop-out.
Conclusioni: l'intervento di crisi sembra permettere un accesso vantaggioso alla relazione terapeutica collaborativa che definisce lo stabilirsi dell'alleanza terapeutica anche in quei casi in cui l'ingaggio risulta spesso ostacolato dalle caratteristiche correlate alla personalità. L'evoluzione del trattamento, che sembra quindi offrire un valido ausilio al recupero del livello di funzionamento precedente, viene però influenzato dalle ri-attivate modalità relazionali che determinano spesso la sua evoluzione.

Psicoterapia Cognitiva nei Disturbi di Personalità: il punto su problemi clinici

M. Biondi, M. Pennisi

Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma, U.O.C. di "Psichiatria e Psicofarmacologia Clinica", Policlinico Umberto I

I meccanismi deputati alle varie operazioni mentali di cui la personalità è la risultante, possono essere disfunzionali e toccare intere e vaste aree di vita sociale e interiore, assumendo la forma dei Disturbi di Personalità. È indubbio che il mondo di questi disturbi sia molto complesso.
Attraverso interrogativi, argomentazioni, confutazioni di esse ed un'attenta analisi dei dati sperimentali, obiettivo di questo lavoro è di stimolare, quanto meno, delle riflessioni relativamente ai Disturbi di Personalità. Nel lavoro che presentiamo saranno discussi in particolare tre punti rilevanti per l'approccio psicoterapico cognitivo.
Il primo è relativo al problema diagnostico: gli attuali sistemi di classificazione, infatti, basati su definizione categoriale e non dimensionale, psicopatologica descrittiva e non funzionale, hanno reso la diagnosi più precisa ma riduzionista. Il secondo, in un *continuum* con il primo punto, riguarda le frequenti comorbidità tra stessi disturbi di asse II, che non pochi problemi suscita nella programmazione degli interventi e valutazione degli esiti. Ad esempio, in vari casi clinici può divenire arduo definire quale disturbo risponde a quale trattamento. Il terzo si riferisce ai dati di efficacia, esistenti in Letteratura, sulla psicoterapia cognitiva o più psicoterapie messe a confronto, rispetto al cambiamento relativamente allo stato psichico (es. schemi disfunzionali) e ai tratti di personalità sottostanti.
Nonostante ci siano ancora evidenti problemi metodologici che riguardano i primi due punti trattati, rispetto al terzo punto possiamo concludere che una revisione della letteratura mostra l'efficacia della psicoterapia nei disturbi di personalità.

I risultati della psicoterapia interpersonale nel trattamento del disturbo borderline di personalità

S. Bellino

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Le linee guida dell'*American Psychiatric Association* per il trattamento del disturbo *borderline* di personalità (DBP) (APA, 2001) e il successivo aggiornamento (Watch, 2005) suggeriscono un approccio di tipo combinato, nel quale la terapia farmacologica trova indicazione per trattare i sintomi di stato negli scompensi acuti e le vulnerabilità di tratto, mentre la psicoterapia è finalizzata al rimodellamento dell'assetto personologico del paziente, intervenendo sugli schemi cognitivi e sui modelli interpersonali disfunzionali, con conseguente miglioramento del funzionamento globale e della qualità di vita. Tra le psicoterapie individuali indicate nel trattamento del DBP, quella cognitiva (CT) e quella interpersonale (IPT) sono state inizialmente proposte come trattamenti specifici per la depressione maggiore e sono state successivamente applicate con buoni risultati anche nel DBP. Si tratta di un aspetto particolarmente rilevante, poiché è noto dagli studi epidemiologici e dalla pratica clinica che il disturbo depressivo maggiore è la più frequente codiagnosi di Asse I in pazienti borderline, con valori lifetime > 50%.
Presso la Struttura Complessa di Psichiatria dell'Università di Torino ci siamo occupati di indagare l'efficacia della terapia combinata di pazienti con DBP che hanno sviluppato un episodio depressivo maggiore non psicotico e non bipolare. I nostri studi si sono articolati in tre indagini successive.
Nella prima indagine ci siamo proposti di valutare la terapia combinata con IPT, 1 seduta settimanale, associata ad un SSRI (fluoxetina, 20-40 mg/die) in confronto alla sola farmacoterapia in un gruppo di 39 pazienti borderline che manifestavano un episodio depressivo maggiore. I 32 pazienti che hanno completato le 24 settimane di trattamento sono stati valutati attraverso un'intervista semistrutturata per le caratteristiche demografiche e cliniche, la Clinical Global Impression scale (CGI), le scale di Hamilton per depressione e ansia (HAM-D, HAM-A), il Satisfaction Profile (SAT-P) per la qualità di vita e l'Inventory of Interpersonal Problems a 64 item (IIP-64) per le aree problematiche interpersonali. L'analisi statistica è stata condotta con l'analisi GLM univariata per calcolare l'effetto dei fattori tempo e trattamento. In sostanziale accordo con precedenti indagini disponibili in letteratura, il trattamento combinato si è rivelato più efficace per quanto riguarda la sintomatologia depressiva (HAM-D), la qualità di vita in termini di funzionalità sociale (SAT-P) e alcuni problemi delle relazioni interpersonale (domini "vendicativo/autocentrato", "freddo/distante" e "intrusivo/richiedente" dell'IIP).
In una successiva indagine abbiamo indagato l'efficacia della terapia combinata (SSRI e IPT) in pazienti con depressione maggiore e DBP in confronto a pazienti depressi con altri disturbi di personalità. I 56 pazienti arruolati sono stati valutati con le stesse scale dello studio precedente. Si sono verificati 8 drop-out. L'analisi GLM univariata è stata applicata per misurare l'effetto dei fattori tempo e diagnosi di

Asse II. Al termine dei 6 mesi di trattamento si è riscontrato il miglioramento della maggior parte delle scale sintomatologiche e funzionali in entrambi i gruppi. Si è tuttavia osservata nel gruppo dei pazienti depressi con DBP una risposta meno soddisfacente per quanto riguarda CGI, funzionalità psicologica del SAT-P ed i domini "dominante/controllante" e "freddo/distante" dell'IIP. Si può quindi concludere che la terapia combinata è complessivamente efficace nel trattamento della depressione anche in pazienti borderline, che tuttavia risultano meno responsivi secondo alcuni parametri clinici e funzionali.
Infine, abbiamo confrontato, in un gruppo di 32 pazienti con diagnosi di DBP ed episodio depressivo maggiore, l'efficacia della terapia combinata con fluoxetina, 20-40 mg/die e due diversi interventi psicoterapici: psicoterapia interpersonale (IPT) e psicoterapia cognitiva (CT), entrambe con sedute settimanali. La terapia combinata è stata proseguita per 6 mesi. La valutazione dei pazienti è stata la medesima delle indagini precedenti, con l'aggiunta del Beck Depression Inventory (BDI) per l'autovalutazione della sintomatologia depressiva secondo il modello cognitivo di Beck. Nei 26 pazienti che hanno completato lo studio, entrambi i modelli di terapia combinata sono risultati complessivamente efficaci, come è indicato dalla differenza significativa riscontrata rispetto al fattore tempo per tutte le scale sintomatologiche, la maggior parte dei fattori del SAT-P e alcuni dei domini dell'IIP. Alcuni risultati significativi anche rispetto al fattore trattamento indicano che sono presenti differenze di risposta ai due modelli di terapia combinata. In particolare, la CT risulta più efficace sulla sintomatologia ansiosa e sul fattore "funzionalità psicologica" del SAT-P; l'IPT risulta più efficace sul fattore "funzionalità sociale" del SAT-P e sui domini "dominante/controllante" e "intrusivo/richiedente" dell'IIP.
Le indagini cliniche che ho descritto ci hanno permesso di approfondire la valutazione degli effetti del trattamento combinato con due modelli psicoterapici (IPT e CT) di pazienti che presentano la frequente associazione di DBP e depressione maggiore. Tuttavia, numerose questioni aperte riguardanti la psicoterapia e la terapia combinata del disturbo borderline di personalità rendono necessarie ulteriori indagini cliniche. In particolare, sarebbero auspicabili ulteriori studi di confronto fra diversi modelli di psicoterapia sulla base di strumenti di valutazione specifici; studi per definire il tipo di psicoterapia più indicata in rapporto alle caratteristiche cliniche di sottogruppi omogenei di pazienti; studi di confronto fra terapia combinata e psicoterapia singola e fra terapia combinata e terapia sequenziale; indagini di confronto fra terapia combinata condotta da un singolo terapeuta e quella in cui collaborano due terapeuti; studi volti a determinare la durata ottimale della psicoterapia nel trattamento del DBP; indagini per stabilire nella terapia combinata quale dei due trattamenti sia da considerare più idoneo per la fase di mantenimento. La persistenza o l'ulteriore incremento dei risultati dopo il termine della psicoterapia o della terapia combinata dovrebbero essere stimati nel corso di studi di follow-up.

Bibliografia

American Psychiatric Association. *Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder.* Am J Psychiatry 2001;158:1-52.

Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, Bogetto F. *Combined treatment of major depression in patients with borderline personalità disorder: a comparison with pharmacotherapy.* Can J Psychiatry 2006;51:453-60.

La Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP) nel trattamento di alcuni disturbi di personalità. Primi risultati di un trial presso un Centro di Salute Mentale

A. Ferrero

CSM Chivasso (TO), Unità di Psicoterapia, DSM ASL 7, Chivasso (TO)

Nell'ultimo decennio il trattamento di un ampio numero di soggetti con gravi disturbi di personalità sta impegnando in modo crescente le risorse dei Centri di Salute Mentale, comportando, tra il resto, l'utilizzo di competenze psicoterapeutiche specifiche. La Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP) si propone come una psicoterapia psicodinamica ad orientamento adleriano, specifica per pazienti con organizzazione borderline di personalità, caratterizzata da un setting time-limited, focalizzata su quattro differenti livelli di funzionamento del paziente, articolata in moduli sequenziali e ripetibili di sedute. Valutata la letteratura scientifica in proposito, si è inteso verificarne l'efficacia nella pratica clinica, anche in termini di rapporto costi-benefici.
Il presente contributo presenta una descrizione dei principi del trattamento ed i primi risultati della ricerca che ha avuto inizio nel febbraio del 2005, effettuata dal CSM di Chivasso (TO) e dall'Unità di Psicoterapia del DSM ASL 7 Regione Piemonte, in collaborazione con la Società Adleriana Italiana Gruppi e Analisi.
Sono stati considerati come includibili nello studio tutti i pazienti di sesso maschile e femminile di età compresa tra i 18 e i 50 anni affetti da un disturbo di personalità in asse II del DSM-IV, in carico al servizio da almeno tre mesi. Nella selezione degli utenti si è posta attenzione al fatto che, accanto alla diagnosi psichiatrica categoriale di Disturbo di Personalità fosse presente una diagnosi psicodinamica di Organizzazione Borderline di Personalità, secondo i criteri individuati da Kernberg. Tra i pazienti includibili nello studio sono stati selezionati con procedure di randomizzazione 30 utenti, successivamente divisi in due bracci di 15 utenti ciascuno: il braccio A, il cui trattamento consiste in una presa in carico articolata, in cui la terapia farmacologica è associata ad interventi psicosociali di sostegno ed il braccio B, in cui al trattamento precedente è abbinata la SB-APP. L'intervento psicoterapeutico è stato affidato a terapeuti di formazione adleriana specifica.
Le valutazioni (SCID-I, SCID-II, CGI, SVFLS, BPRS, SCL-90, STAXI, TCI) sono state effettuate all'inizio del trattamento, a 3, 6 e 12 mesi.

La terapia cognitivo-evoluzionista (TCE): valutazione degli esiti di uno studio naturalistico di confronto tra TCE individuale semplice, coterapia TCE individuale-farmaci, coterapia TCE individuale-gruppo su un campione di 145 pazienti con disturbi di personalità e/o comorbilità asse I/II

G. Fassone[*], A. Ivaldi[*], M.T. Rocchi[* **], M.G. Mantione[*]

[*] VI Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma; [**] Centro di Salute Mentale, ASL RM B, Roma

Lo studio presenta i risultati di uno studio naturalistico controllato in cui vengono confrontati e discussi i risultati di tre diversi trattamenti ad orientamento cognitivo-evoluzionista nella terapia del paziente con disturbo di personalità (in prevalenza borderline) o di pazienti in comorbilità in asse I/II. I trattamenti sono costituiti da TCE individuale, una coterapia cognitivo-evoluzionista associata a farmacoterapia, una coterapia in doppio setting individuale-gruppo ad orientamento cognitivo-evoluzionista. Scopo dello studio, pur con tutti i limiti metodologici intrinseci al disegno sperimentale adottato, è quello di evidenziare possibili differenze in termini di decorso e di esito nei tre approcci ad orientamento TCE. L'ipotesi, peraltro già in parte confermata da evidenze precedenti, è che una coterapia propriamente detta, che abbia come riferimento teorico la teoria dei sistemi motivazionali interpersonali, possa avere più probabilità di successo rispetto ad una terapia individuale in questi pazienti c.d. difficili. Scopo ulteriore dello studio è quello di confrontare gli esiti di due diverse coterapie, una in cui viene effettuata una terapia individuale affiancata ad una farmacoterapia, l'altra derivante dal modello di intervento specifico individuale-gruppo, pensata e strutturata per il trattamento di questa ampia categoria di pazienti. Le variabili di esito utilizzate sono: percentuale di drop-out; frequenza di gesti autolesivi e comportamenti d'abuso di sostanze; punteggi delle scale: VGF (funzionamento globale); BASIS-32 (comportamento, relazioni interpersonali e impulsività); QoL-I (qualità della vita). La discussione dei dati, ottenuti su un campione di oltre 140 soggetti distribuiti nei tre gruppi, sarà orientata a sottolineare eventuali differenze tra i trattamenti e a discuterle in relazione ai presupposti teorici e metodologici alla base dello studio.

Bibliografia

Liotti G, Farina B, Rainone A. *Due terapeuti per un paziente. Dalla teoria dell'attaccamento alle psicoterapie a settino multipli*. Roma: Laterza 2005.

Fassone G, Ivaldi A, Rocchi MT. *Riduzione del drop-out nei pazienti con disturbi gravi di personalità: risultati preliminari di un modello di psicoterapia cognitivo-comportamentale integrata, individuale e di gruppo.* Rivista di Psichiatria 2003;38:241-6.

Fassone G, Ivaldi A, Rocchi MT, Mantione G. *Valutazione degli esiti di un trattamento cognitivo-evoluzionista integrato (individuale-gruppo), per pazienti con disturbo di personalità borderline e/o comorbilità in asse I/II: studio semi-naturalistico controllato.* Cognitivismo Clinico 2004;1,2:124-38.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45

SALA SAN PIETRO

S6 - L'ansia è una comorbidità?

MODERATORI

F. Bogetto, R. Quartesan

La schizofrenia

P. Rocca, M. Giugiario, A.M. Milani, L. Pulvirenti

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

L'angoscia psicotica è costitutiva della schizofrenia e parte integrante della sintomatologia positiva, negativa e disorganizzata. A volte può estrinsecarsi in presentazioni fenomeniche che rispondono ai criteri diagnostici per i disturbi d'ansia, altre volte è una vera e propria comorbilità con pregressi o concomitanti disturbi d'ansia indipendenti dal processo schizofrenico. Quest'ultima evenienza è probabilmente più rara di quel che viene solitamente definito sotto il termine comorbilità.

Sebbene l'ansia sia stata a lungo riconosciuta come una parte importante della psicopatologia della schizofrenia, pochi studi hanno valutato la prevalenza dei sintomi e/o disturbi d'ansia in corso di schizofrenia. Questo potrebbe essere dipeso dall'approccio gerarchico della nosografia psichiatrica classica, che ha dato maggior peso ai sintomi considerati più rilevanti nella gerarchia diagnostica, implicando che non si prestasse sufficiente attenzione alla sintomatologia accessoria e che un paziente ricevesse, nella maggior parte dei casi, un'unica diagnosi. L'introduzione del DSM-IV e dell'ICD-10 ha modificato questa prospettiva: è possibile diagnosticare contemporaneamente più disturbi, qualora ne vengano soddisfatti i criteri temporali e sintomatologici necessari per la diagnosi. La comorbilità è così diventata un aspetto centrale della classificazione psichiatrica attuale.

Tra tutti i disturbi d'ansia, in letteratura è stata analizzata con particolare attenzione la relazione tra schizofrenia e disturbo ossessivo-compulsivo. Questi due disturbi si associano con frequenza elevata e maggiore di quella osservata nella popolazione generale (presenza di sintomi ossessivo-compulsivi nel 10-52% dei pazienti e di diagnosi di distur-

bo ossessivo-compulsivo nel 7,8-26% dei casi), suggerendo che questa associazione non sia casuale. I due disturbi presentano numerose sovrapposizioni: l'omogenea distribuzione tra i sessi, l'età d'esordio precoce, il decorso cronico. Dal punto di vista neurobiologico, le aree cerebrali che sembrano essere interessate nelle due patologie (rispettivamente la corteccia prefrontale dorso-laterale e la corteccia orbitofrontale) condividono substrati anatomici e funzionali, quali il lobo frontale, i gangli della base e il talamo. Bleuler (1911) aveva suggerito che la "nevrosi ossessivo-compulsiva" potesse essere interpretata come "schizofrenia mascherata". Successivamente Stengel (1945) aveva ipotizzato che la presenza di sintomi ossessivo-compulsivi potesse prevenire o ritardare la "disintegrazione della personalità" associata alla schizofrenia. Studi più recenti, invece, hanno evidenziato che la presenza di sintomi ossessivo-compulsivi nei pazienti affetti da schizofrenia è associata ad un peggiore outcome, ad una maggiore gravità dei sintomi positivi e ad un più marcato isolamento sociale. Inoltre, il confronto tra due gruppi di pazienti schizofrenici con o senza sintomi ossessivo-compulsivi, sottoposti a test neuropsicologici frontali, ha rilevato nei primi una peggiore performance cognitiva, suggerendo un'alterazione più severa della corteccia frontale. La questione se il disturbo ossessivo-compulsivo e la schizofrenia costituiscano una comorbilità epidemiologica oppure una sindrome più complessa, rappresentando un'entità diagnostica distinta, è tuttora irrisolta.
La relazione tra la schizofrenia e gli altri disturbi d'ansia è stata poco indagata e la maggior parte degli studi si è occupata prevalentemente degli effetti *sull'outcome* nei pazienti schizofrenici che presentano sintomi e/o disturbi d'ansia. I dati attualmente disponibili riguardano, in particolare, gli attacchi di panico e la fobia sociale. I primi aumenterebbero l'ostilità, l'aggressività e l'ideazione suicidaria e limiterebbero le possibilità riabilitative. La seconda – da sospettare in tutti i pazienti schizofrenici che presentano un'elevata compromissione del funzionamento sociale – diminuirebbe la capacità lavorativa e peggiorerebbe la qualità di vita.
In questa relazione sarà presentata una nostra ricerca sull'impatto dei sintomi ansiosi e/o disturbi d'ansia sulla psicopatologia, la cognitività e il funzionamento socio-lavorativo in un gruppo di soggetti affetti da schizofrenia.

Bibliografia

Bottas A, Cooke RG, Richter MA. *Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia?* J Psychiatry Neurosci 2005;30:187-93.

Braga RJ, Petrides G, Figueira I. *Anxiety Disorders in schizophrenia*. Compr Psychiatry 2004;45:460-8.

Braga RJ, Mendlowicz MV, Marrocos RP, Figueira IL. *Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life*. J Psychiatr Res 2005;29:409-14.

De Haan L, Hoogenbooom B, Beuk N, Van Amelsvoort T, Linszen D. *Obsessive-compulsive symptoms and positive, negative, and depressive symptoms in patients with schizophrenic disorders*. Can J Psychiatry 2005;50:519-24.

Ongur D, Goff DC. *Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: associated clinical features, cognitive function and medication status*. Schizophr Res 2005;75:349-62.

L'ansia e i disturbi dell'umore

G. Maina

Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Gli studi epidemiologici hanno ampiamente confermato la frequente coesistenza tra disturbi dell'umore e disturbi d'ansia; la relazione tra i disturbi delle due serie è da lungo tempo oggetto di discussione sia sul piano psicopatologico che sul piano psicobiologico.
Negli ultimi anni è di particolare interesse il rapporto tra disturbi bipolari e disturbi d'ansia: in particolare, vengono segnalati nei disturbi bipolari elevati tassi di comorbidità per disturbo ossessivo compulsivo (DOC) e per disturbo di panico (DP) con prevalenze che vanno fino al 35%. Inoltre, è elevata la quota di pazienti bipolari con rilevante sintomatologia ansiosa aspecifica e/o non diagnosticabile come un vero e proprio disturbo di Asse I secondo il DSM-IV: fino al 45% dei pazienti bipolari presentano sintomi ansiosi. La presenza di un disturbo d'ansia e/o di sintomi ansiosi in un paziente bipolare e, soprattutto, la persistenza di questi anche nelle fasi intercritiche del disturbo dell'umore comporta importanti risvolti prognostici e terapeutici:

1) la presenza di un disturbo d'ansia è predittiva di un recupero incompleto dopo qualsiasi episodio affettivo [1];
2) i sintomi ansiosi sono associati a un'età d'esordio più precoce dei sintomi affettivi, ad un maggior numero di episodi affettivi maggiori e sono predittori di una ridotta risposta al trattamento in termini di aumento del tempo necessario per ottenere la remissione dall'episodio affettivo [2];
3) la coesistenza dei due disturbi (bipolare e d'ansia) implica, nel lungo termine, una minore efficacia degli stabilizzatori o della terapia interpersonale. In particolare sono state descritte una minore risposta al litio e al valproato in pazienti con elevati livelli di ansia e una minore efficacia del valproato nella prevenzione delle ricadute depressive o maniacali in pazienti bipolari ansiosi [3].

Se l'ansia costituisca una comorbidità del disturbo bipolare oppure se sia un epifenomeno del disturbo affettivo è argomento complesso e da affrontare a vari livelli. Oltre agli studi epidemiologici, alcuni elementi di discussione derivano dagli studi clinici. Alla luce della più recente letteratura sull'argomento che verrà presentata, saranno discussi i risultati di uno studio condotto presso il Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia (Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino) sulla comorbidità tra disturbi bipolari e disturbi d'ansia con particolare riferimento alle differenze tra disturbo bipolare di tipo I e tipo II.

Bibliografia

1. MacQueen GM, Marriott M, Begin H, Robb J, Joffe RT, Young LT. *Subsyndromal symptoms assessed in longitudinal, prospective follow-up of a cohort of patients with bipolar disorder*. Bipolar Disord 2003;5:349-55.
2. Keck PE, Strawn JR, McElroy SL. *Pharmacologic treatment considerations in co-occurring bipolar and anxiety disorders.* J Clin Psychiatry 2006;67:8-15.
3. Henry C, Van den Bulke D, Bellivier F, Etain B, Rouillon F, Leboyer M. *Anxiety disorders in 318 bipolar patients: prevalence and impact on illness severity and response to mood stabilizer*. J Clin Psychiatry 2003;64:331-5.

Evitamento del danno, sintomatologia ansioso-depressiva e severità clinica nei disturbi del comportamento alimentare

S. Fassino, A. Pierò

Università di Torino, Dipartimento di Neuroscienze, SCDU Psichiatria-Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare

La comorbilità tra disturbi del comportamento alimentare (DCA) depressione ed ansia può essere interpretata secondo differenti modelli esplicativi: 1) ansia e depressionepossono essere conseguenze del DCA; 2) il DCA può essere una conseguenza del disturbo depressivo o d'ansia; 3) i DCA sarebbero forme fruste e latenti di disturbi dello spettro ansioso-depressivo; 4) i DCA ed i disturbi ansioso-depressivi semplicemente sarebbero espressioni differenti di un unico meccanismo biologico sottostante. In generale la comorbilità tra DCA e altri disturbi in asse I è molto elevata [1]. Questi disturbi condividerebbero una vulnerabilità genetica comune e l'esposizione a fattori di rischio ambientali comuni o non condivisi porterebbe alla manifestazione di quadri sintomatologici differenti [2]. Scopo del presente studio è indagare il peso abbiano il temperamento evitante-ansioso, come valutato dal TCI (*Temperament and Character Inventory*), e la sintomatologia ansioso-depressiva nel concorrere alla severità clinica dei DCA, indipendentemente dalla diagnosi (anoressia nervosa, bulimia nervosa o DCA NAS). Tutti i pazienti afferiti presso il Centro Pilota DCA della Regione Piemonte sono stati valutati con la CGI (*Clinical Global Impression*), la GAF (*Global Assessment of Functioning*) e con SCL-90R (psicopatologia generale), EDI-2 (attitudini alimentari), e TCI (personalità). Attraverso un modello di regressione lineare sono stati valutati i fattori predittivi di gravità clinica (come valutata al CGI dal terapeuta della prima visita). Le implicazioni cliniche saranno discusse, soprattutto in relazione agli aspetti terapeutici e al possibile ruolo dell'evitamento del danno come endofenotipo per i DCA.

Bibliografia

1 Milos GF, Spindler AM, Buddeberg C, Crameri A. *Axes I and II comorbidity and treatment experiences in eating disorder subjects*. Psychother Psychosom 2003;72:276-85.

2 Keel PK, Klump KL, Miller KB, McGue M, Iacono WG. *Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders*. Int J Eat Disord 2005;38:99-105.

Aspetti specifici della comorbidità dell'ansia in psichiatria di consultazione

D. Munno

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Servizio di Psicologia Clinica e Psichiatria di Consultazione, Università di Torino

Il disturbo d'ansia rappresenta uno dei disturbi più frequentemente rilevabili nella pratica medica e psichiatrica, sia che si manifesti nella sua forma libera sia che si accompagni a malattia somatica (talvolta precedendone lo sviluppo, talvolta sovrapponendosi quale reazione ad essa) o ad altre patologie psichiatriche.
Si ritiene che il 30-60% della popolazione ospedaliera presenti una comorbidità medico-psichiatrica (Rigatelli, 2000). I disturbi più rappresentati sono quelli ansiosi e dell'umore; meno frequenti, ma tipiche del contesto ospedaliero, sono le sindromi psicorganiche.
In base allo studio AMPIO, condotto in Italia (Martucci, 1999; Balestrieri, 2002) nei reparti medici e chirurgici, la frequenza di disturbi psichiatrici secondo ICD-10 è del 26%, cui si aggiunge un 12% di disturbi sottosoglia (condizioni che non soddisfano completamente i criteri utilizzati per fare una diagnosi ma interferiscono significativamente con la capacità lavorativa, determinano un maggior ricorso ai servizi sanitari e un consumo di psicofarmaci simile se non addirittura superiore rispetto a quello di pazienti con un disturbo definito).
Nello studio AMPIO i disturbi psichiatrici più frequenti sono stati i seguenti: depressione ricorrente/distimia (14%), disturbo d'ansia generalizzato (11%), abuso/dipendenza da alcool (5%), neurastenia (1%), disturbo da attacchi di panico con/senza agorafobia (1%), disturbo da somatizzazione (1%). Le indagini concordano nel rilevare un'alta prevalenza di disturbi psichiatrici nelle donne e negli anziani. Fattori di rischio risultano essere il fatto di vivere da soli, l'avere problemi socio-economici (disoccupazione, isolamento sociale, difficoltà d'alloggio), un'anamnesi positiva per pregressi disturbi psichiatrici, assunzione di psicofarmaci e abuso alcolico. È emersa peraltro una maggiore prevalenza di problemi psichici nei reparti medici rispetto a quelli chirurgici, riconducibile alla diversa tipologia di pazienti.
Il nostro contributo consiste nel riferire su una casistica di oltre 400 pazienti seguiti in Psichiatria di Consultazione evidenziando le problematiche emergenti sia a livello diagnostico che terapeutico.
Considerazioni specifiche verranno effettuate su:
– dati epidemiologici;
– prescrizioni farmacologiche;
– comorbidità prevalenti.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA VERDE

S7 - La sofferenza psicologica e mentale all'esordio: esperienze a confronto

MODERATORI
A. Cocchi, M. Casacchia

Il Programma 2000

A. Meneghelli, G. Patelli, A. Cocchi
A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

Il coinvolgimento del clinico nell'attività di ricerca permette una maggiore trasferibilità dei risultati nella pratica e rende possibile la progettazione di ricerche che rispondano effettivamente ai quesiti applicativi (Harrison & Eaton, 1999; Tansella, 1999). Questa convinzione è essenziale in un movimento, come quello degli interventi precoci, in cui la consapevolezza dell'esistenza e dell'urgenza di un problema e la speranza di trovare strumenti per fronteggiarlo, richiedono ad un tempo distacco e lucidità critico-scientifico e appassionata partecipazione.
L'idea dell'intervento precoce, nelle sue valenze etiche, cliniche, scientifiche ed economiche e nella sua essenza preventiva, è infatti ormai presente nella consapevolezza e nelle scelte di studiosi, operatori e di chi è preposto alle politiche sociosanitarie. È un'idea che è veramente cresciuta nel mondo dando luogo a nuove configurazioni di servizi, nuove prospettive di trattamento, farmacologiche, psicoterapeutiche e psicosociali in generale, e a un crescente corpo di conoscenze e di evidenze per ispirare l'organizzazione e le modalità delle offerte di cure.
Il PROGRAMMA 2000, programma sperimentale di individuazione e di intervento precoce nelle psicosi all'esordio, attivato all'interno del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano, ha realizzato, nei suoi cinque anni di attività, fondata il più possibile su procedure *evidence-based*, un intervento multidimensionale, specifico, ma ad un tempo fortemente inserito nel complesso delle strutture territoriali preesistenti. Nella presentazione vengono descritti in sintesi le modalità organizzative e di presa in carico del programma, nonché lo stato dell'arte e le prospettive delle iniziative di ricerca.

Esordio schizofrenico nel sistema informativo del DSM

A. Balbi, C. Bottoni, R.M. Menichincheri
D.S.M. A.S.L. RMD

Introduzione: l'intervento precoce nei disturbi psicotici, com'è noto, migliora quelle caratteristiche condizioni potenzialmente pericolose spesso riscontrabili nell'adolescenza e nella prima età adulta, entrambe fasi notevolmente critiche dello sviluppo. Dal momento che la manifestazione psicotica è di per sé traumatizzante sul piano esistenziale, l'intervento precoce potrebbe prevenire l'insorgenza del disturbo e soprattutto la sua progressione (Sanbroock & Harris, 2004). L'intervallo di tempo compreso tra il primo episodio psicotico e il primo intervento psichiatrico, definito "Durata della psicosi non trattata" (in inglese*: Duration of Untreated Psychosis* – DUP), attualmente è ancora lungo e studi di follow-up evidenziano quanto esso incida negativamente sulla prognosi a lungo termine per le alterazioni neurobiologiche, il peggioramento funzionale psicosociale e globale determinati dalla patologia. Una DUP prolungata provoca scarsa risposta al trattamento farmacologico e psicosociale, tempi di remissione più lunghi e riduzione del numero totale di remissioni, aumento d'incidenza delle ricadute e delle ospedalizzazioni ed infine un quadro psicopatologico più grave ad un anno dall'esordio dell'episodio (Young & McGorry, 1996; Lieuwe de Haan et al., 2002).
Metodologia: nella letteratura internazionale numerosi dati suggeriscono l'opportunità di fornire un ambiente di ricovero differenziato per i primi stadi nelle psicosi e gli stati mentali a rischio. Partendo dall'esperienza avveniristica di Sullivan, avvenuta in epoca pre-farmacologica, in anni recenti sia in area anglosassone (McGorry, Birchwood, Perris) che nordeuropea (Grivois), nei Programmi specifici di intervento sugli esordi psicotici, sono contemplati in modo integrato la fase di assistenza territoriale intensiva e quella del ricovero, sempre visto come un evento da prevenire ed evitare e da mettere in atto con accorgimenti specifici quando necessario (J. Edwards e P. D. McGorry, 1998, 2005). Tuttavia, i maggiori esperti nel settore concordano circa la necessità di ricoverare questi soggetti in strutture ospedaliere apposite (*Royal College of Psychiatrists - Council Report* 1999, 2002; McGorry, Jackson, 2001) per diverse motivazioni tra cui il divario esistente fra i loro bisogni e esigenze rispetto a quelle dei pazienti " veterani" il cui modello comportamentale e l'interazione con il mondo e con la malattia disfunzionanti potrebbe incidere negativamente sul decorso. Inoltre, l'esperienza traumatica del primo ricovero potrebbe indurre nei pazienti e nei famigliari stereotipi sulla malattia mentale e sui luoghi di cura, rinforzando lo stigma e riducendo la *compliance* alle cure. Per questo, seguendo l'esempio di altri Paesi dove ci sono già da diversi anni Unità differenziate di ricovero per i primi episodi e esordi psicotici (ad es. l'Unità di ricovero EPPIC, Melbourne, Australia) in Italia, nel 2005 all'interno del "Progetto per gli interventi precoci nelle psicosi" del Dipartimento di Salute Mentale della ASL Roma D, è nato il primo reparto per stati psicotici all'esordio e stati mentali a rischio, per giovani d' età compresa tra i 18 e i 24 aa (estensibile fino a 30 aa).
Scopo e risultati: nel presente lavoro riportiamo i dati epidemiologici e clinici del primo anno di vita del reparto S.P.Es., il modello e primi risultati del trattamento psicoso-

ciale multimodale ed integrato (perché farmacologico e psicoterapico e concertato con l'intervento territoriale) comprovati dalle valutazioni psicometriche effettuate all'ingresso in reparto, T0, alle dimissioni, T1 e al follow-up, T2.

Prodromi, precursori e "subtle symptoms", tra prevenzione primaria e cura: il Progetto SMILE

R. Pollice, M. Mazza, E. Di Giovambattista, A. Di Pucchio, D. Ussorio, R. Roncone, M. Casacchia

Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila

La salute fisica e mentale è un modello ideale al quale tutti tendiamo e dal quale ci discostiamo nei momenti critici della nostra vita. Alla nostra salute psichica, concorrono aspetti biologici, cognitivi, affettivi, motivazionali, volitivi e relazionali. L'alternarsi di stati di benessere e di sofferenza è tipico della condizione umana. Si rende pertanto necessario porre attenzione all'esordio dei primi segni di malessere psichico per evitare che il malessere diventi "malattia", raggiungendo livelli di gravità difficilmente trattabili. In tale fase, spessissimo trascurata, tra i primi segni e la malattia conclamata, intendiamo concentrare il nostro intervento.
Nel corso del neuro-psico-sviluppo, lievi anomalie neuromotorie, emotive, neuropsicologiche, psichiche e comportamentali sono spesso presenti in individui, apparentemente in stato di buona salute, che successivamente manifestano un disturbo psicotico; questo dato suggerisce che alcuni aspetti attinenti l'eziopatogenesi e la sintomatologia del disturbo, si manifestano molto prima dell'esordio clinico dello stesso. Tali "vulnerabilità" o "debolezze" possono influenzare i processi evolutivi di apprendimento ed il funzionamento globale anni prima dell'esordio del disturbo, così come di norma nosograficamente diagnosticato.
Tra i fattori di rischio identificati come facilitatori dello sviluppo di un disturbo psicotico (sia esso affettivo o dello spettro schizofrenico) i più importanti sembrano essere la vulnerabilità genetica (o familiare), le complicanze ostetriche (pre, peri e post natali), le alterazioni del neurosviluppo e i deficit delle performance scolastiche e cognitive. Purtroppo ad oggi il potere predittivo di tali variabili (sia in termini qualitativi che quantitativi) è ancora troppo basso ed aspecifico. Infatti, i precursori clinici identificabili nel corso dello sviluppo non sembrano essere specifici di un unico gruppo sindromico ma appaiono essere comuni a diversi disturbi sempre, però, dello spettro psicotico (schizofrenico ed affettivo).
I precursori neuro-psico-comportamentali che precedono i disturbi psicotici a caratteristico esordio in età adulta, suggeriscono che alcuni meccanismi eziopatogenetici intervengano nelle fasi precoci della vita degli individui affetti e che le diverse sfumature di vulnerabilità e di espressività clinica si possano modificare nel corso del tempo. Appare utile che, nei prossimi anni, la ricerca focalizzi l'attenzione sull'identificazione di *markers* endo-esofenotipici, sempre più specifici e sensibili, allo scopo di consentire un approccio precoce al trattamento delle psicosi per migliorarne la prognosi.
In linea con quanto brevemente accennato, dal mese di Marzo 2006, nell'ambito delle attività ambulatoriali del Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura di L'Aquila è stato istituito lo "SMILE" (**S**ervizio di **M**onitoraggio e **I**ntervento precoce per la **L**otta agli **E**sordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani). Lo SMILE è un servizio di ascolto rivolto ai giovani che manifestano i segni di una qualsiasi forma di disagio psicologico e ha lo scopo di monitore e di intervenire sulle cause, sui sintomi e sulle conseguenze (talvolta gravi in termini medici e psicopatologici) che lo caratterizzano nei giovani di età compresa tra 17 e 30 anni. Lo SMILE nel corso di questi mesi si è occupato di perseguire tali scopi Attraverso un programma così articolato:
Identificando le caratteristiche prodromiche, ossia le manifestazioni precoci del malessere psichico
Mettendo in pratica interventi psicosociali adeguati rispettosi della storia di ogni singolo giovane e del suo contesto affettivo, relazionale e sociale.
Promuovendo la ristrutturazione dello stile di vita attraverso il miglioramento della capacità di adattamento, il recupero del "pragmatismo" sociale utilizzando moderni interventi cognitivo-comportamentali.
Prescrivendo, se necessario, le più moderne e sicure terapie farmacologiche a basse dosi per favorire la riacquisizione delle proprie risorse psicologiche eventualmente indebolite.

Bibliografia

Gourion D, Gourevitch R, Leprovost JB, Olie Hloo JP, Krebs MO. *Neurodevelopmental hypothesis in schizophrenia*. Encephale 2004;30:109-18.

Jones P, Rodgers B, Murray R, Marmot M. *Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort.* Lancet 1994;344:1398-402.

Hultman CM, Sparen P, Takei N, Murray RM, Cnattingius S. *Prenatal and perinatal risk factors for schizophrenia, affective psychosis, and reactive psychosis of early onset: case-control study.* BMJ 1999;318:421-6.

Gupta SC, Basu S, Sinha WK. *Prodrome in childhood and adolescent mania.* Hong Kong J Psychiatry 2004;14:26-30.

Jackson A, Cavanagh J, Scott J. *A systematic review of manic and depressive prodromes.* J Affect Disord 2003;74:209-17.

Geddes J. *Prodromal symptoms may be identified by people with bipolar or unipolar depression.* Evid Based Ment Health 2003;6:105.

Gli interventi precoci nella schizofrenia

S. De Masi[1], C. Barbui[2], S. Cappello[3], G. de Girolamo[4], A. Meneghelli[5], G. Neri[6], A. Picardi[1], L. Sampaolo[1]

[1] Istituto Superiore di Sanità; [2] Università di Verona; [3] DSM ASL Latina, [4] Agenzia Sanitaria Regionale, Regione Emilia-Romagna; [5] Ospedale Niguarda, Milano; [6] DSM di Modena, AUSL di Modena

Introduzione: è opinione diffusa che una diagnosi precoce del disturbo schizofrenico possa migliorare la prognosi anche se in questa direzione non vi è sufficiente chiarezza sulle evidenze scientifiche a disposizione.
La linea guida "Gli interventi precoci nella schizofrenia", adottando un metodo rigoroso di indagine delle evidenze a disposizione, si pone l'obiettivo di orientare opinioni e pratiche di quanti a vario titolo si occupano di schizofrenia in particolare nella sua fase di esordio, contribuendo a fornire solide basi scientifiche.

Metodi: la linea guida è stata redatta utilizzando la metodologia del Piano Nazionale Linee Guida [1], che prevede multidisciplinarietà, ricerca sistematica della letteratura, valutazione standardizzata delle prove e graduazione delle raccomandazioni.
Risultati: dall'identificazione e trattamento precoce del soggetto al primo episodio psicotico deriva un generale miglioramento del decorso della malattia, probabilmente mediato dalla riduzione della durata della psicosi non trattata (DUP) e influenzato anche dalla disponibilità di servizi in grado di erogare trattamenti di alta qualità.
Tale attività può pertanto essere raccomandata, ricordando l'importanza di garantire l'adeguata configurazione dei servizi dedicati [2].
Conclusioni: i servizi dedicati all'attività di identificazione e trattamento precoci della schizofrenia dovrebbero essere dotati di multiprofessionalità e in grado di garantire la domiciliazione, la flessibilità e l'integrazione dei trattamenti.
Inoltre, essendo emersi limiti metodologici nella conduzione di alcuni studi presi in esame, si ritiene necessario incoraggiare la conduzione di studi che prestino adeguata attenzione al disegno epidemiologico, alla definizione degli interventi da testare, alla scelta di *outcome* rilevanti, garantendo un periodo di follow-up proporzionato al decorso naturale della malattia, così da consentire una maggiore efficacia nella valutazione degli interventi.

Bibliografia

1. Programma Nazionale per le Linee Guida – PNLG, Istituto Superiore di Sanità, Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Manuale metodologico. *Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica*. Milano: Zadig 2002.
2. Sistema Nazionale Linee Guida – SNLG, Istituto Superiore di Sanità. *Gli interventi precoci nella schizofrenia*, SNLG 14. Milano: Zadig (in press).

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA NUREYEV

S8 - L'approccio neuropsicologico alla comprensione del comportamento nei disturbi psichiatrici

MODERATORI
L. Bellodi, R. Roncone

Il Condizionamento nei disturbi d'ansia

G. Perna, E. Favaron, E. Galimberti, S. Biffi, C. Namia, S. Graziano, L. Bellodi

Centro per i Disturbi d'Ansia, San Raffaele Turro, Milano

Il meccanismo del condizionamento classico aversivo pavloviano è una funzione cerebrale che svolge un ruolo centrale nei meccanismi della paura e dell'ansia tanto che è stato frequentemente chiamato in causa nelle teorie eziopatogenetiche dei disturbi d'ansia. Nonostante il ragionamento clinico renda ragione di questa idea, nell'attualità sono pochi i lavori sperimentali capaci di dare una base scientifica solida a questa inferenza. In relazione alla scarsità di dati sperimentali rivolti ai disturbi d'ansia abbiamo deciso di studiare i meccanismi di condizionamento pavloviano in un campione di pazienti con disturbo di panico, un campione di pazienti con disturbo di panico in comorbidità con altri disturbi psichiatrici ed in un campione di soggetti sani. In quest'ultimo campione abbiamo anche deciso di studiare il ruolo della consapevolezza nella risposta condizionata.
Il paradigma utilizzato prevedeva l'associazione di un suono come stimolo incondizionato ed un colore come stimolo condizionato. Nello sviluppo del test di condizionamento del nostro studio abbiamo fatto riferimento alla metodologia usata da Bechara e Damasio nel 1995, mostrando quindi ad un gruppo di soggetti sani (ct) e ad un campione di pazienti (pz.) con disturbo di panico (con e senza agorafobia) un set di diapositive di 4 diversi colori diviso in una fase di abituazione, una di condizionamento ed una di estinzione, utilizzando come stimolo incondizionato (SI) un suono puro di 100dB e come stimolo condizionato (SC) il colore blu. Come *marker* biologico dell'attivazione autonomica durante il test è stata registrata la conduttanza cutanea che permette una rilevazione oggettiva dei parametri fisiologici che accompagnano il disagio riferito soggettivamente dal paziente.
I risultati dei nostri studi hanno mostrato una scarsa risposta al paradigma descritto nei pazienti con disturbo di panico, inferiore a quella osservata nei soggetti sani. In presenza di un altro disturbo psichiatrico, la risposta al paradigma del condizionamento nei pazienti con disturbo di panico era sovrapponibile a quella dei soggetti sani. Abbiamo anche osservato in un campione di soggetti sani un ruolo significativo della consapevolezza sullo sviluppo di una risposta condizionata.

Cognizione sociale, capacità decisionali e funzioni esecutive in soggetti con lesioni organiche del lobo frontale e in soggetti schizofrenici

M. Mazza, R. Roncone, M. Casacchia

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a direzione Universitaria, Università L'Aquila

Introduzione: i soggetti con lesioni delle aree frontali ventromediali presentano anomalie nelle cognizioni sociali (Blair, 2003) e nelle abilità di *decision-making* (Bechara, 1999)

La patogenesi di tali deficit è ancora poco conosciuta. Alcuni autori propongono come possibile meccanismo neuroanatomico implicato nel processamento di tali capacità cognitive (Damasco). Infatti soggetti con lesioni delle aree ventromediali, perdono l'abilità di *generate an appropriaty array* della capacità di processare stimoli sociali. Tuttavia è noto dalla letteratura che i soggetti affetti da schizofrenia presentano le medesime difficoltà di cognizione sociale (Casacchia, 2004).

Scopo del nostro studio è stato di verificare se le anomalie nelle cognizioni sociali e nelle abilità di *decision-making* presenti in soggetti con lesioni organiche del lobo frontale sono sovrapponibili a quelle di soggetti affetti da schizofrenia.

Metodi: sono stati esaminato 15 soggetti affetti da lesioni chirurgiche delle aree ventromediali; 15 soggetti affetti da schizofrenia confrontati con un gruppo di 15 soggetti sani equivalenti per età e scolarità. controlli, in a serie di prove di laboratorio aventi lo scopo di esaminare capacità di decision making e il processamento di stimoli sociali. I soggetti con schizofrenia erano utenti dell'utenti della Clinica Psichiatrica dell'Università di L'Aquila al momento della valutazione., mentre i soggetti con lesioni delle aree ventromediali; erano utenti dell' Unità Operativa di Neurochirurgia. I soggetti sono se sono stati sottoposti alle seguenti scale di valutazioni:- BPRS a 24 item (Morosini e Casacchia, 1994) per la valutazione della gravità sintomatologica e Neuropsichiatric Inventory (Cumming et al., 1994) per la valutazione psichiatrica dimensionale. I soggetti sono stati inoltre sottoposti ad una valutazione della cognizione sociale e dell'intelligenza emozionale mediante i seguenti test: storie di Teoria della Mente (ToM) di primo e secondo livello (Mazza et al., 2001); Test delle Situazioni Sociali; Test di Attribuzione delle Emozioni *Blair Blair e Cipollotti*, 2000 trad. Prior et al. 2003; Scala Mach IV (Sullivan, 1999); Gambling task (Bechara, 2000) e ad una valutazione neuropsicologica con prove standard livello di intelligenza generale, fluenza verbale, abilità esecutive, capacità di memorizzazione.

Risultati: i risultati evidenziano differenze significative nei punteggi BPRS ($F = 7{,}012$; d.f. 2; $p = {,}000$); nei punteggi alla svarad ($F = 5{,}54$; d.f. 2; $p = {,}005$) e nei punteggi alla NPI ($F = 6{,}345$; d.f. 2; $p = {,}003$) tra i due gruppi in cui i soggetti con schizofrenia evidenziano punteggi più elevati. Abbiamo effettuato una Anova ad una via per le variabili neuropsicologiche tra soggetti schizofrenici all'esordio, soggetti con schizofrenia cronica e soggetti di controllo.

L'analisi ha inoltre evidenziato che i due gruppi di soggetti (schizofrenici e soggetti con lesioni ventromediali) differiscono significativamente entrambe dal gruppo di controllo: nel test di attribuzione delle emozioni*;* nel Test delle situazioni sociali e nei compiti di falsa credenza di Primo livello (Mazza, 2001). Al contrario non si sono evidenziate differenze significative non so sono nei compiti falsa credenza; nelle situazioni sociali e nella compacità di comprendere le violazioni delle regole morali e delle regole convenzionali.

Discussione: i pazienti con lesioni della regione ventromediana del lobo frontale manifestano una grave alterazione del comportamento sociale e presentano disturbi della capacità decisionale (Damasio et al., 1990; Damasio et al., 1991). Tali deficit sono presenti in maniera sovrapponibile nei soggetti affetti da schizofrenia (Shurman et al., 2005) in cui i deficit di cognizione sociale potrebbe essere collegata ad una grave disfunzione della capacità di modulare il comportamento in compiti di "*decision making*". È stato proposto, infatti, che scarse capacità di "*decision-making*" nel comportamento sociale potrebbero dipendere ad una incapacità di utilizzare i *somatic markers* (cioè le emozioni di base) (Blundo, 2001) che guidano la nostra capacità di prendere decisioni in situazioni complesse (Damasio, 1994, 1996).

Ciò ha portato a supporre che i disturbi di cognizione sociale nei soggetti con lesioni frontali ventromediali e in soggetti affetti da schizofrenia potevano essere assimilabili e conseguenti ad un'alterazione di schemi cognitivi interni che guidano sia la capacità di prendere decisioni che un adeguato comportamento sociale nelle situazioni interpersonali.

Bibliografia

Mazza M, Costagliola C, Di Michele V, Magliani V, Pollice R, Ricci A, et al. *Deficit of social cognition in subjects with frontal lobe lesions surgically treated and in subjects affected by schizophrenia.* Eur Arch Psych Clinical Neuroscience 2006.

Il decision-making nella comprensione del comportamento ossessivo-compulsivo

P. Cavedini, M. Piccinni, C. Baraldi, L. Bellodi

Istituto Scientifico San Raffaele, Ospedale San Raffaele Turro; Università Vita-Salute San Raffaele, Facoltà di Psicologia, Milano

Introduzione: pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) mostrano scarsa flessibilità e deficit nelle abilità cognitive e nelle funzioni esecutive, strettamente legate al funzionamento del lobo frontale. Tra questo deficit vi è quello nel *decision-making*, cioè in quella funzione attraverso la quale l'individuo modula la percezione della ricompensa e della punizione al fine di effettuare decisioni vantaggiose. Sperimentalmente, tramite la somministrazione dello *Iowa Gambling Task*, si è osservato che pazienti con DOC falliscono in quest'abilità. Una possibile spiegazione di tutto ciò viene fornita dall'ipotesi del "marcatore somatico" secondo la quale un corretto accoppiamento, ed una successiva opportuna attivazione, tra stimoli complessi provenienti dal mondo esterno con lo stato somatico e/o emotivo interiore sarebbe in grado di produrre segnali preferenziali che guidano verso la corretta decisione.

Metodologia: sono stati esaminati 20 pazienti affetti da DOC e 20 soggetti sani di controllo, valutandone la presta-

zione allo *Iowa Gambling Task* e registrando al contempo il livello di attivazione fisiologica tramite la registrazione delle risposte di conduttanza cutanea (SCR).
Risultati: i risultati hanno mostrato che nei pazienti affetti da DOC il deficit decisionale rivelato dallo *Iowa Gambling Task* è accompagnato dalla mancanza di modulazione somatica anticipatoria rispetto a scelte vantaggiose e svantaggiose, al contrario di quanto succede nei soggetti sani dove una maggiore attivazione somatica prima di una scelta svantaggiosa è abbinata ad una prestazione vincente.
Conclusioni: i risultati ottenuti sostengono l'ipotesi del deficit del marcatore somatico nelle anomalie del comportamento decisionale che i pazienti DOC mostrano. Questi risultati consentono una maggior comprensione della fisiopatologia di questo disturbo e forniscono utili indicazioni per migliorare l'intervento terapeutico comportamentale e riabilitativo di questi pazienti.

Cognizione sociale e funzionamento sociale nei disturbi mentali gravi

R. Roncone, M. Casacchia

Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila

Introduzione: il termine "Theory of Mind", ToM, Teoria della Mente, fa riferimento alla capacità cognitiva di rappresentare il proprio e l'altrui stato mentale, per esempio, in termini di pensare, credere o mettersi nei panni di un altro. Solo negli ultimi anni si è tentato di verificare un'eventuale correlazione delle abilità di ToM e della cognizione sociale con gli esiti sociali nelle persone affette da schizofrenia.
Metodologia: abbiamo effettuato un'ampia revisione sulla recente letteratura in merito ai rapporti tra cognizione sociale e funzionamento sociale nelle persone affette da schizofrenia.
Risultati: la cognizione sociale è risultata correlata ai fattori che sottendono i rapporti interpersonali, quali le abilità di ToM (Penn, 2002), la percezione delle emozioni (Corcoran & Frith, 2003) ed il pensiero strategico (Mazza et al., 2003). Solo qualche studio ha indagato la compromissione delle abilità di ToM in relazione al livello di competenza sociale. Indizi indiretti provengono da uno studio sull'abilità dei pazienti schizofrenici di apprezzare la conoscenza sociale della loro cultura, in cui i pazienti schizofrenici mostravano una specifica ingenuità sociale al confronto con pazienti depressi o maniacali. Un'altra evidenza indiretta deriva da uno studio che misura l'atteggiamento dei pazienti schizofrenici rispetto all'uso dell'inganno interpersonale e delle istanze morali (Sullivan & Allen, 1999), in cui soggetti maschi affetti da schizofrenia hanno fatto registrare punteggi più bassi su una specifica scala di valutazione del "machiavellismo", the *Mach-IV scale* (Christie & Geis, 1970), al confronto con maschi normali e donne affette da schizofrenia, laddove in campioni non clinici abitualmente gli uomini fanno registrare punteggi più alti rispetto alle donne.
Mazza et al. (2003) hanno confermato in maniera diretta che i deficit di ToM nella schizofrenia possono essere associati con la compromissione del pensiero sociale strategico. Pazienti con una predominante sintomatologia positiva, che eseguivano delle migliori prestazioni nei compiti di ToM rispetto a pazienti con una sintomatologia negativa, presentavano anche una visione del mondo più pragmatica e più cinica, misurata alla scala Mach-IV, laddove pazienti con una sintomatologia negativa presentavano punteggi più bassi. La compromissione del ragionamento strategico sociale potrebbe riflettere un deficit nell'apprezzamento degli stati mentali di secondo ordine (Mazza et al., 2003).
Più in particolare in relazione al funzionamento sociale, Roncone et al. (2003) hanno trovato che la compromissione delle abilità di ToM nella schizofrenia costituiva un importante predittore di scarso funzionamento sociale nella comunità, sebbene il predittore più significativo di scarso funzionamento sociale in questo studio fosse rappresentato dalla durata di malattia. Tutti questi studi evidenziano che nella schizofrenia la compromissione della comprensione dei pensieri e delle intenzioni degli altri è correlata ai livelli di abilità sociali.
Conclusioni: una miglior comprensione delle abilità di ToM e dei fattori che sottendono alla cognizione sociale e delle loro correlazioni con il funzionamento sociale potrebbe migliorare l'erogazione di trattamenti integrati (psicofarmacologici e psicosociali) per i disturbi mentali gravi.

Profilo neuropsicologico e deficit olfattivo in soggetti bipolari e schizofrenici: uno studio controllato

M. Salviati, C. Manera, A. Giordano, C. Fini, M. Caredda, M. Biondi

SPDC, Policlinico Umberto I, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

Introduzione: deficit in alcune dimensioni neuropsicologiche vengono riscontrati frequentemente nei disturbi psichiatrici. In alcuni studi è stata riscontrata un'associazione tra deficit cognitivo nei pazienti schizofrenici ed alcune misure di performance della funzione olfattiva. Non è stata ancora indagata tale associazione nei soggetti affetti da disturbo bipolare. Gli obiettivi di questo lavoro sono: 1) indagare il profilo cognitivo di pazienti schizofrenici e bipolari ricoverati in SPDC e confrontare i risultati con quelli di un gruppo di controllo composto da soggetti psicopatologicamente sani; 2) valutare la funzionalità olfattiva nei suddetti tre gruppi; 3) identificare le correlazioni esistenti tra deficit olfattivi e dimensioni neuropsicologiche.
Metodi: sono stati arruolati nello studio 76 soggetti (28 schizofrenici, 28 bipolari e 20 controlli sani). La valutazione neuropsicologica è stata effettuata tramite Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS); la funzionalità olfattiva è stata valutata tramite "Sniffin' Stick Test". L'analisi statistica è stata effettuata tramite il software SPSS®: I test ANOVA e Mann Whitney sono stati utilizzati per studiare i confronti intergruppo; le correlazioni fra variabili quantitative è stata studiata tramite test di Pearson.
Risultati: entrambi i gruppi di pazienti (schizofrenici e bipolari) hanno raggiunto punteggi significativamente inferiori al gruppo di controllo in tutte le sottoscale della batteria RBANS. Tra i due gruppi di pazienti non è stata riscontrata alcuna differenza significativa nel confronto delle suddette

sottoscale; nei soggetti bipolari sono stati riscontrati punteggi intermedi fra quelli degli schizofrenici e quelli del gruppo di controllo.
I punteggi relativi alla soglia olfattiva non differiscono tra i tre gruppi. Relativamente alle altre misure di funzionalità olfattiva, i punteggi peggiori sono stati individuati nei pazienti schizofrenici (discriminazione 10,75 ± 2,82; identificazione 8,71 ± 2,37), punteggi intermedi sono stati individuati nei bipolari (discriminazione 11,39 ± 2,36; identificazione 10,96 ± 2,38) mentre nel gruppo di controllo sono stati rilevati i punteggi migliori (discriminazione 13,55 ± 1,19; identificazione 14 ± 1,07). Le differenze intergruppo sono risultate statisticamente significative. In entrambi i gruppi di pazienti i deficit olfattivi sono risultati significativamente correlati alla riduzione della performance cognitiva (RBANS total score e sottoscale "linguaggio", "attenzione" e "memoria di rievocazione").
Conclusioni: i nostri risultati risultano suggestivi dell'esistenza di un deficit neuropsicologico sia in pazienti schizofrenici che nei pazienti bipolari e che tale compromissione cognitiva si correla significamene a disturbi della funzionalità olfattiva. Alterazioni della funzionalità della corteccia fronto-temporale potrebbero essere alla base della connessione neuropsicologico-olfattiva osservata in entrambi i gruppi di pazienti.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA S. GIOVANNI

S9 - Decorso ed esito dei Disturbi Psicotici Acuti

MODERATORI
C. Marchesi, C. Maggini

Nosografia e clinica delle psicosi acute

C. Maggini, E. Leuci

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Parma, USL di Parma, Distretto di Fidenza

Le precarietà della sistematizzazione nosografia (DSM-IV, ICD-10) e la scarsità di ricerche sugli aspetti clinici, sui fattori precipitanti e sul decorso fanno delle psicosi acute un'area tematica in larga misura ancora inesplorata e sconosciuta, che pone rilevanti problemi sul piano diagnostico e prognostico.
Il ricorso ad un'accurata analisi psicopatologica può consentire di dissezionare questa complessa area tematica, di prospettare nuovi algoritmi diagnostici e di formulare più accurate predizioni di decorso e di esito.

Confronto tra rappresentazione dimensionale e categoriale della psicopatologia nelle psicosi affettive e non affettive al primo episodio di malattia: fattori predittivi di morbilità a lungo termine, decorso ed esito

P. Salvatore, H.M.K. Khalsa, M. Tohen, F. Casolari, C. De Panfilis, C. Maggini, R.J. Baldessarini

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Universit di Parma; Department of Psychiatry & Neuroscience Program, Harvard Medical School, Boston, MA

Introduzione: le modalità di insorgenza, le costellazioni fenomeniche, la prevalenza ed il decorso dell'esperienza psicopatologica sono stati raramente indagati in maniera simultanea nelle fasi di esordio di disturbi psicotici sia affettivi che non affettivi. Inoltre, il rapporto tra il modello categoriale e quello dimensionale nella valutazione diagnostica, prognostica ed evolutiva della patologia psicotica risulta tuttora al vaglio della ricerca.
Metodologia: il presente studio ha confrontato la validità predittiva di morbilità a lungo termine, decorso ed esito sia delle dimensioni sintomatologiche caratterizzanti la psicopatologia psicotica all'esordio, che delle diagnosi categoriali, attribuite alla *baseline* ed al *follow-up*, in un campione di 377 soggetti ospedalizzati per un primo episodio di disturbo psicotico, sia affettivo che non affettivo, in accordo ai criteri del DSM-IV, e seguiti in modo prospettico per almeno due anni. La valutazione e descrizione dei fenomeni psicopatologici e del loro dispiegarsi temporale è stata condotta mediante l'applicazione della AMDP e della Scala di Bonn per i sintomi di base allo scopo di ottenere un'ampia e sistematica esplorazione delle esperienze morbose. Le diagnosi categoriali sono state ottenute attraverso una procedura di *Best Estimate* e C*onsenso* tra almeno tre clinici che ha tenuto conto delle interviste diagnostiche alla *baseline* ed al *follow-up*, dei colloqui clinici con i pazienti e i famigliari, delle cartelle cliniche e di tutte le fonti di informazione disponibili. Una metodica di analisi fattoriale ha definito delle costellazioni fenomeniche di psicopatologia psicotica (Fattori) ed un modello statistico di regressione multipla ha correlato i fattori così identificati con le categorie diagnostiche del DSM-IV, raggruppate successivamente in sindromi affettive, non affettive e schizoaffettive.
Risultati: gli elementi psicopatologici costituivano una struttura quadrifattoriale ove il Fattore I rappresentava una *mania con psicosi*; il Fattore II uno *stato misto di depressione agitata*; il Fattore III uno *stato delirante-allucinatorio eccitato*; il Fattore IV uno *stato disorganizzato-catatonico-autistico.* Ogni fattore era associato a caratteristici sintomi prodromici. Il Fattore I ed il Fattore III erano correlati alla diagnosi di mania secondo il DSM-IV, il Fattore II a quella di depressione

maggiore o di disturbo bipolare di tipo misto, il Fattore III si correlava negativamente con la diagnosi di disturbo delirante ed il fattore IV si associava positivamente alla diagnosi di depressione maggiore e negativamente a quella di mania. I Fattori I e II erano predittivi di diagnosi affettiva a lungo termine; l'assenza di caratteristiche psicopatologiche del Fattore I era predittiva di diagnosi non affettive a lungo termine, mentre nessun fattore risultava essere predittivo della diagnosi di disturbo schizoaffettivo al follow-up.
Conclusioni: i risultati del presente studio offrono un contributo alla descrizione delle dimensioni psicopatologiche caratteristiche di varie patologie psicotiche sin dal loro esordio. Questo approccio si è dimostrato efficace nell'identificazione e sottotipizzazione di disturbi psicotici di tipo affettivo precocemente nel loro decorso clinico, mentre le condizioni psicotiche di tipo non affettivo e schizoaffettivo sembrano configurarsi come più complesse e meno stabili.

L'esito a lungo termine del disturbo schizofreniforme

C. Marchesi

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Parma

Introduzione: il disturbo schizofreniforme (DSF) si caratterizza per un'elevata instabilità diagnostica, mostrando nel tempo una frequente evoluzione in schizofrenia o in disturbi dell'umore (in particolare disturbo bipolare).
È tuttora dibattuto se i fattori di prognosi favorevole, introdotti dal DSM-III-R (esordio acuto, buon funzionamento premorboso, presenza di perplessità o di confusione, assenza di appiattimento affettivo) siano realmente predittivi di tale evoluzione e se tutti posseggano eguale effetto prognostico.
Scopo dello studio è valutare l'evoluzione del DSF dopo molti anni dall'esordio e la rilevanza dei quattro fattori di buona prognosi nel predire l'esito a lungo termine del DSF.
Metodologia: cinquanta sei pazienti affetti da DSF sono stati valutati al momento dell'esordio del disturbo (durante il ricovero) con la SCID, la BPRS e la *Global Assessment of Functioning* (GAF). Dopo un periodo medio di 7,9 ± 4,7 anni i pazienti sono stati rivalutati con la SCID.
Risultati: al follow-up, 25 pazienti (44,6%) sono stati diagnosticati come affetti da Schizofrenia, 15 (26,7%) da Disturbo Bipolare, 5 (8,9%) da Disturbo Delirante, 4 (7,1%) da Depressione Maggiore, 3 (5,3%) da Disturbo Schizo-affettivo, 2 (3,5%) da Disturbo Psicotico Breve e 2 (3,5%) non soddisfacevano i criteri di alcun disturbo mentale.
Confrontando le caratteristiche all'esordio del DSF dei pazienti con cambiamento diagnostico in Schizofrenia con quelle dei pazienti con evoluzione in Disturbi dell'Umore, l'evoluzione in Schizofrenia era predetta dalla presenza di appiattimento affettivo (OR:1,88; IC 95%: 1,52-1,97) e da uno scarso livello premorboso di funzionamento (OR:1,10; CI 95%: 1,03-1,18), mentre il sesso, l'età all'esordio, l'esordio acuto, la presenza di confusione o di perplessità e il punteggio della BPRS non mostravano alcun effetto sull'esito a lungo termine.
Conclusioni: i dati del presente studio: 1) confermano l'assenza di stabilità diagnostica del DSF; 2) suggeriscono che il DSF possa costituire il primo episodio psicotico di differenti disturbi, in particolare la schizofrenia o i disturbi dell'umore; 3) identificano nella presenza all'esordio di appiattimento affettivo e di scarso livello premorboso di funzionamento la capacità di predire l'evoluzione in schizofrenia.

La gestione del paziente psicotico in fase acuta

P. Monteleone

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

L'intervento terapeutico nello scompenso psicotico acuto non può prescindere dalla valutazione di una serie di variabili, tra cui l'individuazione dei fattori alla base dello scompenso stesso, la valutazione delle condizioni organiche del paziente, del rischio di suicidio e di comportamenti dannosi auto- e/o etero-aggressivi.
Di primaria importanza è la tempestiva instaurazione del trattamento farmacologico, in quanto è stato dimostrato che quanto più lunga è la durata della psicosi non-trattata tanto peggiore sarà l'esito in termini di sintomatologia negativa e disfunzione cognitiva. Fattori dirimenti nella scelta del farmaco sono l'esito dei trattamenti precedenti (per i pazienti non al primo episodio), possibili effetti indesiderati e controindicazioni relative o assolute, la *compliance* del paziente, la formulazione e la via di somministrazione del farmaco. In particolare, sono da preferirsi gli antipsicotici di seconda generazione, dotati di un minor rischio di induzione di effetti extrapiramidali che, in fase acuta, rappresentano la prima causa di interruzione della terapia. Nel paziente che non risponde ad un primo trattamento, è necessario prevedere strategie di *switching*, potenziamento o combinazione.
La terapia d'emergenza nella fase acuta mira al controllo rapido dell'agitazione psicomotoria e dell'aggressività, mediante utilizzo di un farmaco per via parenterale e/o orale, previa valutazione del rischio di eventi avversi.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA MALTA

S10 - Carenza di risposte oppure domande mal poste?

MODERATORI
P. Curci, F. Petrella

Procedimenti problematici in psichiatria e critica del giudizio clinico

F. Petrella, V. Berlincioni

Università di Pavia, Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Sezione di Psichiatria

Vengono considerati alcuni tipici momenti del lavoro clinico, soprattutto per quanto attiene l'obiettivazione dei dati e la costruzione dell'oggetto psicopatologico.
Scopo del lavoro è mostrare la criticità del giudizio e dell'azione clinica: spesso una risposta è fornita, anzi sembra non mancare mai. Ma si tratta di risposte spesso inadeguate, frettolose e troppo parziali e a corto circuito.
Verranno a tale fine esaminati e discussi alcuni momenti della storia recente e delle pratiche della disciplina, evidenziando la fragilità di giudizio del clinico, quando cerca di far valere assunti teorici, che funzionano come pregiudizi, anziché sviluppare un'esperienza di osservazione partecipe in direzioni plurime, a partire dall'accettazione dell'insufficienza delle conoscenze e della responsabilità costitutiva dell'osservatore su quanto valuta.

Le domande inevase della Psichiatria di Comunità

N. Colombini

Centro di Salute Mentale di Castelfranco Emilia, DASM Azienda USL di Modena

Introduzione: i termini Psichiatria di Comunità, Psichiatria Territoriale e Psichiatria Sociale sono usati spesso come sinonimi in quanto hanno riferimenti epistemologici simili e radici teoriche comuni. Più precisamente però la Psichiatria Sociale costituisce il modello teorico e concettuale di questo ambito disciplinare, anche se tale termine indica, di fatto, una disciplina "ibrida", "…dai contorni sfumati e confusi, definita ed intesa in modo diverso da psichiatri ed operatori di diversa formazione" (Tansella, 1991). Il termine "Psichiatria di Comunità" si riferisce invece in pratica all'organizzazione degli interventi e dei trattamenti psichiatrici nell'ambito dei Servizi Sanitari pubblici, anche sulla base di modelli mutuati dalle teorizzazioni della Psichiatria Sociale. In Italia la delibera nel 1978 della Legge 180, con le conseguenti profonde e radicali trasformazioni della pratica e dello "specifico" psichiatrico e con l'abolizione dell'istituzione manicomiale, ha decretato il primato assoluto della Psichiatria di Comunità (definita nella sua accezione operativa come Psichiatria Territoriale) nella cura e nell'assistenza al disagio psichico.
Metodologia: a partire da un osservatorio privilegiato sulla realtà psichiatrica territoriale quale è un Centro di Salute Mentale, saranno effettuate alcune considerazioni personali sulle aspettative nate nell'ambito della Psichiatria di Comunità con la riforma della assistenza psichiatrica del 1978, e sulla loro effettiva attuazione.
Risultati: tra le problematiche con cui la Psichiatria di Comunità italiana sviluppatasi dopo la Legge 180 ha dovuto confrontarsi, possiamo definirne alcune di particolare preminenza teorico-pratica: la lotta allo stigma psichiatrico, la critica al mandato di controllo sociale dato alla psichiatria, la lotta alla cronicità con lo sviluppo di pratiche ed istituzioni riabilitative e di re-inserimento lavorativo e sociale, lo sviluppo di programmi di prevenzione, lo sviluppo dell'approccio epidemiologico in psichiatria e delle attività di ricerca nei Servizi di Salute Mentale, l'integrazione di saperi e teorie diversi nell'ambito della stessa psichiatria, e tra la psichiatria e le altre discipline ed agenzie mediche e psico-sociali. Riguardo alcuni di questi punti, ci sembra che le contraddizioni e le ambiguità che hanno contraddistinto l'istituzione manicomiale, non siano del tutto scomparsi nell'attuale operatività della Psichiatria Territoriale in Italia. Il mandato sociale della psichiatria da quando è stata definita come branca della Medicina, il controllo e la medicalizzazione di alcuni comportamenti considerati devianti, appare essere ancora attuale in molte delle richieste di intervento ai Centri di Salute Mentale (CSM). Parimenti si assiste alcune volte ad una lenta cronificazione relazionale tra la persona sofferente, il suo contesto socio-familiare e l'istituzione curante, che con una lunga serie stereotipa di risposte, sembra riproporre fuori dalle mura dell'Ospedale Psichiatrico, le stesse dinamiche alienanti e prive di senso condiviso proprie del manicomio; questo aspetto può anche essere evidenziato nella minore attenzione teorica e formativa alla "presa in carico", aspetto fondante della pratica psichiatrica territoriale.
Gli sbocchi lavorativi per gli utenti dei CSM ed il loro reinserimento sociale trovano spesso ostacoli insormontabili, favoriti anche dalla attuale congiuntura economica. Le pratiche preventive sono quasi completamente assenti nella operatività dei CSM, così come le attività epidemiologiche e di ricerca. Altre problematicità salienti più nuove e ancora irrisolte sono la praticabilità delle psicoterapie nei Servizi Pubblici, la formazione degli operatori, i problemi nati dall'aziendalizzazione della Sanità, l'applicazione della EBM alla psichiatria … La accettazione acritica delle istanze aziendalistiche ormai proprie della Psichiatria Pubblica e la applicazione pedissequa delle linee guida e dei "Principi dell'Accreditamento", rischiano di trasformare la Psichiatria in una "Psichiatria di Maniera", attenta alle forme del suo agire, piuttosto che alla sostanza del proprio operare.
Conclusioni: la realtà dei CSM italiani è ancora molto variegata e difforme, sia come dotazioni strutturali sia come pratiche operative consolidate, ma, se ormai è assodato che "la libertà non è terapeutica" (almeno non da sola), risulta anche essere stata una probabile utopia l'ipotesi che la Psi-

chiatria Territoriale potesse, proprio in quanto nuova e diversa operativamente dalla precedente psichiatra manicomiale, in qualche modo auto-definirsi in pratiche distanti concettualmente ed operativamente da quelle proprie dell'Ospedale psichiatrico. Se alcune domande rimangono senza risposta, come quella sulla essenza fondante dell'istanza del Controllo Sociale nello specifico della psichiatria (è possibile parlare di psichiatria negando il mandato sociale?), ad alcune altre è possibile formulare ipotesi di risposta: programmi di prevenzione e di ricerca efficaci potranno essere attuati coinvolgendo anche altre agenzie sanitarie, come i Medici di Medicina Generale; un atteggiamento criticamente costruttivo, propositivo ed auto riflessivo sulle proprie modalità operative nelle équipe dei servizi psichiatrici può aiutare l'uscita da situazioni di stallo clinico-relazionale, il confronto con aree sanitarie vicine può favorire l'uscita dalla autoreferenzialità limitante spesso propria della attuale Psichiatria Territoriale. Contemporaneamente la riproposizione della centralità della relazione umana come momento essenziale dell'aiuto e della cura alla persona sofferente ed al suo contesto, può ri-focalizzare sull'individuo l'obbiettivo della Psichiatria di Comunità, consentendole così la possibilità di una più precisa e continua taratura della propria operatività.

Bibliografia

Tansella M. *La psichiatria sociale in una prospettiva storica*. In: Henderson AS. *Psichiatria Sociale ed Epidemiologia Psichiatrica*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 1991.

Risposte del "modello toscano per la salute mentale"

M. De Berardinis

Unità Funzionale Multiprofessionale Salute Mentale Adulti, Zona Mugello, ASL 10 di Firenze

Due domande, esplicita la prima, strisciante la seconda, sembrano oggi attraversare in modo prepotente la rete dei servizi di salute mentale italiani: contenimento dei costi e controllo sociale.

Il problematico impatto di queste domande sulla cultura, l'organizzazione e l'operatività dei servizi di salute mentale è già visibile in molte realtà.

In questo simposio riferiamo sul lavoro del coordinamento degli psichiatri toscani teso ad evidenziare la contraddittorietà tra queste domande e la propositività espressa attraverso la definizione del "modello toscano per la salute mentale".

Chiedete e vi sarà "dato". Le domande di Rosenhan e la carenza di risposte trent'anni dopo

G.M. Galeazzi[*], P. Curci[**]

[*] *East London NHS Foundation Trust;* [**] *Dipartimento di Neuroscienze TCR, Università di Modena e Reggio Emilia*

Introduzione: una parte significativa del colloquio diagnostico in clinica psichiatrica è centrata su domande che esplorano la psicopatologia, secondo forme consolidate dalla tradizione. Le interviste strutturate enfatizzano il rilevamento sistematico del soddisfacimento o meno di criteri diagnostici attraverso liste di domande e algoritmi. È inevitabile che queste pratiche producano dati registrabili, il significato clinico dei quali, tuttavia, non è affatto autoevidente. Il contributo cerca di mettere in luce condizionamenti di ordine clinico ed extraclinico alla diagnosi psichiatrica.

Metodologia: analisi del dibattito suscitato dallo storico lavoro di Rosenahan "On being sane in insane places" (*Science* 1973;179:250-8), che è stato recentemente riattualizzato da una accesa polemica circa le pratiche diagnostiche in psichiatria e i motivi che le influenzano.

Risultati: a più di trent'anni dallo studio di Rosenhan il problema della validità della diagnosi dei più importanti disturbi psichiatrici rimane aperto. Se Rosenhan metteva in guardia dagli aspetti influenzanti del contesto manicomiale e dagli effetti deleteri dell'etichettamento, oggi altri motivi sembrano guidare le domande (e indirizzare le risposte) da cui emergono le diagnosi. Per esempio: il desiderio della psichiatria di consolidare lo *status* di disciplina medica, la ricerca di un presidio farmacologico "approvato" per la diagnosi e che produca una rapida risoluzione dei problemi (motivo su cui convergono pressioni per il contenimento dei costi e potenti interessi economici), la tutela medico-legale (quella del professionista, *in primis*).

Conclusione: le domande che gli psichiatri pongono (e le risposte che danno quando viene loro richiesto di emettere una diagnosi) riflettono le premesse interpretative, i modelli della malattia e della terapia, i valori e la cultura del gruppo professionale e della società a cui appartengono. Queste domande possono escludere ambiti esistenziali importanti e la semplice conta dei sì e dei no, dei criteri soddisfatti e di quelli mancati, può produrre un'illusoria sicurezza, soprattutto quando il momento diagnostico rimane dissociato dall'apprezzamento dei significati relazionali, progettuali e prognostici dell'incontro clinico. Il dibattito sul giudizio di ciò che è clinicamente significativo appare toccare solo tangenzialmente questi temi, che appaiono tuttavia ineludibili.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA DEI CESARI

S11 - L'amministrazione di sostegno in psichiatria

MODERATORI
V. Volterra, S. Luberto

Particolari applicazioni dell'amministratore di sostegno in psichiatria

S. Luberto
Università di Modena e Reggio Emilia

Dopo aver sinteticamente richiamato le analoghe normative introdotte da tempo in altri Paesi, (nel 1968 in Francia la "Sauvegarde de justice", in Spagna con la legge 24 ottobre 1983 n. 13, in Austria con la legge 2 febbraio 1983, n. 136, per limitarsi solo ad alcuni esempi), vengono proposti i più rilevanti aspetti medico legali della nuova legge sull'amministratore di sostegno, approvata in Italia nel 2004 dopo un lunghissimo iter.
Nel sottolineare il superamento di una visione categoriale in linea con l'evoluzione culturale, si segnala l'aspetto "progressivo" e non più rigido delle norme relative alla tutela dell'incapace e la conseguente possibilità di emanare provvedimenti personalizzati.
La finalità dichiarata all'art. 1 della nuova legge è la tutela di persone "… prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana …" e ciò fornisce una indubbia chiave interpretativa che sembra escludere un riferimento esclusivo ai soli interessi di natura economica. A riprova si richiama il disposto dell'art. 405 che fa riferimento ai provvedimenti urgenti che il Giudice adotta, anche d'Ufficio "… per la cura della persona interessata e per la conservazione e l'amministrazione del suo patrimonio …".
Il dato è confermato dalla giurisprudenza che, a partire dalla pronuncia del Tribunale di Modena del 28/06/2004, ha ribadito l'assunto, aprendo nuove ed interessanti prospettive.
Risultano evidenti le potenzialità della norma nella gestione di bisogni personali del soggetto parzialmente incapace, con particolare riferimento a pazienti affetti da patologia mentale cronica, specie se accolti in una struttura intermedia.
L'ambito psichiatrico (oltre a quello geriatrico) è quello maggiormente interessato al problema, che viene discusso, anche sulla base di ricerche empiriche che documentano il frequente ricorso di certi casi di patologia psichiatrica complessa o cronica, che potrebbero essere meglio gestiti attraverso una corretta gestione della nuova normativa, per realizzarne le molteplici potenzialità nella tutela dell'incapace anche per quanto attiene ai suoi bisogni personali e di cura.
È però necessaria un'accurata riflessione sui problemi clinici e valutativi che la norma propone e sulla necessità di favorire un dialogo tra diverse agenzie, da quella giudiziaria, a quella socio-sanitaria fino a quella familiare, che non sempre parlano lo stesso linguaggio.

Amministratore di sostegno: il punto di vista dei Servizi, degli utenti e dei familiari

G. Martini
Dipartimento di Salute Mentale, Roma E (U.O.C. Municipio XVII)

L'introduzione dell'Amministratore di sostegno ha rappresentato una innovazione alquanto significativa dal punto di vista normativo con indubbi riflessi anche sulla relazione medico-paziente-familiari. Dopo le iniziali titubanze, si è passati ad una fase applicativa connotata da considerevoli aspettative.
Partendo dalla esposizione di una casistica personale, relativa ai pazienti che nell'ultimo biennio hanno beneficiato di tale provvedimento, afferenti alla U.O.C. da lui diretta (il cui territorio è ubicato nel centro di Roma), l'Autore, attraverso alcune esemplificazioni, tenta di puntualizzare le problematiche che si sono evidenziate.
Vengono anche segnalati gli indici di gradimento e le resistenze emersi da parte di familiari e utenti.
Il lavoro di conclude con l'esposizione di una serie di interrogativi riferiti soprattutto agli aspetti "costrittivi" insiti nella normativa che da un lato potrebbero consentire di riformulare la questione della obbligatorietà delle cure, dall'altro rischiano di risultare limitativi nei confronti della libertà personale, suscitando a loro volta questioni etiche di non poco conto.

"Cura personale" e aspetti di criticità nell'applicazione della normativa

V. Volterra
Bologna

La legge 6/2004, con l'introduzione della nuova figura dell'amministratore di sostegno, ha modificato, indirettamente, sul piano giuridico, anche la nozione di infermità mentale, sottraendole gli attributi di irreversibilità, incapacità totale o parziale, persistenza nel tempo, ecc., e valorizzato invece le capacità residue di ogni persona, conservandone le disponibilità ad agire, rispettandone le aspirazioni, i desideri ed i bisogni; stabilendo la provvisorietà dei provvedimenti sul piano temporale e contestuale; estendendo i suoi interventi anche a situazioni meritevoli di tutela di natura diversa da quella psicopatologica, per soggetti con particolari malattie, o ristretti in carcere o in OPG, od ospedalizzati, o in costrizione domiciliare e, quindi, per motivi vari, privi del tutto o in parte, d'autonomia. La "cura personae", attribuita all'amministratore di sostegno, compito estraneo alla figura del tutore o del curatore, cui in precedenza corrispondevano le rigide figure giuridiche dell'interdizione e dell'inabilitazione,

appare uno strumento particolarmente duttile per il trattamento e la riabilitazione di questi soggetti, concedendo loro una tutela adeguata e necessaria, non dannosa ed inutile, salvaguardando la loro autonomia per tutti quegli atti che non richiedono l'intervento esclusivo o sussidiario dello stesso amministratore.
A tal proposito, i servizi socio-sanitari sono obbligati a segnalare al Giudice Tutelare tutti i soggetti, a loro conoscenza, necessitanti di tale provvedimento, primi fra tutti coloro che oggi si trovano in comunità o in case famiglia e che in questa direzione devono attivarsi.
Non ci si può nascondere, però, che esistono ancora aperti alcuni punti di criticità nell'applicazione di questa legge, ignorata del tutto, o quasi, in certe realtà e poco utilizzata in altre e, in più, lo scarso interesse in molte sedi delle amministrazioni pubbliche. Tra questi la formazione delle persone cui affidare questo compito così delicato, impegnativo e di responsabilità; la controversa indispensabilità della difesa tecnica nei procedimenti; il frequente palleggiamento delle cause tra giudici civili, dei minorenni e tutelari; la persistenza delle misure dell'interdizione e dell'inabilitazione, ormai estinte in altre nazioni; la non remunerazione degli amministratori, anche se talora ovviata da onorari per consulenze professionali; la scarsità di personale e mezzi negli Uffici dei Giudici tutelari, oggi oberati da questo nuovo impegno; la mancanza di un tavolo di concertazione tra Magistrati, servizi sociosanitari e operatori psichiatrici.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA ROSSA

S12 - Incompatibilità/impossibilità della Psichiatria

MODERATORI
L. Ancona, P. Bria

L'incapacità dell'azione farmacologica sulla salute mentale

G. Lago
DSM ASL Roma D

La salute mentale è un concetto assai complesso che non si può costringere in categorie esposte a un riduzionismo, biologico o psicologico. Al momento attuale, possiamo intraprendere un percorso che tenda a riunire, come in fondo accade spontaneamente nell'organismo umano non malato, la mente e il corpo, fino a configurare interventi integrati aventi come obiettivo la salute mentale. In tal senso, l'OMS, pur riferendosi soprattutto alla salute fisica, fa del benessere il vero obiettivo delle cure sulla persona, non considerando sufficiente l'assenza di sintomi o di lesioni macro o microscopiche del corpo. Da qui può partire la valutazione dell'azione farmacologica sulla salute mentale, la cui efficacia non è discutibile. Non è in discussione il fatto di somministrare gli psicofarmaci nella Psicoterapia, in quanto l'aggiunta dei farmaci può correggere pericolose coazioni a ripetere, incise nella struttura biologica, rendendo inutili gli interventi basati sulla relazione. La vecchia idea che il sintomo consente l'elaborazione delle dinamiche intra-interpsichiche è forse, ma non in tutti i casi, applicabile nei disturbi nevrotici; altra cosa vuol dire il sintomo nelle patologie gravi che interessano da vicino la salute mentale. Il fatto che i farmaci non siano in discussione nella cura delle patologie mentali, però, non vuol certo dire che queste ultime si possano curare senza il contesto indispensabile della relazione terapeutica, ossia non di un semplice rapporto medico-paziente ma di una modalità organizzata e applicata secondo una metodologia che non può definirsi altrimenti che Psicoterapia. Lo psichiatra che applica solo terapie farmacologiche, magari delegando ad altri lo svolgimento di una relazione terapeutica, abdica a una funzione importante e necessaria per il paziente, ossia quella di poter ritrovare l'integrazione perduta a suo tempo tra il fisico e il mentale. Occorre che lo psichiatra in questione apra gli occhi sulla natura del proprio intervento e sia consapevole che psicoterapia è anche somministrare i farmaci ma non solo. Psicoterapia significa innanzitutto formazione personale, cosa che non si fa sui libri ma sostenendo esperienze dirette di preparazione della propria persona alla relazione col paziente che ha disturbi mentali. Rifugiarsi sull'abbondante letteratura che conferma l'efficacia dell'azione farmacologica sulla salute mentale è ancora purtroppo l'alibi di molti professionisti e l'interesse dell'industria. Ma il Novecento è passato anche per gli psichiatri attenti al solo campo biologico. Il *mea culpa* della psicoanalisi ha dato luogo a una visione integrata che recupera la natura biologica dell'uomo e rilancia la psicoterapia come cura complessa e completa. È molto atteso il ridimensionamento della visione psicorganica e da più parti si sottolinea l'incapacità delle terapie biologiche isolate. La capacità di un intervento sta nella sua completezza; capace è lo psichiatra che non si limita alla conoscenza dei farmaci o delega ad altre figure il compito di relazionarsi con il paziente; non ci si può sottrarre alla capacità terapeutica, la posta in gioco è alta: la salute mentale.

Interrogativi di uno psichiatra sulla dimensione religiosa di un paziente

L.S. Filippi
Sapienza Università di Roma

Può accadere che un individuo si rivolga allo psichiatra per problemi che coinvolgono la sua fede religiosa. Per i cristiani il motivo più frequente sono gli "scrupoli", la dubbio-

sità patologica, relativa al proprio comportamento morale, ma anche alla fede stessa o ai grandi problemi dell'esistenza: il senso della vita, il perché del male e del dolore, ecc. In tal caso il disagio si configura spesso come disturbo ossessivo-compulsivo conclamato, che non offre difficoltà diverse da quelle consuete.
Più difficile è la valutazione quando il soggetto viene inviato, in genere dai familiari, per comportamenti "strani" attinenti alla sfera religiosa. Si pensi a persone come Francesco d'Assisi, che lascia una famiglia facoltosa per vivere radicalmente la povertà e l'umiltà evangeliche, opponendosi alla cultura dominante, o come Iacopone da Todi, l'autore dello *Stabat Mater*, cui si attribuisce il fatto di andare in giro vestito di sole penne di uccello, per subire umiliazione e derisione, a imitazione della Passione di Cristo. Lo psichiatra si domanderà se tali comportamenti siano compatibili con la "normalità" o se siano espressione di patologia psichica. Ricorderemo che per S. Freud l'individuo normale è quello capace di *amare e lavorare* [1]. Parallelamente potremo ricordare i segni di patologia mentale secondo G.C. Reda [2], e cioè *la sofferenza soggettiva*, es. dell'angoscia, della depressione, dell'ossessività, ecc., che porta il soggetto a rivolgersi allo psichiatra per essere aiutato, *un comportamento improduttivo o dannoso*, a sé o agli altri, come nella mania, nell'autolesionismo ecc. e infine *l'assenza di libertà interiore:* segni più o meno intrecciati tra loro e non sempre di facile valutazione. Un esame completo di personalità, basato sul colloquio clinico con il sussidio di una batteria di test e di eventuali indagini strumentali faciliteranno la diagnosi.
È ovvio che altre domande lo psichiatra potrà porsi, anzitutto riguardo a se stesso: se gode di una sufficiente *neutralità* (*distanza professionale*), cioè di una equidistanza dal mondo istintivo-affettivo, da quello razionale e da quello normativo valoriale culturale del paziente (concetto espresso da Anna Freud [3] e ripreso da Otto Kernberg [4]). Tale equidistanza, unita all'*empatia* – cioè all'immedesimazione nel soggetto *senza perdere la propria identità* – gli consentirà di trattare benevolmente una persona credente cattolica o induista, oppure atea o agnostica e così via. Neutralità che non significa assenza di una personale visione del mondo, né indifferenza per i valori etici, dei quali anzi essa è una matura espressione. Neutralità ed empatia che, rispettando globalmente il paziente, facilitano lo sviluppo dell'*alleanza terapeutica*, che è fondamentale per una buona *compliance* di questo.
Ma, *se il discorso cade senza forzature su temi religiosi*, come comportarsi quando è palese che la fede religiosa o l'ateismo del soggetto presentano degli aspetti nevrotici (infantili)? Infatti la fede può essere usata come *difesa* dall'angoscia o dal senso di colpa o come soddisfazione del bisogno infantile di protezione, così come l'ateismo può mascherare la persistenza di una opposizione edipica all'autorità e via dicendo.
Come abbiamo ampiamente discusso nel Congresso SOPSI 2006, compito dello psichiatra è quello di aiutare il soggetto a conquistare una maggior libertà interiore, e ciò renderà anche la sua fede o la sua scelta atea più genuine. Perciò, memore del fatto che le "difese" del paziente vanno rispettate, anzi all'occorrenza *debitamente* rinforzate, finché non siano pronte delle modalità di funzionamento psichico più mature, lo psichiatra si guarderà bene dall'intaccare tali difese, rispettando i tempi di crescita del soggetto.

Naturalmente la valutazione della qualità psicologica della fede o dell'ateismo del soggetto, a parte la diagnosi psichiatrica propriamente detta, dipenderà molto dalla conoscenza che lo psichiatra ha del fatto religioso. Più che di una conoscenza teorica, da manuale – che pure è utilissima – è evidente che si tratta di una conoscenza socratica, *esperienziale.* Lo psichiatra, cioè, non può esimersi – né generalmente si esime, come essere umano – dal porsi i grandi problemi: dell'origine delle cose, del senso dell'esistenza, del dolore e della morte.
Quale che sia la soluzione che egli avrà dato a tali interrogativi, egli riconoscerà il bisogno irresistibile che ha l'animo umano di una *trascendenza*, testimoniato dal fatto stesso di esserne ovunque e in ogni epoca alla ricerca, anche quando questa si concluda con la sua negazione o con l'adesione a sette o a pratiche superstiziose o "magiche" le più disparate.
E più la personale ricerca dello psichiatra sarà stata eventualmente travagliata, più egli potrà comprenderne dall'interno il senso

Bibliografia

1. Erikson EH. *Infanzia e società.* Trad. it. Roma: Armando 1967, p. 247.
2. *Presentazione alla 1ª ediz.* (1982) del trattato *Psichiatria.* Torino: UTET 1993, p. V.
3. Freud A. *L'Io e i meccanismi di difesa*. Trad. it. in: *Opere*, vol. I. Torino: Boringhieri 1978, p. 169.
4. Kernberg O. *Disturbi gravi della personalità*. Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri 1987.

Una logica per il delirio

P. Bria

Università Cattolica S.C. di Roma

Il tema del delirio è stato sempre al centro della riflessione psicopatologica in psichiatria.
Soprattutto, a partire dal fondamentale contributo di Karl Jaspers, è divenuto centrale il problema della sua comprensibilità e della sua possibile interpretazione. Il concetto di "esperienza delirante primaria" e di "fenomenologicamente ultimo" invocato da Jaspers si è, così, arricchito agli inizi del secolo scorso dell'approccio psicoanalitico al problema da parte di Sigmund Freud che ne ha fatto oggetto di indagine nell'analisi del celebre caso del Presidente Schreber.
Pur con tutti i limiti e le contraddizioni della teoresi di Freud si è, così, fatta strada – soprattutto utilizzando le sue straordinarie intuizioni sull'Inconscio – l'ipotesi di una possibile "ricostruzione razionale" del ragionamento delirante che trova il suo nucleo patogeno in un disturbo logico nella elaborazione dell'esperienza (percettiva o meno) della realtà. Questa linea che riconosce un "ordine logico" proprio al *delirio* ha raggiunto una tappa significativa con il pensiero di Silvano Arieti che, utilizzando gli studi del logico e psichiatra Von Domarus, è arrivato a formulare per il pensiero delirante schizofrenico una "paleologica" per la quale l'identità tra predicati che è semplice equivalenza diventa identità tra soggetti.
Si è dovuto attendere, però, la bi-logica di I. Matte Blanco per potere prospettare una logica per il delirio che utilizza un doppio ordine logico: una "razionalità bi-logica" che ac-

coglie nelle "reti" spazio-temporali del pensiero la cosiddetta "logica simmetrica" che caratterizza l'inconscio emotivo ed è un tentativo di descrivere la presenza di un vero e proprio "operatore" dello psichico che trattando come uno e indiviso ciò che il pensiero divide e relaziona tende a "infinitizzare"gli oggetti dell'esperienza.
La ricostruzione di questi "percorsi" bi-logici attraverso la storia del soggetto – che è insieme storia biologica e psicologica – può fornire senso e coerenza alle "misconceptions" deliranti che si manifestano con il carattere dell'assolutezza e dell'autoreferenzialità.

La incapacità dell'inconscio personale nei confronti dell'inconscio grippale

L. Ancona

Università Cattolica Sacro Cuore, Roma – IL CERCHIO

La "incapacità" espressa nel titolo deriva dalle trasformazioni che nel momento attuale si sono manifestata sia nella Psichiatria clinica sia nella Psicoanalisi teorica e applicata.
Nel primo di questi due campi, anche a causa della chiusura dei manicomi è entrato con prepotenza un quadro di psicopatologie un tempo scarsamente incontrate nell'esercizio professionale della Psichiatria: sindromi di carattere sociale, come sono vari "Disturbi della Personalità", dipendenza da sostanze, caratterizzazioni psico-somatiche e "movimenti di ganga" frequentemente di natura aggressiva/eversiva. Per non parlare degli aspetti del fondamentalismo, nella forma dell'integralismo, fanatismo e combinazione di suicidio/omicidio-strage.
La impossibilità della Psichiatria classica nei riguardi di queste psicopatologie di natura sociale deriva dall'essere essa centrata sulla dinamica personale, intra-individuale, con risvolti sociali derivati da questa sola matrice, e non riconosciuti come autonomi. La psicoanalisi ha da parte sua percorso lo stesso cammino, escludendosi dal circuito multipersonale in obbedienza al principio della primarietà dell'inconscio mondo interiore del soggetto; di conseguenza il mondo multi-personale, riguardante i rapporti transpersonali e sovrapersonali correnti tra i soggetti in inter-azione e fra il loro insieme e il mondo della cultura presente e passata nel quale essi sono immersi non può esservi contenuto; né le sue distorsioni/patologie possono venire comprese e curate: esse costituiscono una "incompatibilità-impossibilità".
La stessa situazione può venire affrontata e gestita da un viraggio epistemologico e clinico, espresso dalle nuove forme di trattamento psichiatrico nella forma della gruppo-analisi, dei Gruppi Balint e dei Gruppi Allargati.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA CAVALIERI 1

S13 - Il contributo delle neuroscienze cognitive alla comprensione dei disturbi psichiatrici

MODERATORI
A. Bertolino, A. Rossi

Processi volontari e processi automatici nel controllo dell'attenzione spaziale

E. Macaluso

Neuroimaging Laboratory, Fondazione Santa Lucia, Roma

Introduzione: studi di neuro-psicologia in pazienti con danni all'emisfero destro hanno dimostrato che le cortecce fronto-parietali giocano un ruolo fondamentale nei processi di controllo dell'attenzione spaziale. Utilizzano tecniche di *neuroimaging* funzionale (fMRI) è possibile investigare questi processi anche in volontari sani, identificando sotto-componenti e meccanismi che regolano il controllo dell'attenzione spaziale. In questa presentazione saranno evidenziati diversi approcci concettuali e metodologici per testare queste funzioni. In particolare gli studi presentati esamineranno processi legati al controllo volontario dell'attenzione (attenzione endogena) e fattori associati all'attenzione esogena.
Metodologia e Risultati: i dati fMRI in soggetti sani confermano il ruolo centrale delle cortecce fronto-parietali e dimostrano l'importanza delle interazioni dinamiche fra queste aree e le aree visive che codificano gli aspetti sensoriali del input nella corteccia occipitale. Questi processi dinamici possono essere studiati grazie a tecniche d'analisi che considerano non solo l'effetto di una manipolazione sperimentale sull'attività di una specifica area cerebrale, ma anche come il livello d'attività in un'area influisce sull'attività di un'altra zona del cervello (connettività effettiva). Utilizzando questa metodologia è possibile dimostrare che l'elaborazione di uno stimolo visivo può seguire diversi *pathways* neurali, a dipendenza dello stato attentivo. In particolare, stimoli presentati in posizioni non-attese reclutano connessioni fra le aree sensoriali nella corteccia occipitale ed aree del lobulo parietale inferiore. Studi successivi hanno dimostrano che questi effetti attenzionali nel lobo parietale inferiore non avvengono puramente a causa della salienza di stimoli visivi presentati in zone non-attese del campo visivo, ma richiedono che questi stimoli abbiano una rilevanza comportamentale per il soggetto. Le relazioni fra le caratteristiche sensoriali del input visivo (effetti *bottom-up*) ed gli aspetti legati di attenzione volontaria (effetti *top-down*) giocano un ruolo centrale nella vita quotidiana, e pos-

sono essere studiati utilizzando compiti relativamente naturalistici. L'utilizzo di paradigmi di ricerca visiva ci fornice un esempio di questo tipo d'approccio sperimentale. Utilizzando appropriate condizioni di controllo, è possibile studiare l'attività cerebrale mentre un volontario cerca stimoli bersagli utilizzando display visivi complessi, ed è possibile dissociare l'attività legata ai processi di controllo attentivo dall'attività puramente motoria. Quest'approccio ci ha permesso di evidenziare il ruolo della parte dorsale del lobo parietale (e frontale) per il controllo volontario dell'attenzione, in condizioni più simili all'esperienza quotidiana, rispetto a paradigmi molto più semplici utilizzati in precedenza per lo studio dell'attenzione spaziale.

Conclusioni: in conclusione, una serie di studi fMRI ci hanno permesso di caratterizzare ulteriormente le funzioni di controllo attentivo, identificando a livello corticale processi volontari (endogeni) e fattori attenzionali legati al input sensoriale (attenzione esogena). I risultati evidenziano un legame fra attenzione endogena ed attivazione delle cortecce fronto-parietali dorsali, in diverse condizioni sperimentali (e.g. ricerca visiva, al netto dell'attività motoria legata all'esecuzione di movimenti oculari). D'altra parte l'attenzione esogena sembra coinvolgere principalmente aree fronto-parietali ventrali, ma anche in questo caso fattori di tipo endogeno (e.g. rilevanza degli stimoli) continuano a giocare un ruolo importante, interagendo con fattori puramente esogeni.

Schizofrenia, processamento delle emozioni e clinica

P. Rocca, F. Castagna, T. Mongini, C. Montemagni

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Introduzione: i disturbi dell'affettività da sempre sono stati considerati una caratteristica cardinale della schizofrenia [1]. Più di recente, l'interesse relativo all'affettività nella schizofrenia è stato esteso ai disturbi di percezione emotiva. La compromissione del riconoscimento emotivo nei pazienti affetti da schizofrenia si traduce clinicamente nella difficoltà di processare le emozioni osservate negli altri, nell'essere socialmente inattivi, privi di spontaneità o indifferenti al mondo circostante. Tali deficit sono considerati parte integrante della *social cognition*, ovvero di quell'"insieme di processi e funzioni che permettono ad un soggetto di comprendere, agire e trarre benefici dal mondo interpersonale" [2]. Da una recente revisione della letteratura [3] sulla percezione emotiva, emerge che i pazienti schizofrenici sono compromessi rispetto ai controlli sani nel riconoscimento emotivo, in tutte le condizioni di valutazione (espressione facciale, prosodia e canali espressivi multipli che combinano gesti, espressioni facciali e voce). Inoltre, risulta che il riconoscimento emotivo correla in modo significativo con la cognitività, soprattutto con l'attenzione e la vigilanza. Per quanto riguarda la psicopatologia i risultati non sono ancora conclusivi, ma la maggior parte degli studi non ha trovato correlazioni tra le *performance* di riconoscimento e misure globali di psicopatologia, sintomi negativi o positivi. Da uno studio di confronto tra pazienti paranoidi *vs.* non paranoidi, è emerso che il soggetti paranoidi sono meno compromessi nell'identificare emozioni facciali di sorpresa e emozioni negative rispetto ai soggetti non paranoidi. Il confronto tra pazienti schizofrenici e controlli psichiatrici (pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore e disturbo bipolare) ha prodotto risultati discordanti. Nessuna relazione, infine, è stata individuata tra i punteggi ottenuti ai compiti sulle emozioni e la dose assunta di farmaci antipsicotici. Uno degli aspetti più interessanti legato al processamento delle emozioni concerne la ricaduta che questo ha sul funzionamento sociale e le *social skills*. A questo riguardo, è stato elaborato un modello bio-sociale [4], secondo il quale la percezione emotiva avrebbe un effetto diretto sull'*outcome* funzionale e uno indiretto, in quanto medierebbe l'impatto che la cognitività ha sugli esiti. Secondo questi autori, inoltre, l'impatto della percezione emotiva sull'*outcome* sarebbe parzialmente mediata dalle competenze sociali e dalla presenza di supporto sociale.

L'alterazione della percezione emotiva ha ricevuto un crescente interesse negli ultimi anni anche in virtù del perfezionamento delle metodiche di indagine. Dagli studi di neuroimmagine emerge che l'amigdala svolge un ruolo cruciale nella generazione e nella regolazione del comportamento emotivo e diverse evidenze suggeriscono che un danno dei circuiti temporo-limbici-frontali, di cui l'amigdala fa parte, è centrale nell'espressione della schizofrenia [5]. Gli studi disponibili sui circuiti implicati nel processo di riconoscimento delle emozioni suggeriscono una riduzione dell'attività amigdaloidea nei pazienti schizofrenici [6].

Metodologia: lo scopo della relazione è presentare i risultati di una nostra ricerca sul processamento emotivo nella schizofrenia. Nello specifico, per comprendere meglio il legame tra l'affettività, gli aspetti psicopatologico-clinici e l'*outcome* funzionale, abbiamo reclutato un campione di soggetti schizofrenici (n = 58) presso la SCDU Psichiatria 1 e il DSM Torino 1 Sud e un gruppo di controlli sani (n = 30) al fine di confrontare le loro *performance*. Abbiamo utilizzato un protocollo computerizzato (*Comprehensive Affect Testing System* – versione italiana realizzata dal nostro gruppo di ricerca) che prevede la somministrazione di test volti ad esplorare differenti aspetti dell'espressività facciale e del tono di voce. I pazienti sono stati sottoposti ad un ampio *assessment* clinico (SCID, PANSS, CGI, CDSS, QLS, GAF, FBF) e ad un'approfondita batteria di test cognitivi (TIB, Stroop, CVLT, TMT, WCST).

Risultati: i risultati preliminari del nostro studio evidenziano che, rispetto ai controlli, i pazienti dimostrano una compromissione nell'esecuzione di tutti i compiti di riconoscimento emotivo. Abbiamo rilevato un'associazione tra l'elaborazione delle emozioni e specifiche caratteristiche cliniche, quali la sintomatologia positiva e generale, e la gravità della malattia. Nessuna relazione è stata osservata con le misure di funzionamento globale e di qualità di vita, mentre sono confermati i dati della letteratura rispetto alla relazione tra funzionamento cognitivo (in particolare, attenzione, memoria, astrazione) e percezione emotiva.

Conclusioni: il deficit di processamento delle emozioni nella schizofrenia è risultato associato a diverse variabili cliniche e cognitive, suggerendo un ruolo di mediatore tra i diversi domini sintomatologici. I risultati di tali osservazioni potrebbero avere importanti implicazioni pratiche in ambito riabilitativo, relativamente al recupero di abilità e conoscenze sociali.

Bibliografia

1. Bleuler E. *Dementia Praecox o der Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig und Wien: F Deuticke, 1911 (ed. it. Roma, La Nuova Italiana Scientifica 1985).
2. Corrigan P, Penn D, eds. *Social cognition and schizophrenia*. Washington, DC: APA Books 2001, pp. 41-72.
3. Trémeau F. *A review of emotion deficits in schizophrenia*. Dialogues in Clin Neuroscience 2006;8:59-70.
4. Brekke J, Kay DD, Lee KS, Green MF. *Biosocial pathway to functional outcome in schizophrenia*. Schiz Res 2005;80:213-25.
5. Abdi Z, Sharma T. *Social cognition and its neural correlates in schizophrenia and autism*. CNS Spectr 2004;9:335-43.
6. Shayegan DK, Stahl SM. *Emotion processing, the amygdala, and outcome in schizophrenia*. Progr in NeuroPsych & Biol Psy 2005;29:840-5.
7. Penn DL, Corrigan PW, Bentall RP, Racenstein JM, Newman L. *Social cognition in schizophrenia*. Psychol Bull 1997;121:114-32.

Controllo attentivo, varianti genetiche e schizofrenia

G. Blasi

Dipartimento di scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Il controllo attentivo è un processo cognitivo di fondamentale importanza per la vita quotidiana. Esso permette in ogni istante di allocare risorse attentive su stimoli specifici e di sopprimere informazioni irrilevanti. Una serie di studi ha indicato che la dopamina è associata in maniera cruciale con lo svolgimento di processi cognitivi, in particolare attentivi. Altri studi hanno inoltre dimostrato che il tono dopaminergico è modulato da caratteristiche genetiche specifiche. Alcune di queste, come quelle relative ai geni che codificano per la catecol-O-metiltransferasi (COMT), e per il trasportatore della dopamina (DAT), hanno un impatto sull'efficienza dei sistemi neuronali coinvolti nell'esecuzione di funzioni cognitive specifiche, in particolare del controllo attentivo.

La schizofrenia sembra essere caratterizzata sia da un'alterazione del tono dopaminergico cortico-sottocorticale, sia da processi attentivi abnormi. Anomalie dell'attenzione in questo disturbo sembrano essere evidenti sia in termini di comportamento espresso, sia di fisiologia cerebrale correlata. Inoltre, caratteristiche genetiche individuali, incluse quelle relative a geni coinvolti nella regolazione del tono dopaminergico, potrebbero essere coinvolte nella sua neurobiologia. Alcune di queste caratteristiche sembrano in più essere associate ad una risposta differenziale al trattamento con farmaci antipsicotici. È dunque possibile che il fenotipo neurobiologico e comportamentale espresso nella schizofrenia ed associato ai deficit dell'attenzione possa essere direttamente influenzato da tali variabili genetiche. Ulteriori studi dovranno chiarire questo aspetto della fisiopatologia del disturbo ed i suoi riflessi sul trattamento.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA CAVALIERI 2

S14 - Diagnosi ultraprecoce del Disturbo Bipolare

MODERATORI
M. Raja, A. Erfurth

Il disturbo bipolare in adolescenza

G. Masi, S. Millepiedi, M. Mucci, C. Pfanner, S. Berloffa, C. Pari

IRCCS Stella Maris per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Calambrone (PI)

Sebbene il disturbo bipolare (DB) sia un quadro psicopatologico ben definito nell'adulto, solo recentemente i clinici hanno iniziato a porre questa diagnosi anche in età evolutiva. Le ragioni di questa difficoltà diagnostica sono da ricercarsi nella diversa presentazione clinica della forma ad esordio precoce rispetto alla forma adulta e nella frequente comorbidità, che spesso induce a diagnosticare il disturbo in comorbidità piuttosto che il DB. In questo presentazione valutiamo le caratteristiche dell'atipicità del DB precoce rispetto alla forma adulta e l'influenza che le diverse comorbidità possono avere sull'espressività clinica del DB. Infine vengono discusse le possibili implicazioni cliniche in relazione alla efficacia del trattamento farmacologico.

I disturbi d'ansia quali precursori del disturbo bipolare

A. Azzoni, M. Raja

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Ospedale Santo Spirito in Sassia, Roma

Il concetto di "spettro bipolare", termine con cui si indica una vasta gamma di sintomi e disturbi associati e connessi al disturbo bipolare, ha sollecitato l'attenzione dei clinici ad andare al di là del puro e semplice disturbo dell'umore. Lo psichiatra che cura pazienti affetti da questo disturbo deve essere attento all'individuazione, alla corretta diagnosi e alla terapia delle patologie psichiatriche associate e correlate. Esse comprendono prevalentemente i disturbi d'ansia, i disturbi da uso di sostanze, i disturbi di personalità del cluster B, e almeno in parte del cluster C, i disturbi alimentari psicogeni. Minore attenzione è stata fino ad ora rivolta ai disturbi d'ansia quali *precursori* di un possibile disturbo bipolare. Solo di recente, infatti, si è cominciato a constatare che

il reale esordio del disturbo dell'umore è spesso da collocare in adolescenza, e non raramente anche in età infantile. È corretto chiedersi se un disturbo ossessivo-compulsivo, un disturbo da attacchi di panico, un disturbo d'ansia generalizzato (o altri disturbi d'ansia) possano costituire antecedenti clinici significativi di un disturbo bipolare che si conclamerà più tardi, anche in fasi più avanzate della vita. Il contemplare tale possibilità ha ovviamente grande ricaduta sull'operatività clinica in termini diagnostici e terapeutici. Un elemento cruciale è la diagnosi precoce e corretta del disturbo dell'umore, con le relative conseguenze sia psicoeducazionali sia di approccio farmacologico. È per esempio fondamentale discutere se l'impiego precoce, massiccio e indiscriminato di farmaci antidepressivi, comunemente usati in molti disturbi d'ansia, non possa pregiudicare o determinare il successivo andamento del disturbo dell'umore. Il riconoscimento di un disturbo d'ansia quale precursore e indicatore precoce di bipolarità, specie in pazienti con familiarità bipolare, potrebbe apportare grandi vantaggi in termini di prevenzione, diagnosi precoce, psicoeducazione e corretta impostazione farmacologica. È infatti da considerare se gli stabilizzanti dell'umore non possano costituire da subito un approccio farmacoterapeutico più adeguato e più sicuro a molti disturbi d'ansia rispetto ai farmaci antidepressivi, finora ritenuti comunque di prima scelta.

I primi sintomi

A. Koukopoulos
Centro Lucio Bini, Roma

Spesso la madre di un paziente bipolare riferisce che all'età neonatale il bambino soffriva di insonnia e di problemi gravi di alimentazione. Più tardi, nella prima infanzia si erano presentati *pavor nocturnus*, ansia, eccessiva paura del buio, paura degli estranei, ansia di separazione, rifiuto dell'asilo, pianti frequenti e spropozionati, enuresi e encopresi, ipercinesia, aggressività, ossessività, cefalea, nausea, disturbi dell'alimentazione e difficoltà di frequentare la scuola.
Tali disturbi possono essere prodromi precoci di varie patologie psichiatriche ma il medico rimane con l'impressione che questi disturbi siano stati veri prodromi precoci del disturbo bipolare manifestatosi molti anni dopo.
Più specifici sono alcuni aspetti temperamentali come l'iperemotività, la labilità dell'umore, l'iperattività, l'impulsività e l'aggressività. Come manifestazioni precoci proprie del disturbo bipolare devono essere considerati gli stati depressivi, gli stati di eccitamento, gli stati affettivi misti, l'aggressività, l'iperattività, l'insonnia, l'ansia e l'ADHD. Il disturbo bipolare nel bambino ha una prevalenza di 0,2-0,4%.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA ELLISSE

S15 - Le prospettive di applicazione ai disturbi psichiatrici della ricerca sulle cellule staminali

MODERATORI
G. Bersani, E. Alleva

Epigenetic influences on brain and behavior development: mouse communal nest as an innovative experimental strategy to investigate the impact of the early social experiences on neural plasticity and emotional response at adulthood

I. Branchi[*], I. D'Andrea[*], M. Fiore[**], L. Aloe[**], E. Alleva[*]
[*] *Section of Behavioural Neurosciences, Department of Cell Biology and Neuroscience, Istituto Superiore di Sanità;*
[**] *Institute of Neurobiology and Molecular Medicine, CNR*

Introduction: during early postnatal development, important processes that shape the mammalian brain are taking place. This highly plastic period offers the possibility to epigenetic factors to affect brain structure and function. Indeed, the early social environment is crucial for brain and behavioral development, as shown by the disrupting effects of its impoverishment or deterioration. Children who experience severe perturbations in care are at higher risk for the emergence of behavioral problems, including social behavior, or of psychiatric diseases later in life. In rodents, manipulations of the mother-infant interaction have consequences persisting for the entire life-span. In addition to the paradigms most commonly used, we exploited a novel manipulation providing the developing pup with a highly stimulating social environment: the Communal Nest (CN).
Methods: CN consisted in a single nest where three mothers keep their pups together and share care-giving behavior from birth to weaning (postnatal day 25).
Results: compared to mice reared in standard nesting laboratory condition (SN), CN pups were provided with higher levels of maternal care. At adulthood, CN mice displayed a more pronounced emotional response, higher propensity to interact socially and achieved more promptly the behavioral profile of either dominant or subordinate male. Furthermore, CN adult mice showed higher NGF and BDNF levels in different brain areas and accordingly show a longer survival of newly generated cells in the hippocampus.
Conclusions: our findings corroborate the idea that the early social environment has a major impact on brain and behavior development and consequently might affect the likelihood in susceptible individuals to develop selected symptoms of psychopathology.

Ipotesi di prospettive di applicazione nei disturbi mentali della ricerca sulle cellule staminali

G. Bersani[*], A. Quartini[*], A. Iannitelli[* **]

[*] *Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma;* [**] *Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biomediche, Università di L'Aquila*

La schizofrenia è una malattia a genesi multifattoriale, nella quale fattori genetici e ambientali contribuiscono, con associazioni di peso differente, nella eziopatogenesi della malattia. Studi post mortem e di brain imaging hanno evidenziato in questi pazienti alterazioni della citoarchitettonica neuronale e perdita di sostanza in numerose aree cerebrali tanto da far ipotizzare meccanismi patogenetici che implicherebbero alterazioni del neurosviluppo o processi neurodegenerativi. Negli ultimi anni, la scoperta della "neurogenesi adulta" ha attratto una grande attenzione nell'ipotesi di un possibile utilizzo terapeutico delle cellule staminali, in maniera diretta o mediata, al fine di ripristinare materiale neuronale nelle aree cerebrali danneggiate.

Nello specifico, è noto che le cellule staminali, multipotenti per la generazione di neuroni, astrociti e oligodendrociti esistono nel SNC sia durante lo sviluppo che nell'adulto. Queste cellule possono essere indotte a proliferare *in vitro* e potrebbero ricoprire una potenziale fonte di materiale di "ricambio" o un veicolo di fattori trofici/protettivi, quali le neurotrofine e, nel caso di malattie geneticamente determinate, potrebbero essere utilizzate come vettori cellulari per la sostituzione di geni difettosi o mutati.
L'esatto ruolo delle cellule staminali neurali nel SNC adulto non è stato ancora perfettamente chiarito, tuttavia molte evidenze sarebbero a favore dell'implicazione di queste cellule in alcuni meccanismi patogenetici della schizofrenia, presumibilmente attraverso fenomeni di alterata neurogenesi.

Bibliografia

Toro CT, Deakin JF. *Adult neurogenesis and schizophrenia: a window on abnormal early brain development?* Schizophr Res 2007;90:1-14.

Reif A, Fritzen S, Finger M, Strobel A, Lauer M, Schmitt A, Lesch KP. *Neural stem cell proliferation is decreased in schizophrenia, but not in depression.* Mol Psychiatry 2006;11:514-22.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA MONTEMARIO

S16 - L'assistenza psichiatrica in Italia circa 2007: una valutazione quantitativa

MODERATORI
G. de Girolamo, G. Neri

Le strutture residenziali in Italia

A. Picardi

Reparto Salute Mentale, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione: in Italia, con la chiusura degli ospedali psichiatrici si è progressivamente passati a modalità di assistenza di tipo comunitario, e sono state aperte numerose strutture residenziali non ospedaliere (SR). Il progetto "PROGRES" ("PROGetto RESidenze") è stato promosso dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2000, per studiare le SR presenti sul territorio nazionale. Si tratta dello studio più ampio di questo tipo mai realizzato a livello internazionale.
Metodologia: nella Fase 1, sono state censite tutte le SR italiane (n = 1370). Nella Fase 2, è stata utilizzata una batteria di strumenti standardizzati per studiare approfonditamente un campione casuale del 20% delle SR (n = 267) e i pazienti in esse ospitati (n = 3005).
Risultati: per ogni SR, sono stati valutati gli aspetti strutturali, gestionali e assistenziali, nonché i costi diretti e i profili prescrittivi degli psicofarmaci. Di ciascun ospite, sono stati valutati psicopatologia, funzionamento sociale, disabilità e qualità della vita.
Conclusioni: il progetto PROGRES ha fornito una serie di variegate e importanti informazioni relative ad una intera tipologia di strutture, che riveste un particolare rilievo per l'attuale sistema dei servizi psichiatrici. L'esperienza fatta con il PROGRES, messa a frutto in successivi progetti, ha mostrato inoltre per la prima volta che è possibile, utilizzando le risorse disponibili all'interno del SSN, progettare e portare avanti, con efficienza e in tempi rapidi, progetti di ricerca multicentrici di ampia portata.

Bibliografia

Amaddeo F, Grigoletti L, de Girolamo G, Picardi A, Santone G. *Which factors affect the costs of psychiatric residential care? Findings from the Italian PROGRES study*. Acta Psychiatr Scandinav 2007;115:132-41.

de Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon IRH, Fioritti A, Morosini P; for the PROGRES Group. *Residential care in Italy: a national survey of non-hospital facilities*. Br J Psychiatry 2002;181:220-5.

de Girolamo G, Picardi A, Santone G, Falloon I, Morosini P, Fioritti A, et al.; for the PROGRES Group. *The severely mentally ill*

in residential facilities: a national survey in Italy. Psychol Medicine 2005;35:431-41.
Santone G, de Girolamo G, Falloon I, Fioritti A, Micciolo A, Picardi A, et al.; for the PROGRES Group. *The process of care in residential facilities. A national survey in Italy.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40:540-50.
Tomasi R, de Girolamo G, Santone G, Picardi A, Micciolo R, Semisa D, et al.; for the PROGRES Group. *The prescription of psychotropic drugs in residential facilities: a national survey in Italy*. Acta Psychiatr Scandinav 2006;113:212-23.
Picardi A, de Girolamo G, Santone G, Falloon I, Fioritti A, Micciolo R, et al.; for the PROGRES Group. *The environment and the staff of residential facilities: data from the Italian 'PROGRES' national survey*. Community Ment Health J 2006;42:263-79.
Picardi A, Rucci P, de Girolamo G, Santone G, Borsetti G, Morosini P; for the PROGRES group. *The quality of life of the mentally ill living in residential facilities. Findings from a national survey in Italy*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2006;256:372-81.

Le strutture di ricovero per acuti in Italia

G. de Girolamo[*], G. Santone[**]

[*] DSM, AUSL di Bologna; [**] Clinica Psichiatrica, A.O.U. "Ospedali Riuniti di Ancona", DSM di Ancona

Introduzione: ad un quarto di secolo dall'entrata in vigore della Legge 180, lo studio PROGRES-Acuti ha valutato su scala nazionale le caratteristiche strutturali, di processo e di esito del ricovero per i pazienti psichiatrici acuti.
Metodologia: il PROGRES-Acuti ha coinvolto tutte le regioni italiane, con l'eccezione della Sicilia. Sono state censite tutte le strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti, compiendo anche una valutazione delle caratteristiche strutturali, processuali e di esito. Era inoltre previsto un *census day*, unico per tutte le regioni, per i pazienti accolti nelle strutture.
Risultati: si sono censiti 262 SPDC, 23 Cliniche Psichiatriche Universitarie (CPU), 16 CSM aperti 24 ore al giorno (CSM-24h), e 54 Case di Cura (CC) private. I posti-letto complessivi era pari a 8.970, ovvero 1,72 per 10.000 abitanti, con un rapporto pubblico/privato pari a 0,83 (con una significativa correlazione inversa fra disponibilità di posti pubblici e privati). I TSO venivano accolti dalla quasi totalità degli SPDC (99,2%) e da gran parte dei CSM 24-h (75%), ma da solo il 56,5% delle CPU e da nessuna CC. La durata media della degenza era superiore per CC (39 gg) e CSM 24-h (37 gg), rispetto a CPU (19 gg) e SPDC (12 gg). La superficie media per posto-letto era simile per SPDC (48,5 mq) e CC (45 mq), sensibilmente superiore per CPU (88 mq) e CSM 24-h (93 mq). Uno spazio ricreativo esterno risultava presente nella totalità delle CC, nel 90% dei CSM 24h e in 2/3 degli SPDC e delle CPU. Il numero medio di operatori per posto-letto andava dai 5,17 dei CSM 24-h, ai 2,04 degli SPDC e 1,44 delle CPU, per giungere ai 0,53 delle CC.
Al *census day* risultavano ricoverati 7984 pazienti (46% nelle CC), con una prevalenza di ammissione pari all'8,3/100.000 abitanti, il 3,8% dei quali con provvedimento di TSO. Nelle strutture pubbliche si rilevava una prevalenza di soggetti di sesso maschile con età < 35 anni, mentre in quelle private prevalevano soggetti di sesso femminile con età ≥ 65 anni.
Nelle strutture pubbliche era costante il ricorso alla farmacoterapia, e attività riabilitative strutturate venivano espletate nel 39% di esse. Psicoterapia individuale (a vario orientamento) e/o familiare era garantita da poco meno di un terzo dei centri. Le porte dell'area di degenza risultavano chiuse (in almeno un'area) nel 93% degli SPDC, nell'82% delle CPU, nel 42% delle CC e nel 6% dei CSM 24h. La frequenza del ricorso alla contenzione meccanica era correlata direttamente al numero di regole in vigore all'interno della struttura, ed inversamente al numero di interventi psicoterapici offerti.
Conclusioni: si evidenzia una notevole variabilità fra i centri di ricovero in termini di caratteristiche strutturali, dotazione di personale, regole interne ed interventi terapeutici. Emerge inoltre da uno scarso ricorso a psicoterapia e riabilitazione. Tali risultati sottolineano la necessità di individuare adeguati standard assistenziali, applicabili su base nazionale, e di arricchire l'offerta di interventi terapeutici.

Bibliografia

De Girolamo G, Barbato A, Bracco R, Gaddini A, Miglio R, Morosini P, et al. *The characteristics and activities of acute psychiatric in-patient facilities: a national survey in Italy*. Br J Psychiatry 2007;191:170-7.

Psichiatria forense in Italia: note per una epidemiologia descrittiva

A. Fioritti

Regione Emilia-Romagna

L'interesse per la psichiatria penitenziaria e per gli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) sta acquisendo grande rilevanza per la consapevolezza della rilevanza clinica ed epidemiologica dei disturbi da cui è affetta questa popolazione. L'epidemiologia psichiatrica relativamente all'ambiente carcerario è ancora limitata ad un paio di studi esplorativi, mentre più noti sono i contorni dell'universo degli OPG. Lo studio MoDiOPG (Monitoraggio Dimissioni dall'OPG) ha descritto le caratteristiche cliniche, criminologiche e psicosociali della popolazione ivi internata. Una coorte di 118 pazienti ed altrettanti controlli appaiati per età, sesso, diagnosi e durata di malattia sono stati valutati inzialmente e seguiti ogni 18 mesi per tre anni. Il 72% dei soggetti aveva una diagnosi di psicosi non affettiva ed il 75,2% aveva commesso gravi reati verso la persona. Il 60% era in carico ad un servizio di salute mentale al momento della commissione del reato. I soggetti internati in OPG avevano più frequentemente dei loro controlli una storia di abuso di sostanze, avevano commesso più reati ed avevano livelli inferiori di disabilità psicosociale. Al follow-up a tre anni il 53,4% dei soggetti era ancora in OPG, il 39,8% era stato dimesso, il 4,2% era deceduto ed il 2,5% si trovava in prigione. Tra i dimessi il 63,9% si trovava presso una struttura residenziale pubblica o privata convenzionata e solo il 29,8% viveva al proprio domicilio. La commissione di nuovi reati era di fatto assente tra i soggetti e di modeste dimensioni tra i controlli.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA LEONARDO

S17 - Differenze di genere e psicopatologia

MODERATORI
B. Carpiniello, L. Dell'Osso

Differenze di genere e disturbo ossessivo-compulsivo

U. Albert, G. Maina, F. Bogetto

Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è l'unico tra i disturbi d'ansia la cui prevalenza *lifetime* non varia a seconda del genere: gli studi epidemiologici condotti in varie aree del mondo hanno tutti confermato una prevalenza di circa il 2% sia in campioni di sesso maschile che femminile. Tuttavia il disturbo si esprime differentemente a seconda del genere. Molti studi hanno innanzitutto confermato che vi è una differenza significativa per quanto concerne l'età media d'esordio, precoce nei maschi e tardiva nelle femmine. Il DOC esordisce in media in età adolescenziale-giovane età adulta: i soggetti di sesso maschile hanno tuttavia un'età d'esordio spesso in età infantile. In uno studio clinico condotto presso il Dipartimento di Neuroscienze di Torino, ad esempio, il 60% circa del campione di soggetti adulti di sesso maschile riferiva l'esordio entro i 18 anni d'età, contro solo il 30% delle donne. Molti studi clinici condotti in età infantile-adolescenziale hanno inoltre confermato una prevalenza dei soggetti di sesso maschile; il DOC ad esordio precoce, in età prepubere, è inoltre caratterizzato da una prevalenza di disturbi da tic o di sindrome di Gilles de la Tourette, da un maggior carico genetico come evidenziato da una maggiore familiarità per DOC, da una prevalenza di sintomi tipo *hoarding*, e da una più elevata comorbidità per altri disturbi psichiatrici, tra cui disturbo bipolare. Tra le forme ad esordio precoce, più frequenti nei maschi, inoltre, vi sono alcune forme particolari il cui esordio è associato ad infezioni streptococciche e che vengono denominate con l'acronimo PANDAS; tali forme potrebbero rispondere in modo differenziato alle terapie immunosoppressorie.
A parte l'età d'esordio diversa, altre caratteristiche sembrano differenziare i due sessi nella espressività sintomatologia del disturbo, anche in soggetti adulti. I maschi hanno più frequentemente un decorso cronico, un disturbo bipolare o un altro disturbo d'ansia in comorbidità, e tendono ad avere meno eventi di vita associati all'esordio; le donne, a tale proposito, spesso riferiscono un esordio nel *post partum* (fino al 25% delle donne adulte). Questa diversa espressività sintomatologica a seconda del genere può aiutare il clinico a riconoscere il disturbo principale o eventuali disturbi associati e ad impostare una corretta terapia.
Poco indagata, al momento, è invece l'influenza del genere sulla risposta ai trattamenti. Una serie di studi condotti su campioni di soggetti adulti nel tentativo di identificare predittori di risposta ai farmaci serotoninergici (clomipramina e SSRI) ha fornito al riguardo risultati contrastanti. Mentre infatti gli studi sembrano sottolineare che una lunga durata di malattia, o la presenza di disturbi da tic, ad esempio, possono essere indicatori di scarsa probabilità di risposta ai trattamenti farmacologici, alcuni studi hanno segnalato un'influenza negativa del genere maschile sulla risposta ai trattamenti mentre altri non sono riusciti a confermare tale dato. La discrepanza tra i risultati dei diversi autori è, a nostro giudizio, da attribuire ad altri fattori che, come sopra ricordato, si ritrovano associati ad un esordio precoce del disturbo, come una lunga durata di malattia, la presenza di un disturbo da tic in comorbidità, ecc.
Il genere sembra invece esercitare una influenza sul lungo termine, soprattutto per quanto riguarda la prevalenza degli effetti collaterali riscontrati con diversi farmaci antiossessivi. In uno studio sulla prevalenza dell'aumento di peso associato al trattamento protratto del DOC abbiamo rilevato che un incremento di peso statisticamente superiore si aveva nel campione di sesso femminile, con alcune differenze tra i singoli composti antiossessivi. Questo significa che un parametro importante che il clinico deve tenere a mente nel momento in cui prescrive un farmaco antiossessivo soprattutto ad una donna è la possibilità di incremento ponderale, mentre tale effetto collaterale sembra determinare in minor misura la scelta di un farmaco se il clinico si trova davanti un soggetto di sesso maschile.

Differenze di genere e disturbo post-traumatico da stress

L. Dell'Osso, C. Carmassi

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Studi epidemiologici dimostrano una significativa prevalenza nel sesso femminile del disturbo post-traumatico da stress (PTSD), con percentuali circa doppie rispetto ai maschi. In particolare, i recenti studi svolti nella popolazione generale riportano percentuali tra maschi e femmine rispettivamente di: 0,5% *vs.* 1,3% nell'Epidemiologic Catchment Area [1]; 6% *vs.* 11,3% nel Random Comunity Survey [2]; 5,0% *vs.* 10.4% nel National Comorbidity Survey [3]. Una maggiore vulnerabilità del genere femminile allo sviluppo di sindromi post-traumatiche sembra ancor più evidente se si considera che gli stessi studi epidemiologici riportano tassi di esposizione lifetime agli eventi potenzialmente traumatici circa doppi negli uomini rispetto alle donne [3]. Queste ultime sembrano inoltre sviluppare quadri clinici a decorso tendenzialmente più cronico, con maggiore resistenza ai trattamenti e peggiore qualità della vita [4 5]. Tuttavia, solo recentemente studi clinici sono stati orientati ad esplorare le caratteristiche cliniche del PTSD con un approccio di genere. In linea con recenti studi sull'importanza di forme subcliniche o subsindromiche del PTSD [6-8] e sulla potenzialità trau-

matica anche di eventi così detti "low magnitude" [9 10], presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Pisa, è stato sviluppato un modello di approccio al PTSD: lo Spettro Post-Traumatico da Stress. Tale modello è stato realizzato all'interno di una collaborazione con ricercatori della Columbia University di New York, del Western Psychiatric Institute and Clinic dell'Università di Pittsburgh e dell'Università della California S. Diego. Con il termine spettro si indica l'applicazione di un concetto dimensionale a tale disturbo che considera il continuum che collega la fenomenologia atipica e sottosoglia, talora espressione di tratti stabili di personalità, alla sintomatologia tipica e conclamata dello specifico disturbo di Asse I. Lo Spettro Post-Traumatico da Stress esplora quindi le sindromi post-traumatiche secondo tre dimensioni: la dimensione degli eventi potenzialmente traumatici, che include anche eventi non oggettivamente estremi, "low magnitude events"; la dimensione della reazione acuta o peri-traumatica; e la dimensione dei sintomi post-traumatici. È stata quindi sviluppata un'intervista clinica strutturata tesa ad indagare lo Spettro Post-Traumatico da Stress: lo SCI-TALS [11], composta da 116 domande articolate in 9 Domini. Presso la Clinica Psichiatrica 2° del'Università di Pisa è stato quindi realizzato uno studio finalizzato ad esplorare le differenze di genere nello Spettro Post-Traumatico da Stress in un campione di 70 pazienti con PTSD (in accordo con il DSM-IV-TR) versus 70 controlli sani.

Dati derivati da indagini epidemiologiche nella popolazione generale hanno riportato interessanti differenze di genere, per quanto riguarda l'esposizione agli eventi potenzialmente traumatici (DSM-IV), con prevalenza a favore dei maschi non solo nel numero totale di traumi esperiti nell'arco della vita, ma anche per certe tipologie di traumi. Gli uomini riportano infatti tassi di esposizione significativamente superiori per eventi quali: aggressioni fisiche, minacce con armi da fuoco, combattimenti militari, catastrofi naturali, incendi ed incidenti automobilistici [3]. Le femmine invece mostrano una prevalenza di traumi di natura sessuale: quali abusi, molestie e violenze di varia natura o stupri [2 3 6].

Secondo l'approccio multidimensionale delineato dallo Spettro Post-Traumatico da Stress la prima dimensione include lo spettro degli eventi. Questo comprende, oltre agli eventi delineati dal DSM-IV-TR, anche traumi non considerati "oggettivamente estremi" (DSM-IV), ma intrinsecamente potenzialmente rilevanti per l'impatto sull'equilibrio psicologico di un individuo, quali: ripetuti fallimenti a scuola o sul lavoro, essere picchiato o minacciato fisicamente, aver subito denunce o azioni disciplinari, arresti o incriminazioni, cambiamenti di abitazione, scuola o lavoro di cui si è pentito, separazioni da figure importanti, divorzi. In linea con i dati della letteratura, i risultati del nostro studio riportano, nei pazienti con PTSD, una prevalenza nel genere maschile anche per questi eventi, mentre le femmine riportavano prevalentemente eventi quali avances sessuali indesiderate, abusi fisici, aborti o eventi di perdita. I 70 soggetti sani mostravano dati sovrapponibili, confermando quindi un rischio di esposizione genere-correlato.

Per quanto riguarda la dimensione della risposta peri-traumatica, che comprende sintomi che il soggetto esperisce nel momento del trauma, o negli attimi subito seguenti, gli autori riportano dati discordanti. Se da un lato Zlotnick et al. [12], hanno evidenziato in donne con PTSD una frequenza di sintomi dissociativi significativamente superiore ai maschi, altri [13 14] hanno riscontrato percentuali pressoché sovrapponibili tra maschi e femmine (76,6 e 81% rispettivamente). Tali sintomi tuttavia, rappresentano nelle femmine un importantissimo fattore di rischio per lo sviluppo di PTSD, che ne aumenta l'incidenza di circa 7 volte rispetto ai maschi [13].

La seconda dimensione dello SCI-TALS esplora la risposta acuta peri-traumatica. Nel nostro studio sono emersi quadri clinici sostanzialmente simili piuttosto che differenti tra i due sessi, eccetto la tendenza significativamente superiore nelle donne a riportare sintomi neurovegetativi come nausea o dolore addominale. È interessante tuttavia osservare che nei soggetti senza disturbo conclamato i sintomi venivano riportati in percentuali tendenzialmente superiori dalle donne, sia per quanto riguarda i sintomi sottosoglia che i sintomi conclamati.

La terza dimensione dello SCI-TALS è rappresentata dallo spettro sintomatologico post-traumatico da stress che include sia i sintomi tipici che atipici o subclinici, che gli aspetti comportamentali e personologici correlati al disturbo di Asse I.

Nei pochi studi presenti in letteratura sulle differenze di genere, sono riportati dati discordanti nei quadri clinici conclamati di PTSD. Alcuni evidenziano infatti solo la tendenza ad una prevalenza di sintomi di aumentato arousal e di evitamento e ottundimento affettivo nelle femmine [13], mentre altri riportano anche una maggiore frequenza di sintomi di rievocazione [12].

I nostri dati (SCI-TALS) mostrano una prevalenza lievemente superiore nei maschi per i sintomi di rievocazione, mentre nelle femmine per quelli di evitamento e ottundimento affettivo. Gli uomini riportavano in modo significativamente superiore rispetto alle donne sentimenti di sfiducia verso gli altri, sintomi atipici di evitamento o ottundimento affettivo. Nei sintomi di iperarousal non sono emerse differenze significative tra i due sessi, se non una leggera prevalenza nelle femmine per sintomi come trasalire facilmente per rumori improvvisi e difficoltà ad addormentarsi, e nei maschi per sintomi come incapacità ad abbassare la guardia e rilassarsi. È risultato di nuovo interessante osservare che tali differenze di genere risultavano più evidenti nel campione dei soggetti sani.

Negli ultimi anni, le differenze di genere si sono dimostrate un argomento di sempre maggiore interesse in ambito medico e soprattutto in ambito psichiatrico. Questo è risultato ancora più rilevante nel Disturbo Post-Traumatico da Stress, dove la netta superiorità delle donne colpite ha rappresentato un interessante spunto per la ricerca orientata ad un approccio di genere. La letteratura è tuttavia esigua e se da un lato mostra dati inequivocabili sulla maggiore vulnerabilità delle femmine per il PTSD, dall'altro non evidenzia rilevanti differenze sintomatologiche. Lo studio svolto presso la Clinica Psichiatrica 2° dell'Università di Pisa, teso ad esplorare le differenze di genere nello Spettro Post-Traumatico da Stress in pazienti con PTSD *vs.* controlli sani, ha mostrato la presenza di similitudini, piuttosto che di differenze, nei quadri sintomatologici dei pazienti con disturbo conclamato. La presenza tuttavia di differenze di genere nella sintomatologia riferita dai soggetti sani, suggerisce un possibile effetto patoplastico del genere più evidente nelle forme subsindromiche del disturbo. I nostri dati sostengono quindi l'importanza dello studio di queste ultime forme subcliniche al fine di una maggiore comprensione dell'eziopatogenesi del PTSD.

Bibliografia

1. Heltzer JE, Robins LN, McEvoy L. *Posttraumatic stress disorder in the general population: findings of the epidemiologic catchment area survey*. N Eng J Med 1987;317:1630-4.
2. Breslau N, Davis GC, Andreski P. *Traumatic event and posttraumatic stress disorder in a urban population of young adult*. Arch Gener Psychiatry 1991;48:216-22.
3. Kessler RC, Sonnega A, Bromet EJ, Hughes M, Nelson CB. *Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey*. Arch Gen Psychiatry 1995;52:1048-60.
4. Davidson JR, Hughes D, Blazer DG. *Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study*. Psychol Med 1991;21:713-21/1-19.
5. Holbrook TL, Hoyt DB, Stein MB, Sieber WJ. *Gender differences in long-term posttraumatic stress disorder outcomes after major trauma: women are at higher risk of adverse outcomes than men*. J Trauma 2002;53:882-8.
6. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. *Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey*. Am J Psychiatry 1997;154:1114-9.
7. Galea S, Vlahov D, Resnick H, Ahern J, Susser E, Gold J, et al. *Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks*. Am J Epidemiol 2003;158:514-24.
8. Breslau N, Reboussin BA, Anthony JC, Storr CL. *The structure of Post-traumatc stress disorder. Latent class analysis*. Arch Gener Psychiatry 2005;62:1343-51.
9. Moreau C, Zisook S. *Rationale for a post-traumatic stress spectrum disorder*. Psychiatr Clin North Am 2002;25(Suppl. 4):775-90.
10. Galea S, Resnick H. *Posttraumatic stress disorder in the general population after mass terrorist incidents: considerations about the nature of exposure*. CNS Spectrum 2005;10:107-15.
11. Dell'Osso L, Shear MK, Carmassi C, Rucci P, Frank E, Endicott J, et al. *Validity and reliability of the structured clinical interview for trauma and loss spectrum (SCI-TALS)* (Submitted).
12. Zlotnick C, Zimmerman M, Wolfsdorf B, Mattia J. *Gender Differences in Patientswith Posttraumatic stress disorder in a general psychiatric practice*. Am J Psychiatry 2001;158:1923-5.
13. Fullerton CS, Ursano RJ, Epstein RS, Crowley B, Vance K, Kao TC, et al. *Gender differences in post-traumatic stress disorder after motor vehicle accidents*. Am J Psychiatry 2001;158:1486-91.
14. Punamaki RL, Komproe IH, Qouta S, Elmasri M, De Jong J. *The role of peritraumatic dissociation and gender in the association between trauma and mental health in a Palestinian community sample*. Am J Psychiatry 2005;162:545-51.

Differenze di genere e disturbi depressivi

A.C. Altamura, E. Mundo

Cattedra di Psichiatria, Università di Milano, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena

La depressione è uno tra i disturbi psichiatrici più comuni, e ha tra le donne una prevalenza doppia rispetto agli uomini, indipendentemente dall'età. Alla base di tale differenza potrebbero esserci fattori genetici o ambientali, nonché fattori complessi derivanti dall'interazione tra predisposizione genetica ed esposizione ad eventi stressanti.
Nel corso della presentazione verranno illustrate le principali differenze cliniche tra i disturbi depressivi (DD) nelle donne e negli uomini alla luce dei più recenti dati della letteratura.
Le donne presentano con più frequenza manifestazioni atipiche della depressione, sintomi somatici comorbilità con disturbi d'ansia, ostilità e disturbi con andamento stagionale. Negli uomini sembrerebbe più comune l'associazione con abuso di alcol e di sostanze. Non esistono dati univoci sulle differenze di decorso della depressione in soggetti di sesso maschile e femminile; in alcuni studi è riportato un esordio più precoce per le donne, mentre non sono state riscontrate diversità in relazione al numero degli episodi pregressi.
I dati che riguardano differenze di genere nella risposta alle terapie farmacologiche sono tuttora controversi. Alcuni studi hanno evidenziato una risposta più rapida agli antidepressivi triciclici, in particolar modo all'imipramina, negli uomini rispetto alle donne; mentre altri suggeriscono nelle donne una maggiore efficacia degli inibitori della ricaptazione della serotonina. Queste differenze sarebbero correlate solo in parte a fattori farmacocinetici, mentre sembra che fattori ormonali possano giocare un ruolo determinante nello spiegare le peculiarità della risposta ai diversi antidepressivi nei due sessi.
Al termine della relazione verranno presentati alcuni dati originali inerenti l'influenza del genere sulla risposta alla terapia con antidepressivi (SSRIs e SNRIs) in un campione di soggetti con Disturbo Depressivo Maggiore e follow-up a lungo termine.

Bibliografia

Altamura AC, Bassetti R, Fumagalli S, Madaro D, Salvadori D, Mundo E. *Pharmacotherapy of mixed anxiety/depression disorders*. In: Kasper S, Den Boer JA, Sitsen JM, eds. *Handbook of depression and anxiety*. New York: Marcel Dekker 2003, pp. 757-78.

Scheibe S, Preuschhof C, Cristi C, Bagby RM. *Are there gender differences in major depression and its response to antidepressants?* J Affect Disord 2003;75:223-35.

Khan A, Brodhead AE, Schwartz KA, Kolts RL, Brown WA. *Sex differences in antidepressant response in recent antidepressant clinical trials*. J Clin Psychopharmacol 2005;25:318-24.

Differenze di genere e disturbi dello spettro schizofrenico

B. Carpiniello, F. Pinna

Dipartimento di Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Cagliari

Introduzione: l'importanza dello studio delle differenze di genere nell'espressività psicopatologica viene oggi universalmente riconosciuta ai fini di una migliore conoscenza dei fattori di ordine sia biologico che psicosociale interagenti nell'etiopatogenesi, nella modulazione del decorso e degli esiti nonché nella risposta ai trattamenti dei principali disturbi mentali ed in particolare della schizofrenia.
Metodologia: basandosi sul dati di letteratura e sulle personali esperienze di ricerca gli autori presenteranno una overview delle principali differenze di genere per quanto concerne le manifestazioni cliniche, il decorso, le modalità e le risposte ai trattamenti nei disturbi dello spettro schizofrenico.
Risultati: i dati di conoscenza raccolti dimostrano abbastanza univocamente un'età d'esordio anticipata nel genere maschile e un decorso,in termini clinici e psicosociali, più favorevole nel sesso femminile; nelle donne, peraltro, il disturbo sembra assumere un andamento meno favorevole in epoca postmenopausale. Sul piano psicopatologico non sembrano

emergere significative differenze per quanto concerne le espressioni fenomeniche del disturbo nei due sessi, sebbene alcuni dati sembrino indicare una maggiore componente affettiva e probabilmente di sintomatologia "negativa" nelle manifestazioni sindromiche del disturbo fra le donne, il che si riflette nella maggiore prevalenza di forme schizoaffettive fra i pazienti di sesso femminile. Una maggiore comorbidità con disturbi da uso di sostanze, compresa la nicotina e l'alcol sembra altresì caratterizzare il genere maschile. Per quanto riguarda il trattamento, i bisogni clinici e psicosociali appaiono globalmente inferiori nel sesso femminile, mentre non sembrano emergere *patterns* differenziali di utilizzo dei servizi nei due sessi. Le conoscenze circa un'eventuale risposta differenziale ai trattamenti, sia clinici che psicosociali, fra maschi e donne sono tuttora scarse, mentre appare sufficientemente documentata da un lato una modalità di utilizzo dei trattamenti farmacologici non differenziata in funzione del genere di appartenenza, dall'altro una maggiore vulnerabilità femminile agli effetti collaterali da antipsicotici.
Conclusioni: a fronte di documentate differenze di genere per quanto concerne manifestazioni cliniche, modalità di decorso e di esito e risposta ai trattamenti, le ricadute di tali conoscenze in termini di pratica clinica appaiono tuttora scarse.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA SAN PIETRO

S18 - Gli effetti degli antidepressivi al di fuori della patologia psichiatrica di Asse I e di Asse II

MODERATORI
A. Goracci, S. Scarone

Effetti degli antidepressivi sulla personalità: presentazione della problematica

P. Castrogiovanni
Università di Siena

È noto come le molecole ascritte al gruppo degli antidepressivi trovano in tale denominazione un'etichettatura assai riduttiva. Infatti gli effetti di tali sostanze si esplicano ben al di là della sintomatologia depressiva, spingendosi fino a interessare aspetti abitualmente ascritti alla personalità non patologica.
Vengono riportati i principali dati della letteratura e i relativi spunti di riflessione.

Modificazioni personologiche indotte da antidepressivi

A. Goracci, M. Di Simplicio, A. Castrogiovanni, F. Fargnoli, F. Pellegrini P. Castrogiovanni
Dipartimento di Neuroscienze, Sezione Psichiatria, Università di Siena

Kramer (1993), testimoniò con sorpresa, che persone trattate con una sostanza chimica, quale uno psicofarmaco, presentavano delle modificazioni, che non si esplicavano solo a livello sintomatologico, ma anche a livello di dimensioni più prettamente definite come psicologiche. L'esperienza clinica testimonia quotidianamente come un farmaco ad azione antidepressiva porti a delle modificazioni che vanno al di là di quelli che sono i sintomi elencati nei criteri del DSM o di quelli che si ritrovano descritti nella scala di Hamilton, cioè produce delle modificazioni che vanno al di là di quella che è la "pura espressione sintomatologica" del disturbo. Non ci sono molti dati a conferma di queste osservazioni cliniche dal punto di vista sperimentale (Hellerstein et al., 2000). Nel topo trattamenti farmacologici con antidepressivi diversi possono modificare le loro interazioni sociali andando ad agire sul comportamento aggressivo (Mitchell et al., 1991; 1992; Niesink & Van Ree, 1982). Per quello che riguarda le modificazioni personologiche indotte dalle terapie farmacologiche nell'uomo, ci sono dei dati che sembrerebbero indicare che farmaci antidepressivi posseggono, oltre ad un effetto antidepressivo, anche la capacità di modificare quelle variabili che predispongono alla depressione e al suo mantenimento, di quei tratti che definiremmo "personologici" (Andrews et al., 1998). Uno studio di confronto dell'effetto di imipramina, sertralina e placebo in doppio cieco sulle caratteristiche di personalità suggerite da Cloninger, mostra come i farmaci modificano alcune di queste dimensioni, particolarmente l'harm avoidance ovvero "l'evitamento del rischio" (Hellerstein et al., 2000). Con la paroxetina Akkerman (1992) ha evidenziato come le modificazioni sarebbero a livello dei meccanismi di difesa definiti come "immaturi" rispetto ad altri "più maturi", che resterebbero invece immodificati. Gelfin (1998) nei volontari sani ha evidenziato che con la fluoxetina, se si riscontrano delle modificazioni queste si verificano soltanto quando esiste anche il pattern sintomatico del disturbo depressivo. Knutson, (1998) su volontari sani, con la paroxetina in confronto al placebo ha valutato delle caratteristiche più strettamente psicologiche, mettendo in evidenza modificazioni significative in corso di trattamento di 4 settimane di paroxetina rispetto al placebo, significative per l'ostilità e il tipo di affetti; inoltre tali variabili correlano in maniera statisticamente significativa con i livelli ematici

del farmaco durante il trattamento. Altri studi su volontari sani senza storia di disturbi d'ansia o dell'umore (Harmer, 2004) dimostrano che gli antidepressivi (sia reboxetina che citalopram) modulano la percezione e la memoria di materiale emozionale negativo. Inoltre una dose somministrata in acuto di reboxetina (Tse, 2002a) aumenta sia la comunicazione sia il comportamento cooperativo.
Quindi il trattamento antidepressivo viene associato a un miglioramento del funzionamento sociale, ma questo viene interpretato come un cambiamento aspecifico dovuto al miglioramento clinico. Gli antidepressivi sembrano invece avere effetti sulla personalità indipendenti dalle loro proprietà antidepressive. Gli antidepressivi sembrano modulare l'elaborazione neurale di materiale a valenza emozionale che dipende dall'amigdala. Questo importante meccanismo terapeutico si verifica dopo solo 7 giorni di somministrazione di un antidepressivo, quindi è possibile che le modificazioni di funzioni psicologiche procedano nel tempo il miglioramento timico e così contribuiscano allo stesso. Gli antidepressivi in generale sembrano aumentare l'assertività, gli SSRI ridurre il comportamento aggressivo e aumentare le risposte affiliative e la reboxetina sembra avere effetti pro-sociali. I dati dello studio condotto da noi condotto rispetto a questo argomento saranno trattati in sede congressuale.

Temperamento, personalità e risposta agli SSRIs

A. Vitalucci

Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

È dai primi anni Sessanta (Brodeur, 1965; Downing & Rickels, 1967) che la letteratura scientifica si interroga su quale peso possano avere sulla risposta agli antidepressivi variabili non necessariamente patologiche quali tratti di personalità e temperamento. Il peso della personalità sulla risposta e l'*outcome* dei trattamenti antidepressivi è ad oggi controverso, ma va considerato come anche l'eventuale presenza in comorbidità di disturbi di personalità non debba necessariamente essere visto come un impedimento alla buona risposta terapeutica (Mulder, 2002). Per quanto riguarda il temperamento, oltre agli studi condotti secondo il modello di Cloninger, attenzione recente nei clinici è suscitata dai temperamenti affettivi di Akiskal e dalle implicazioni sulla terapia dei disturbi dell'umore di tipo bipolare (ad esempio Kesebir et al., 2005).
È poi d'altra parte sufficientemente comprovata l'influenza delle terapie soprattutto serotoninergiche su aspetti che vanno oltre all'effetto terapeutico ricercato e degli eventuali effetti collaterali. In particolare numerosi sono gli studi sull'effetto degli antidepressivi sul funzionamento cognitivo (ad esempio Amado-Boccara et al., 1995). Recenti studi di topografia EEG e di tomografia elettromagnetica a bassa risoluzione hanno messo in luce lo specifico interessamento ed attivazione funzionale di alcune aree cerebrali e non altre con SSRI (citalopram) rispetto ad altre classi di psicofarmaci (benzodiazepine, neurolettici e psicostimolanti) (Saletu et al., 2006). Questi dati individuano una mappa di azione del farmaco sia su aree reputate responsabili della patologia depressiva ma anche su zone cerebrali neutre o in genere non coinvolte nella fenomenologia morbosa.
Questa relazione si propone lo scopo di revisionare criticamente i dati di letteratura ad oggi disponibili sui temi sopra accennati. Presenterà poi una ricerca in corso di svolgimento presso il Servizio per i disturbi depressivi e d'ansia dell'Università di Torino tesa ad indagare in un primo momento il peso della presenza di disturbi di personalità (valutati con la *Strucured Clinical Interview for DSM Axis II disorders* (SCID-II)) sulla risposta alle terapie con SSRIs in un campione clinico di pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore unipolare confrontati con un campione appaiato di pazienti affetti da disturbo ossessivo compulsivo. Sullo stesso numero di pazienti è stata valutata inoltre la presenza dei temperamenti affettivi di Akiskal (con la *Temperament Evaluation Memphis-Pisa/Paris-San Diego Interview* (TEMPS-I)) e la loro rilevanza sulla risposta al trattamento. In seconda istanza tale studio si propone di valutare le eventuali ripercussioni sulla personalità e sul temperamento con una rivalutazione in singolo cieco dopo almeno sei mesi di terapia continuativa con SSRIs.

Disfunzione dei processi decisionali, eterogeneità e risposta farmacologica nello spettro ossessivo-impulsivo: effetti del litio sull'impulsività e sui processi decisionali

S. Pallanti, S. Bernardi

Università di Firenze

Introduzione: il *pathological gambling* (PG), disturbo appartenente al polo impulsivo dello spettro ossessivo-impulsivo, presenta una disfunzione dei processi decisionali caratterizzata da una componente di impulsività e di *risk taking behaviors*. L'assunzione di scelte rischiose è valutabile sia tramite correlati clinici, quali la *performance* allo *Iowa Gambling Task* (IGT), che neurobiologici, come il ridotto flusso a livello della corteccia inibitoria prefrontale (CPF), area di integrazione dei processi decisionali [1]. La normalizzazione delle alterazioni di quest'area in soggetti affetti da patologie dello spettro impulsivo è stata correlata all'efficacia di farmaci serotoninergici [2]. Correlati clinici e neurobiologici opposti, sovra-valutazione del rischio e aumento dell'attività a livello della CPF, sono presenti al polo ossessivo dello spettro e la loro riduzione è stata correlata all'efficacia di fluvoxamina e paroxetina. *Impairment* decisionale e l'aumentato metabolismo della CPF sono considerati inoltre criteri prognostici negativi di risposta agli SSRI nel disturbo ossessivo [3 4]. L'obbiettivo del presente studio è valutare l'azione del litio, farmaco efficace nel trattamento del PG e in generale dei fenomeni impulsivi [5], sull'*impairment* decisionale e sulle diverse componenti dell'impulsività, valutandone gli effetti a livello corticale e clinico.
Metodologia: 11 giocatori e 11 controlli sono stati sottoposti in doppio cieco a somministrazione di 300mg di litio o placebo per la durata di 10 settimane. A inizio e fine sperimentazione sono state effettuate una PET scan, PG-YBOCS, BIS-11, PG-CGI e IGT.

Risultati: è stato evidenziato un progressivo aumento successivo al trattamento di scelte vantaggiose all'IGT, un miglioramento alla PG-YBOCS, ala PG-CGI e alle sezioni dell'impulsività attentiva e dell'impulsività senza pianificazione della BIS-11. Il punteggio alle sezioni dell'impulsività motoria è invece risultato aumentato. Alla PET è risultato un incremento parallelo dell'attività metabolica nella CPF sinistra (soprattutto area 11, ma anche 12, 47).
Conclusioni: l'impulsività, oltre ad essere caratterizzata da una ampia eterogeneità dal punto di vista clinico, lo è anche anche da un punto di vista neurobiologico: sono diversi i circuiti neuroanatomici implicati [6]. I risultati di questa indagine indicano come il Litio agisca principalmente sui circuiti relativi alla CPF ventromediale che regolano principalmente l'integrazione di afferente emotive nei processi decisionali. L'impulsività attentiva e non pianificante, che corrispondono a tipologie di impulsività "disfunzionali", manifestano infatti un decremento mentre incrementa invece l'impulsività motoria (impulsività "funzionale") che è regolata prevalentemente dai circuiti facenti capo alla CPF dorsolaterale.

Bibliografia

1. Potenza MN, Leung HC, Blumberg HP, Peterson BS, Fulbright RK, Lacadie CM, et al. *An FMRI Stroop task study of ventromedial prefrontal cortical function in pathological gamblers*. Am J Psychiatry 2003;160:1990-4.
2. New SA, Buchsbaum MS, Hazlett EA, Goodman M, Koenigsberg HW, Lo J, et al. *Fluoxetine increasesrelative metabolic rate in prefrontal cortex in impulsive aggression*. Psychopharmacology 2004;176:451-8.
3. Cavedini P, Bassi T, Zorzi C, Bellodi L. *The advantages of choosing antiobsessive therapy according to decision making functioning*. J Clin Psychopharmacol 2004;24:628-31.
4. Rauch SL, Shin LM, Dougherty DD, Alpert NM, Fischman AJ, Jenike MA. *Predictors of fluvoxamine response in contamination-related obsessive compulsive disorder: a PET symptom provocation study.* Neuropsychopharmacology 2002;27:782-91.
5. Hollander E, Pallanti S, Allen A, Sood E, Baldini Rossi N. *Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders?* Am J Psychiatry 2005;162:1
6. Kertzman S, Grinspan H, Birger M, Kotler M. *Computerized neuropsychological examination of impulsiveness: A selective review*. Isr J Psychiatry Relat Sci 2006;43:74-80.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA VERDE

S19 - La ricerca in Psicoterapia: trattamenti combinati in cerca di una spiegazione

MODERATORI
M.A. Reda, M. Biondi

Il modello sequenziale

G.A. Fava, S. Fabbri, E. Tossani, E. Tomba, C. Rafanelli

Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

Psicoterapia e farmacoterapia sono state tradizionalmente associate in contemporanea nei disturbi ansiosi e depressive. I risultati sono spesso però stati deludenti. Recentemente è stato proposto un modello sequenziale di associazione (psicoterapia dopo farmacoterapia, farmacoterapia dopo il completamento della psicoterapia, uso successivo di due tecniche psicoterapiche).
L'applicazione della psicoterapia cognitivo-comportamentale per il trattamento della sintomatologia residua che persiste dopo trattamento farmacologico si è rivelata efficace nel ridurre le ricadute del disturbo depressivo maggiore in svariati studi controllati randomizzati.
Il trattamento sequenziale non fa parte delle strategie di mantenimento: è un approccio intensivo, articolato in 2 fasi, che è basato sulla crescente consapevolezza che un unico trattamento non risulta adeguato nella maggior parte dei pazienti con disturbi ansiosi e depressivi. Una nuova applicazione del modello è quella di contrastare la perdita di efficacia che si può verificare durante il trattamento farmacologico a lungo termine. Abbiamo di recente completato uno studio pilota in cui un approccio familiare secondo il modello McMaster ha fornito risultati migliori a lungo termine del semplice trattamento farmacologico, utilizzando il modello sequenziale.

Bibliografia

Fava GA, Ruini C, Rafanelli C. *Sequential treatment of mood and anxiety disorders.* J Clin Psychiatry 2005;66:1392-400.

Aspetti centrali e problemi della psicoterapia farmacosequenziale

M. Biondi, A. Picardi*

*U.O.C. Psichiatria e Psicofarmacologia clinica, Dipartimento di Salute Mentale, Sapienza Università di Roma; * Reparto Salute Mentale, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Tra i modelli di associazione tra farmacoterapia e psicoterapia uno di particolare interesse è quello "sequenziale", dove i due trattamenti sono offerti in tempi leggermente sfalsati. In diversi casi infatti la sofferenza del paziente, dovuta a sintomi depressivi, ansiosi, ossessivi, di area *borderline*, rende as-

sai difficoltoso iniziare o far progredire un lavoro psicoterapico. Viene introdotta prima la farmacoterapia quindi, ridotto il quadro sintomatologico di sofferenza, la psicoterapia. Il punto nodale per tale intervento è tuttavia un modello teorico di riferimento forte, che non veda farmaco e psicoterapia tra loro in opposizione (spiegazione patogenetica chimica contro spiegazione psicologica). Fu proposto un modello integrativo utile alcuni anni fa (Biondi, 1995) utilizzato in diversi studi susseguenti, dei quali sarà presentata una sintesi, con risultati favorevoli non tanto a breve termine quanto alla valutazione di remissione a distanza di anni.

Questo tipo di intervento è basato sul concetto di apprendimento, prospetta l'idea di una "biologia della psicoterapia" e si articola – tra gli altri – su alcuni punti pratici:

– spiegazione al paziente del razionale di un trattamento integrato che usa insieme farmaci e psicoterapia;
– possibile significato della malattia (es. spiegazione dei sintomi; perché questo disturbo in questa precisa fase della propria vita), in una prospettiva fondata in parte sulla tecnica cognitiva (Reda, Liotti, Guidano) e su una prospettiva esistenziale (prospettiva cognitivo-esistenziale);
– distinzione per il paziente tra *assunzione "attiva"* e *assunzione "passiva" del farmaco*;
– psicoterapia centrata sulla forma (*come*) e sul contenuto del pensiero (*che cosa e perché*, significati simbolici e interpretazione), con interventi per modificare lo stile di pensiero ansioso, fobico, ossessivo, depressivo;
– ruolo centrale dell'apprendimento, istruzioni per esposizione graduale, cambiamenti del comportamento e messa in pratica dello stile di pensiero appreso durante riduzione molto lenta dei farmaci nell'arco di almeno 2-4 fino a 6-8 mesi.

Esistono per tale tipo di intervento farmacosequenziale diversi problemi. In primo luogo, va concepito come per una parte dei casi; in secondo luogo, pone difficoltà da risolvere nella relazione tra due terapeuti; in terzo luogo presenta dei costi maggiori; in quarto luogo, richiede particolare attenzione in ambito pubblico, dovuto a problematiche organizzative.

Bibliografia

Biondi M. *Beyond the mind-brain dichotomy and toward a common organizing principle of psychotherapy and pharmacotherapy*. Psychother Psychosom 1995;63:3-8.

Biondi M, Picardi A. *Increased probability of remaining in remission from panic disorders with agoraphobia after drug treatment in patients who received concurrent cognitive-behavioural therapy: a follow up study.* Psychother Psychosom 2003;72:34-42.

Biondi M, Picardi A. *Attribution of improvement to medication and increased risk of relapse of panic disorder with agoraphobia*. Psychother Psychosom 2003, Biondi M, Picardi A. Psychother Psychosom 2003;72:110-1.

Biondi M, Picardi A. *Increased probability of maintaining treatment gains in patients with obsessive-compulsive disorder who received integrated psychological and biological treatment compared with medication alone*. Psychother Psychosom 2005;74:123-8.

Kandel ER. *Psychiatry, psychoanalysis and the new biology of mind*. Washington: APA 2006.

Effetti psicodinamici dell'assunzione, somministrazione ed interruzione di terapie psicofarmacologiche nel corso di una psicoterapia

G. Cavaggioni, M. Armando, S. Fraietta, V. Barbieri, E. Lai

U.O.C. Psicoterapia, Sapienza Università di Roma

La nostra ricerca si basa sull'osservazione clinica e sullo studio catamnestico di una popolazione di pazienti giunta all'ambulatorio di psicoterapia dell'U.O.C. Psicoterapia, della Sapienza Università di Roma, che per diverse ragioni sono incorsi in terapie psicofarmacologiche. I risultati inducono a ritenere di primaria importanza la necessità di una riflessione teorica prima di qualsiasi intervento clinico. Ogni psicoterapia prevede un modello teorico di riferimento ed una prassi congrua con il modello stesso. Anche l'intervento psicofarmacologico naturalmente, al di là del suo effetto farmacocinetico e farmacodinamico presuppone una specifica idea della realtà psichica umana e interferisce significativamente nella strutturazione del rapporto medico paziente. Quando in un modello interagiscono diverse modalità di relazione è necessario considerare gli effetti reciproci pena il probabile sostanziale fallimento dell'intervento, quando non un aggravamento della situazione quo ante. I pazienti da noi osservati sono stati divisi fondamentalmente in tre gruppi: un primo per i quali la risposta si è esaurita entro i primi tre colloqui; un secondo che ha realizzato un lavoro focale e/o di riformulazione della domanda; un terzo che ha fatto una psicoterapia – ad orientamento psicodinamico –, propriamente detta. Per ciascun gruppo è stata fatta un'ulteriore suddivisione tra pazienti che arrivavano all'ambulatorio già assumendo psicofarmaci, pazienti cui poteva essere necessario prescrivere psicofarmaci e pazienti cui è stata dismessa la terapia farmacologica. Ciascun intervento in ciascun gruppo ha mostrato particolari specificità che nella ricerca verranno descritte. Tutti i gruppi hanno mostrato alcune caratteristiche comuni. Ne prenderemo in considerazione alcune, tra le più rilevanti. *In primis*, la necessità che il terapeuta si assuma *in toto* l'onere della cura; per cui anche l'eventualità dell'utilizzo dei farmaci deve essere gestito direttamente e non demandato ad altre figure di riferimento. Inoltre, se il paziente che ha necessità immediata di terapia farmacologia sovente non si trova nello stesso momento in condizioni atte a poter sostenere una psicoterapia, parimenti chi si trova in condizioni psichiche da permettere un intervento psicoterapeutico non necessita di somministrazione immediata di farmaci i quali, peraltro, se utilizzati, tendono a superficializzare il rapporto medico paziente, e talvolta alterano senza alcuna reale trasformazione la fenomenologia dei processi psicopatologici. In ultimo, a partire da dati clinici, si proporrà una riflessione sull'onere psicodinamico dell'assunzione dei farmaci in psicoterapia a fronte di risultati essenzialmente sintomatici e sulla complessità della dismissione farmacologia.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA NUREYEV

S20 - Modificazioni neurobiologiche nei trattamenti psicoterapeutici

MODERATORI
M. di Giannantonio, M. Alessandrini

Heart rate variability e cambiamento in psicoterapia: una finestra sul funzionamento del sistema nervoso

A. Frustaci, G.A. Lanza*, G. Pozzi, G. Ruggeri

*Istituto di Psichiatria e Psicologia, * Istituto di Cardiologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma*

La *Heart Rate Variability* (HRV) è il grado di fluttuazione dell'intervallo tra i battiti cardiaci misurati come intervallo R-R all'ECG; in particolare una bassa HRV è un marcatore di bassa attività parasimpatica. Secondo un modello di integrazione neuroviscerale, lo squilibrio del sistema nervoso autonomo, e segnatamente il ridotto tono parasimpatico, possono costituire la via finale comune che lega stati emozionali negativi e malattia. Il sistema nervoso centrale regola l'equilibrio autonomico ed è strettamente collegato e parzialmente sovrapposto con le reti neurali deputate alle funzioni esecutive, sociali, affettive, attentive e motivazionali. Un circuito neurale comune, cortico-subcorticale inibitorio reciproco, lega strutturalmente e funzionalmente i processi psicologici con le manifestazioni fisiologiche. Quando la corteccia prefrontale è "off-line" per qualsiasi ragione viene ritirata l'inibizione parasimpatica e rilasciata una dominanza simpatica, condizione che può essere patogena se sostenuta per lunghi periodi. Ad ogni modo una bassa HRV esprime ipoattività prefrontale e dunque le misure di HRV potrebbero essere utilizzabili come indicatori del feedback neurale tra sistema nervoso centrale e periferico.
Alterazioni di HRV sono associate ad una varietà di condizioni patologiche psichiche e somatiche. In psichiatria studi di caso-controllo di analisi della HRV sono stati effettuati nella depressione unipolare, nel disturbo di panico, nel disturbo ossessivo-compulsivo, nel disturbo post-traumatico da stress e nella schizofrenia. Complessivamente i pazienti affetti da psicopatologia presentano una minore HRV rispetto ai controlli e gli indici di HRV correlano in modo significativo con i punteggi rilevati sulle scale sintomatiche. Inoltre, soggetti sottoposti a stress cronico presentano un pattern di iperarousal a riposo e di mancata risposta autonomica allo stress, come documentato dalle ridotte modificazioni della HRV durante esposizione a stimolazione psicologica. Resta tuttavia da chiarire se l'alterazione dei pattern di HRV rappresenti un antecedente o una sequela del disturbo psichiatrico.
In soggetti clinicamente stabili la HRV si è dimostrata invariante per brevi periodi di tempo e non sensibile all'effetto placebo, ragion per cui si presta a misurare possibili cambiamenti dopo interventi terapeutici.
Pochi studi hanno valutato l'influenza di trattamenti psichiatrici sulla HRV, sia farmacologici che psicoterapeutici. Ad oggi applicazioni della HRV in psicoterapia riguardano principalmente il disturbo post-traumatico da stress e la depressione unipolare con riferimento a terapie cognitivo-comportamentali. In questo senso l'analisi della HRV rappresenta uno strumento economico e non invasivo, sensibile al cambiamento, di cui è auspicabile un più ampio uso in futuro come misura di esito della psicoterapia anche per patologie diverse da quelle sinora studiate.
Gli autori presentano infine alcuni dati da un proprio studio tuttora in corso, che impiega la HRV nella valutazione del trattamento psicoterapeutico breve di pazienti con profili sintomatici di disturbo dell'adattamento.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA S. GIOVANNI

S21 - Quanto è modificabile una disabilità?

MODERATORI
A. Castellani, G. Spinetti

Basi biologiche della neuroplasticità

M. Popoli

Centro di Neurofarmacologia-Dipartimento di Scienze Farmacologiche e Centro di Eccellenza per la Malattie Neurodegenerative, Università di Milano

La neuroplasticità è il complesso dei vari processi attraverso i quali il cervello percepisce, si adatta e risponde a stimoli interni ed esterni di varia natura. Questi processi comportano modificazioni relativamente stabili del cervello, sia nella risposta funzionale che nella morfologia. Le principali manifestazioni della neuroplasticità nel cervello adulto comprendono: 1) modificazioni nell'espressione genica; 2) modificazioni nella plasticità delle sinapsi; 3) neurogenesi.
Questi concetti verranno utilizzati per analizzare le basi biologiche della cognitività e le attuali conoscenze sulla disabilità cognitiva. Un esempio dell'applicazione di queste cono-

scenze è rappresentata dalle ipotesi recenti sulla eziopatogenesi della schizofrenia, basate anche sulle nuove acquisizioni relative ai geni di suscettibilità e alla loro relazione con gli endofenotipi per questa malattia. In quest'ottica la schizofrenia è vista essenzialmente come una patologia del neurosviluppo e della connettività neurale. Gli eventi avversi ambientali, in combinazione con la suscettibilità genetica, inducono alterazioni del neurosviluppo (ad es. nella formazione e migrazione dei neuroni e/o nella sinaptogenesi) che portano alla formazione di circuiti neuroanatomofunzionali alterati. Questo processo produce disfunzioni nei processi cognitivi (attenzione, emozione, linguaggio, memoria), che sono poi seguite dalla comparsa di sintomi positivi (deliri, allucinazioni) e negativi (pensiero disorganizzato, ecc.). I principali aspetti neurobiologici saranno analizzati, con particolare attenzione ad alcuni geni recentemente studiati per il loro ruolo nella neuroplasticità ed il probabile coinvolgimento nelle patologie in cui vi è una compromissione delle funzioni cognitive.

L'attivazione psicopedagogica attraverso il gioco

L. Di Giorgio

Libero professionista

Nell'accezione comune il temine "gioco" si discosta completamente da una qualsiasi connotazione di "serietà", diventa, però, sinonimo di azione seria quando ci riferiamo ad un bambino. Citando Montaigne "i giochi dei bambini non sono dei giochi, bisogna invece valutarli come le loro azioni più serie" Che giocare non sia una banale e poco rilevante attività infantile è stato evidenziato da Huizinga (1938), che nella sua opera *Homo Ludens*, ha definito il gioco come fondamento di ogni cultura, evidenziando che anche gli animali giocano e che quindi il gioco esiste prima della cultura. Il gioco è il linguaggio dei bambini, il loro modo naturale di esprimersi. Bisogna imparare a parlare tale linguaggio, ad ascoltare quel che spesso col gioco ci dicono o tentano di dirci. Perché col gioco i bambini dicono quel che con le parole non sanno esprimere. Il gioco è, come diceva Melanie Klein, la via regia all'inconscio dei bambini.
Per quanto riguarda i bambini disabili spesso si tende a credere che essi possano superare i propri problemi o migliorare le loro difficoltà anche da soli: è dimostrato, invece, che non possiedono quest' autonomia e che, anzi, tendono a peggiorare se non adeguatamente assistiti perché, in linea di massima, non riescono ad usufruire positivamente delle occasioni educative che le proposizioni di gioco dovrebbero stimolare. In parte, ciò può essere il frutto della propensione dell'adulto propositore ad affidarsi a strategie psicopedagogiche basate sull'ottenimento di risposte positive oppure sulla soppressione dello stimolo specifico in concomitanza con l'aumento della frequenza e/o dell'intensità delle risposte "non adeguate". Una seconda componente può essere riferita alle interazioni sociali, che possono diventare coercitive per il disabile: l'incapacità di adeguarsi alle prestazioni richieste dal gioco, causa l'esclusione oppure una accettazione come presenza non attiva, con effetti comunque devastanti sulla disponibilità all'apprendimento da parte del disabile. Perché stimolazioni psicopedagogiche mediate dal gioco possano avere successo devono essere riferite ad entrambe le componenti.

Un'attivazione ambientale specifica: l'esperienza alberghiera

M. Buzzi

Cooperativa "AZALEA", Verona

Gli investimenti di risorse economiche ed umane per passare da una gestione di tipo prevalentemente ospedaliero ad un'assistenza territorializzata, hanno coinvolto il privato sociale stimolandolo ad attuare strutture residenziali alternative, capaci di fornire un servizio non solo contenitivo ma anche abilitativo-riabilitativo.
Dal 1995 è attivo, in Verona, un servizio di *residenzialità alberghiera* mirato ad ospitare sia pazienti con disturbi psicopatologici più o meno consolidati, sia disabili intellettivi di vario livello affetti in comorbidità da patologia psichiatrica.
La valenza terapeutica di un'assistenza di tipo alberghiero si caratterizza nella ricerca di migliori condizioni di vita e di un buon grado di convivenza sia con il deficit di base, sia con le comorbidità: i soggetti ospitati hanno, infatti, la possibilità di intraprendere un autonomo cammino di crescita ed integrazione attraverso il fare, il fronteggiare, le interazioni con l'ambiente e lo stabilirsi di relazioni sociali significative in un contesto di tipo "libero mercato".
La tesi evolutiva su cui poggia l'intervento per una rinascita del soggetto come soggetto sociale, stabilisce che qualsiasi tipo di cambiamento preveda una modifica nelle relazioni dinamiche tra variabili appartenenti a diversi livelli di organizzazione nello strutturare la propria esistenza (biologica-psicologica-sociale-storica).
Il divenire del sistema-uomo è determinato da un complesso sistema di azioni e interazioni che ne determinano la differenziazione lungo la linea di sviluppo: ecco che, in presenza di una alterazione dell'equilibrio psichico, è possibile ri-definire nuovi percorsi mirati alla stabilizzazione del soggetto (omeoresi).
L'ambiente si impone come variabile epigenetica cui il paziente risponde liberando risorse e attuando capacità di controllo, al fine di evitare la deriva (capacità adattativa): è proprio agendo su questa variabile che è possibile ri-definire il percorso di sviluppo, stimolando le proprietà auto-regolative e creando condizioni per lo sviluppo di nuove abilità (abilitazione) e/o il recupero di altre (ri-abilitazione).
Questo contributo è mirato a focalizzare i processi di sviluppo e, quindi, di cambiamento, che le variabili bio-psico-socio-culturali determinano in un nuovo contesto, con effetti diversi e talvolta imprevedibili, sia su pazienti affetti da patologia psichiatrica, sia su soggetti caratterizzati da disabilità intellettiva di vario grado.

Sexual addiction, cybersex, love addiction

D. La Barbera, L. Sideli

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo

Nell'ambito degli scenari psicopatologici contemporanei le dipendenze affettive e sessuali rappresentano fonte di disagio e di disabilità per un crescente numero di persone, con significative ripercussioni sull'attività scolastica e lavorativa, sulla qualità delle relazioni familiari, e, nei casi più gra-

vi, con conseguenze di natura economica e legale. Sebbene già Fenichel prefigurasse il *bisogno patologico e ossessivo di amore* come tipologia più importante delle nevrosi impulsive, assimilando questa condizione a quelle dei giocatori d'azzardo patologici, dei tossicomani e degli alcolisti, è solo recentemente che la dipendenza affettiva e sessuale sono state incluse tra le nuove tipologie di dipendenze comportamentali, caratterizzate non più dall'uso nocivo di sostanze tossiche ma dalla pratica iterativa di attività lecite e socialmente accettate.
Le dipendenze affettive e sessuali descrivono un insieme di pensieri e comportamenti disadattivi caratterizzati dal bisogno incoercibile di relazioni con altri che vengono considerati unicamente come strumenti per alleviare i sentimenti negativi che il soggetto non è in grado di gestire, e di riparare il fragile sentimento dell'identità soggettiva e sessuale. Quest'uso auto-terapeutico del sesso e delle relazioni risulta problematico e potenzialmente distruttivo nella misura in cui costituisce l'unica strategia per rendere tollerabile il dolore mentale, sostenere il sentimento di autostima e spezzare una condizione angosciosa d'isolamento, finendo per controllare il mondo interno e la vita relazionale del soggetto che può sperimentare delle vere e proprie forme di craving, tolleranza e perdita di controllo, non dissimili da quelli caratterizzanti le dipendenze da sostanze.
Si tratta di relazioni fortemente investite di aspetti narcisistici dove l'altro assume la funzione di regolatore esterno degli stati mentali dolorosi e del livello di autostima e la cui presenza diviene necessaria per il mantenimento di un certo livello di benessere. L'incapacità di riconoscere l'altro come separato da sé e soggetto di emozioni, bisogni, desideri priva la relazione dipendente di quegli aspetti di tenerezza, passione, reciprocità che caratterizzano le relazioni sane. Incapace di tollerare la separazione dall'altro e terrorizzato, al contempo, dalla possibilità di essere fagocitato dalla relazione, il soggetto istaura dei rapporti fondati prevalentemente sul controllo e sul padroneggiamento.

Bibliografia

Bergmann MS, Kernberg OF. *Capacità di amare*. Torino: Boringhieri 1996.
Caretti V, La Barbera D. *Le dipendenze patologiche, clinica e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2005.
Goodman A. *La dipendenza sessuale*. Roma: Astrolabio 2001.
Rigliano P, ed. *In – dipendenze*. Torino: Edizioni Gruppo Abele 1998.
Roversi S. *Chat line*. Bologna: Il Mulino 2001.

L'evoluzione della sessualità nel disabile intellettivo

F. Poli

SIRM (Società Italiana per lo Studio del Ritardo Mentale)

Il tema della sessualità è un argomento sempre difficile da trattare, soprattutto riferendosi a persone disabili: ognuno, nell'affrontare questo tema, parte dalla propria immagine di sessualità. Significati, valori ed il senso attribuiti al termine sessualità non sono mai svincolati dalle storie individuali rappresentate nello stesso vivere, sentire, manifestare.
Accanto alla disinformazione, sono frequenti visioni distorte e notevoli difficoltà nell'accostarsi al problema in modo maturo: affrontare il tema della sessualità nelle disabilità intellettive risulta ancora più difficile perché poco conosciuto e dibattuto.
Sovente, a causa di pregiudizi, si è creduto che l'esperienza sessuale fosse poco sentita e/o per nulla importante nella vita di una persona disabile: viceversa, si è potuto verificare che si tratta di un problema delicato, di una realtà viva, di un argomento che necessita di risposte a domande precise ed importanti. Insegnare a capire tutti i messaggi del corpo, diventa quindi un'esigenza pressante e necessaria per sviluppare ed ampliare le conoscenze del disabile stesso.
Prendendo spunto da ciò che emerge in letteratura e con i risultati ottenuti in una nostra indagine preliminare, si è cercato di evidenziare le problematiche relative alle varie manifestazioni sex-correlate dei disabili attraverso una ulteriore e più ampia ricerca, su scala nazionale.
Si è somministrato un questionario mirato a focalizzare i vari aspetti obiettivabili da parte degli operatori nel campo dei comportamenti sessuali dei loro assistiti, suddiviso in tre parti fondamentali: la prima è relativa alla connotazione anagrafica del disabile, la seconda alla sua connotazione clinica e la terza riguarda le eventuali manifestazioni sessuali di quest'ultimo.
I risultati ottenuti vengono presentati, con grafici riassuntivi, in questo studio.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA MALTA

S22 - La memoria: ricordo, rimozione, distorsione, oblio. Dalle neuroscienze alla psicodinamica

MODERATORI
N. Lalli, G. Bartocci

La memoria: dalle neuroscienze alla psicodinamica

N. Lalli, B. De Stefano
Centro di Psicoterapia Dinamica, Roma

La memoria, pari forse solo al concetto del tempo, ha da sempre costituito uno dei misteri più affascinanti sul quale a lungo si sono interrogati scrittori, filosofi, psicologi sperimentali, neurobiologi e psichiatri nel tentativo di carpirne i segreti. Dall'interazione di queste varie discipline, alcune conclusioni, almeno fino agli anni '60, erano ampiamente condivise: la memoria è localizzata in uno o più centri del SNC, è costituita da "engrammi" ovvero riproduzioni mentali della realtà come la vediamo attraverso i nostri sensi, è una funzione fondamentalmente unica. A partire dagli anni '60 queste conclusioni cominciano ad essere messe in crisi, non solo per la possibilità di nuove e sempre più raffinate indagini, ma soprattutto per una metodologia diversa che tende ad esaminare singoli aspetti della memoria, rinunciando, per il momento, ad una visione totalizzante e globale della stessa. Si può affermare che di quanto oggi conosciamo sulla memoria, siamo debitori non solo a famosi e conosciuti ricercatori (uno tra tanti E.R. Kandel), ma soprattutto ai tantissimi ricercatori, spesso sconosciuti, che hanno affrontato specificamente i vari aspetti della memoria. Oggi rispetto a quelle che erano le convinzioni più accreditate di mezzo secolo fa, si può affermare con sicurezza che la memoria è una funzione diffusa, che non esistono "engrammi", ma processi di categorizzazione della percezione della realtà e soprattutto che esistono diversi tipi di memoria con funzioni diversificate e specifiche.

Pertanto, esamineremo due ambiti di problemi:

– i vari tipi di memoria e le specifiche funzioni, i centri del SNC correlati alle diverse memorie, come si costruiscono i ricordi e come avviene l'oblio;
– le patologie e le distorsioni della memoria.

La risposta ai quesiti del primo punto ci offre la possibilità di comprendere sia come si formano e si consolidano i ricordi, come è possibile evocarli offrendoci anche una valida spiegazione per numerosi disturbi della memoria. Successivamente è necessario chiederci se queste importanti scoperte sono sufficienti a comprendere alcuni fenomeni della memoria come, ad esempio, la creatività, la distorsione dei ricordi, il problema della rimozione, l'importanza del contesto relazionale e culturale nella struttura di ogni singola memoria. Numerose evidenze cliniche e sperimentali dimostrano che esistono diversi tipi di memoria, il che comporta, in primo luogo, la necessità di una corretta classificazione e la più logica sembra essere la seguente che tiene conto delle basi biologiche della memoria: memoria a breve termine (MBT), memoria a lungo termine (MLT), memoria procedurale (MP), definita anche memoria implicita e memoria dichiarativa (MD), definita anche memoria esplicita.

A.1. Memoria a breve termine

La memoria a breve termine coincide con il termine utilizzato da W. James di "memoria immediata"e corrisponde a quel tipo di memoria che riguarda sensazioni o percezioni che noi riusciamo a ritenere nella nostra mente per un periodo di tempo che oscilla da pochi secondi fino ad un massimo di trenta minuti e che, se non viene trasformata in MLT, porta all'oblio.Se alcune percezioni sono molto significative o comunque sono necessarie per dare un senso al contesto generale, si costituisce una forma particolare di MBT definita "memoria di lavoro.

A.2. Memoria a lungo termine

I dati contenuti nella MBT possono, tramite il cosiddetto processo di "consolidamento", trasformarsi in memoria a lungo termine: in questo arco di tempo possono avvenire fenomeni definiti di "inferenza retroattiva" che testimoniano che i dati mnestici possono subire processi di elaborazione e trasformazione anche prima di diventare definitivi.

A.3. Memoria procedurale (o implicita)

Sul piano evolutivo la memoria viene considerata come una funzione utile, sulla base dell'apprendimento, a prevedere il futuro, utile e necessaria per la sopravvivenza. In questo senso la memoria procedurale sembra assolvere un compito importante, rispetto alla formazione di "modelli mentali" che guidano il bambino e poi l'adulto ad interpretare il presente e poter prevedere future esperienze. Nella MP non c'è partecipazione della coscienza ai processi di registrazione e di recupero delle esperienze e dei ricordi. Tali elementi ("non dichiarativi"e dalla formazione precoce nel tempo) sono fondamentali nel delineare il senso soggettivo di sé: si agisce, si sente e si pensa senza necessariamente riconoscere l'influenza delle passate esperienze sulla realtà presente. Comprende diverse forme di memoria: emozionale, comportamentale, percettiva e probabilmente somato-sensoriale. Le strutture cerebrali coinvolte comprendono: l'amigdala ed altre regioni limbiche (memoria emozionale), i nuclei della base e la corteccia motoria (memoria comportamentale), la corteccia percettiva (memoria percettiva) e, seppur non vi siano evidenze scientifiche a riprova di ciò, è molto probabile che siano anche coinvolte la corteccia somato-sensoriale, orbito-frontale e cingolare anteriore (memoria somato-sensoriale). È indipendente invece dal lobo temporale mediale e dall'ippocampo. Un problema centrale è comprendere se la MP possa corrispondere al concetto di inconscio in psicanalisi oppure no.

A.4. Memoria dichiarativa (o esplicita)

È ciò che comunemente si intende per memoria: infatti in questo tipo il ricordo è accompagnato dalla sensazione interna della consapevolezza di ricordare. Ne vengono riconosciute due sottoforme: semantica e autobiografica (o episodica) Nella memoria semantica vengono inclusi la conoscenza e i

ricordi di dati, parole, simboli. In quella autobiografica sono invece contenute informazioni concernenti episodi o eventi autobiografici e le rispettive relazioni spazio-temporali. Questo tipo di memoria si instaura a partire dal secondo anno di vita (in cui si verifica la maturazione del lobo temporale mediale e della corteccia orbito-frontale), e questo permette al bambino di essere progressivamente capace di ricordare le proprie esperienze nell'ordine in cui sono accadute, sviluppando quindi il senso del tempo e della successione degli eventi. Si crea inoltre, nella mente del bambino, una "mappa di rappresentazioni", che gradualmente gli permette di collocare gli accadimenti e le cose nello spazio. I processi di registrazione richiedono una partecipazione della coscienza ed un'attenzione focalizzata. I centri coinvolti nella MD sono essenzialmente le zone corticali che ovviamente si collegano con le strutture più antiche.

B. Questi dati, faticosamente raccolti, costituiscono al momento la base per la comprensione dei meccanismi della memoria. Comunque la clinica e osservazioni di laboratorio hanno ampiamente dimostrato che la memoria non può essere considerata come una sorta di archivio che conserva in maniera immutabile i vari ricordi, ma i ricordi possono essere sottoposti ad una serie di modificazioni che ci fanno ritenere che la memoria possa essere considerata come una funzione creativa che elabora i dati registrati in maniera diversa a seconda della situazione personale, del contesto, del tempo trascorso tra registrazione e rievocazione, ma che alcuni caratteristiche della memoria sono strettamente legate al contesto interpersonale e culturale.

I problemi che rimangono aperti sono pertanto numerosi. Da una parte dobbiamo ritenere che la memoria sia dotata di una funzione creativa nella elaborazione dei dati e questa creatività può essere correlata con la fase R.E.M. dal momento che è ampiamente dimostrato, da una parte che la fase R.E.M. è centrale per il passaggio della memoria da MBT a MLT, ma è anche dimostrato (Lalli, 1998) che la caduta dei meccanismi omeostatici, durante la fase R.E.M., svincolando sia il soma che la mente dai meccanismi omeostatici, rende possibile un'attività creativa. Tutte tali tematiche sono di estrema importanza in psicoterapia, dal momento che la memoria costituisce la storia dell'individuo risultando fondamentale per la formazione della sua identità.

In conclusione, possiamo affermare che sicuramente le neuroscienze hanno apportato notevoli conoscenze nel campo della memoria, eppure ogni qualvolta cerchiamo di applicare queste conoscenze alla realtà umana, a meno che non si tratti di patologie organiche, ci troviamo di fronte a notevoli difficoltà o eccezioni. Quindi, se le scoperte delle neuroscienze sono sicuramente molto utili, è proprio sulla base di queste conoscenze, nel loro complesso, che si debbono evitare facili e semplicistiche estrapolazioni, evitando anche un'altrettanto facile e semplicistica contrapposizione tra neuroscienze e psicodinamica.

Memoria, rimozione e inconscio. Vecchi modelli e nuove conoscenze

A. Seta, S. Afshar

Studio di psicoterapia, Roma

Introduzione: le acquisizioni più recenti sulle basi neurologiche della memoria suggeriscono l'opportunità di un confronto con la pratica clinica in psicoterapia in merito al ruolo svolto in essa da alcune nozioni: in particolare, la nostra attenzione si centra sulla rimozione.

Sappiamo quanto questa parola sia entrata nel linguaggio comune fino a essere usata come sinonimo della parola dimenticanza in contesti che poco o nulla hanno a che fare con la pratica psicoterapeutica. Il recupero dei ricordi infantili nello specifico del processo (psico)terapeutico appare invece un esercizio pressoché desueto, salvo alcune interessanti eccezioni. La psicoterapia infatti sembra andare oggi sempre più nella direzione di privilegiare l'*hic et nunc* e la ricostruzione e costruzione di narrazioni condivise piuttosto che di ristabilire una supposta verità attraverso il recupero di ricordi infantili rimossi. Il fatto che in alcuni settori (*child abuse*) si sia tornato a parlare di cura come ritrovamento della memoria di fatti accaduti, con relativi risvolti legali, può invece essere di stimolo a una riflessione. Seguendo questo spunto, la questione della memoria ci porta infatti al centro di un problema interessantissimo e attuale: quello del vero e del falso in psicoterapia, o forse meglio dell'uscita da questa dicotomia introducendo un terzo elemento che è quello delle fantasie e della loro validazione.

Metodologia: la metodologia adottata per interrogarci e proporre alla discussione tali questioni è principalmente storica ma non trascura il confronto con lo sviluppo delle conoscenze biologiche e cliniche. Ci siamo limitate a indagare alcuni passaggi che ci piacerebbe fossero oggetto di approfondimento. Il primo è quello di come Freud arriva alla nozione di rimozione, nel 1915, nell'ambito del progetto di costruire una metapsicologia, raccogliendo in forma sistematica le osservazioni frammentarie del periodo precedente. Il secondo è la polemica tra Freud e Laforgue sulla necessità di distinguere una rimozione fisiologica, o tuttalpiù nevrotica, dallo "scotoma", presupposto del costituirsi di una scissione psicotica. Il terzo è rappresentato dal ritorno in voga della "teoria del trauma" nel momento dell'evidenziarsi di una profonda crisi del freudismo determinata, oltre che da molti altri complessi fattori, anche dallo sviluppo delle neuroscienze. Il quarto riguarda i mutamenti intervenuti nella clinica nel corso di più di un secolo per cui l'abbandono del modello dell'isteria sembra averci posto di fronte a una situazione drammatica di aggravamento, di psicotizzazione e di cronicizzazione di quadri clinici, problema reso ancora più acuto dalle difficoltà della psichiatria e della psicoterapia occidentale ad affrontare la patologia dei migranti.

Risultati: il modello psicodinamico della memoria sviluppatosi tra la fine dell'Ottocento e i primi del novecento nella cultura dell'occidente, sembra avere avuto una notevole fortuna in ambito culturale, quantunque rudimentale e forse infondato. La vicenda di questo modello in ambito clinico appare storicamente legata a quella dell'isteria e, andando più a fondo, connessa a una problematica molto complessa quale quella del rapporto tra isteria e psicosi in particolare schizofreniche (Hacking). Tale modello appare oggi del tutto inattuale e inadeguato, ma le vicende storiche a cui è andato incontro richiederebbero uno sforzo di riflessione critica per colmare il vuoto e riparare i danni che hanno prodotto. Dall'esame dei passaggi storici proposti emerge l'esigenza di comporre in modo virtuoso una comunicazione e un confronto tra sviluppi delle conoscenze biologiche, ap-

profondimento storico critico e metodo psicoterapeutico per fondare una pratica diagnostica e terapeutica valida.
Conclusioni: concludiamo in forma interrogativa chiedendoci se in questo nuovo secolo la questione dei ricordi possa essere posta identificandola con quella della memoria o se piuttosto al modello che ha così profondamente segnato il secolo scorso non ne vada sostituito un altro che si occupi di indagare la fantasia, le cui determinanti biologiche non ci sembrano sufficientemente studiate.

Memorie soggettive e memorie condivise: verso una spiegazione relazionale dei falsi ricordi

S. Mazzoni

Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Sapienza Università di Roma

Il costrutto dell'intersoggettività, è divenuto un punto di riferimento per ricerche in diversi ambiti disciplinari: quello delle neuroscienze che ha scoperto l'esistenza dei *mirror neurons* (Rizzolatti, 1994), un correlato biologico della capacità di percepire le *corrispondenze* tra il sé e l'altro (Gallese, 2004); quello della psicologia dello sviluppo, che ha indicato la precocità della possibilità del neonato di imitare l'altro a livello della *forma* (Meltzoff, 1990) o di agire similitudini comportamentali non solo a livello della forma, ma anche del *ritmo* e dell'*intensità* nell'interazione (Trevarthen, 1998); quello della psicodinamica dello sviluppo che ha ipotizzato la possibilità precoce di inferire gli *stati intimi del partner* (*attunement*) attraverso la percezione crossmodale (Stern, 2004). Al di là delle differenze che ciascuno studio tende a proporre, si è definita una convergenza di risultati che fornisce supporto all'idea di una ricerca di corrispondenze durante l'interazione e di una interdipendenza tra gli stati mentali di ciascun soggetto con quelli degli altri. L'osservazione dell'intersoggettività nella famiglia ha inoltre dimostrato che il processo di autoregolazione di ciascun soggetto si realizza nel più ampio processo di regolazione delle relazioni familiari attraverso cui si tende a coordinare relazioni diadiche, triadiche o multipartite.
Sulla base di queste premesse gli studi sulle relazioni familiari forniscono un orientamento per la spiegazione di come la memoria soggettiva e le sue eventuali disfunzionalità (rimozione, distorsione, falsi ricordi) si definiscano nel processo di co-costruzione attivo nel contesto delle relazioni familiari. È necessario tuttavia chiarire la distinzione tra *forme implicite di intersoggettività* – basate sulle interazioni non verbali e presimboliche presenti fin dalla nascita – e *forme esplicite di intersoggettività* – basate prevalentemente sulle interazioni verbali che permettono alle famiglie di costruire rappresentazioni condivise della realtà in genere e di quella relazionale in particolare (Beebe et al., 2005) –. In modo convergente con tale distinzione, Reiss (1989) ha indicato l'utilità di studiare la famiglia osservando sia le interazioni comportamentali (*practising family*) sia rilevando le narrazioni soggettive e condivise (*represented family*).
A livello dei modelli interattivi, la percezione della realtà può essere influenzata dalla necessità di riferirsi ad altri per condividere i significati dell'esperienza e ciò vale anche in situazioni disadattive – come ad esempio quando le coalizioni e triangolazioni stimolano i membri della famiglia a condividere significati contro altri membri della famiglia –. Su questa base si rivela possibile che la memoria soggettiva dipenda strettamente dalla memoria condivisa: come il bambino che crede di ricordare un abuso da parte di un padre quando è alleato con la madre che esprime un conflitto distruttivo nei confronti del partner.
Durante tali pratiche, ciascuna famiglia costruisce anche quello che è stato definito un *sistema di credenze familiari* e ciò permette di rilevare che le famiglie hanno una funzione di memoria che va al di là delle credenze e delle memorie di ciascuno dei suoi membri e le narrazioni familiari vengono a far parte dell'esperienza soggettiva anche quando il soggetto in questione non ha ricordi diretti. Verranno forniti a tal proposito esempi clinici della funzione dei *miti familiari* o *fedeltà familiari* che possono favorire la continuità e l'adattamento, ma anche forme diverse di disadattamento.
In conclusione, la concezione dello sviluppo che considera la comunicazione intersoggettiva come una base per la costruzione del sé, consente di allargare la conoscenza dei processi che sono alla base della memoria procedurale e autobiografica.

Le credenze culturali nella costruzione della memoria

G. Bartocci

Associazione Mondiale di Psichiatria Culturale

In *Origine dell'Uomo* pubblicato nel 1871 Darwin affronta un tema diverso da quello esposto nel suo ben più celebre: *Origine della specie* (1859). In *Origine dell'Uomo* Darwin sottolinea che gli istinti degli animali inferiori, ancora presenti in noi, sono attivi nel determinare le credenze e i comportamenti della specie umana. Seguendo il libro, al capitolo *Confronto tra i poteri mentali dell'uomo e quelli degli animali inferiori*, Darwin indica la differenza più importante tra uomo e animali inferiori essere il senso morale o coscienza. Tale dimensione morale si riassume, secondo L'autore, nel breve ma imperioso vocabolo DOVERE.
Che l'impresa di dare una definizione al senso del dovere sia difficile preoccupa Darwin che cita in corner Kant: " Dovere! Meraviglioso pensiero, che non operi per amorevole insinuazione, né per lusinga, Né per minaccia, ma solo per mantenere alta nell'animo la tua legge, procurando così rispetto se non sempre obbedienza; davanti a te tutti gli appetiti rimangono muti, anche se segretamente si ribellano; da dove la tua origine?"
Darwin, proteso alla ricerca dell'origine della specie materiale, si butta in un campo non suo, l'origine di strutture intenzionali permanenti. Lo fa con grande cautela: "Questo grande problema è stato discusso da molti scrittori di grande abilità; la mia sola scusa per affrontarlo è l'impossibilità di tralasciarlo." A differenza degli animali l'uomo possiede una facoltà specifica: "Appena le facoltà mentali si saranno altamente sviluppate, l'immagine di tutte le azioni e di tutti i motivi passati attraverseranno continuamente il cervello di ogni individuo."
Successivamente Darwin si avvicina alla " trans-cultura" proponendo il suo metodo "trans-specie" nel momento che destruttura la obbligatorietà delle azioni istintive rendendo-

le secondarie alle esperienze abitudinarie indotte da ogni contesto ambientale:" L'istinto sociale, insieme alla simpatia, viene come ogni altro istinto molto rafforzato dall'abitudine" arrivando a conclusioni radicali: "Se ad esempio, per prendere un caso estremo, gli uomini fossero allevati nelle stesse precise condizioni delle api, non v'è quasi alcun dubbio che le nostre femmine non maritate crederebbero, come le api operaie, loro sacro dovere uccidere i fratelli …".
Il punto che oggi ci interessa in modo specifico è quello inerente gli effetti sulla mente umana della convinzione di una entità onniveggente: "Ma qualsiasi cosa renda più vivace l'immaginazione e rafforzi l'abitudine di richiamare e confrontare impressioni ricevute in passato, renderà la coscienza più sensibile … Non è improbabile che le buone tendenze, dopo una lunga pratica, possano diventare ereditarie. Nelle razze più civili la convinzione dell'esistenza di una entità onniveggente ha avuto una forte influenza sul progresso della moralità".
La relazione di oggi è dedicata a sviluppare il tema dell'influenza delle credenze religiose verso il funzionamento psichico. I fattori religiosi non sono certo neutrali nell'indirizzare la mente, nel mantenere vivi particolari tipi di ricordi, nel suscitare esperienze, nell'indurre percezioni: un complesso di condizionamenti che influenzano non solo il clima psicologico di ogni contesto sociale ma anche (se preferite il linguaggio delle neuroscienze) il funzionamento della rete sinaptica del cervello biologico.

Bibliografia

Spirituality & Religion. Transcultural Psychiatry 2005;42.
Religious influence upon psychiatric theories. World Cultural Psychiatry Research Review 2006:1. www.wcprr.org

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA DEI CESARI

S23 - Il Cognitivismo Sistemico: fra una teoria del cervello e una teoria della mente

MODERATORI
A. De Pascale, A. de Bartolomeis

La teoria della mente: l'identità tra modello teorico – clinica – ricerca

M. Dodet
Laboratorio di Psicologia Cognitiva Postrazionalista, Roma

"… La mente (mind, mente) emerge e si sviluppa fra l'attività cerebrale e la cultura. Diviene organizzatrice della conoscenza e dell'azione umana …"
(E. Morin L'Identità Umana)

Il dialogo tra scienze che si occupano di mente e scienze che si occupano di cervello finalmente è divenuto realtà; occuparsi dello sviluppo di un'identità in un'ottica costruttivista comporta avvicinarsi alla scienza del significato.
Per *significato personale* si intende un nucleo emotivo e cognitivo che si creerebbe all'interno dei rapporti significativi nelle prime fasi di vita e che rappresenta il nucleo fondante un'identità.
Teoria dell'attaccamento (Bowlby 1969, 1973, 1980; Crittenden 1994, 1997, 1999; Lambruschi 1996, 2000); *psicologia del significato personale* (Guidano 1987, 1991, 1995; Reda 1986); *narrative psychotherapy* (Bruner 1986, 1992); *processualità del self e sviluppo emotivo* (Lewis 1994; Sroufe 2000) rappresentano i punti cardine del modello.
Nella clinica nasce l'esigenza e la possibilità di iniziare a formalizzare una psicopatologia esplicativa che è base per un intervento psicoterapeutico e psicofarmacologico integrato.
La ricerca dovrà tenere conto di nuovi costrutti che tengano presente lo sviluppo del mondo emotivo individuale e la sua espressività.
Sarà presentata un'esemplificazione clinica.

Il modello cognitivo-evoluzionista: una teoria della mente

B. Intreccialagli
Roma

Nell'ambito delle terapie cognitiviste un importante settore di ricerca si è rivolto all'epistemologia evoluzionista per fondare una teoria della motivazione coerente con la visione dello sviluppo della conoscenza di sé e degli altri esplorata dalla psicologia cognitivista.
L'assunto di base dell'epistemologia evoluzionista riguarda la necessità di prendere le mosse da ciò che l'uomo ha in comune con le altre specie animali per arrivare a comprendere e valutare adeguatamente ciò che è specificamente umano, come la capacità di formare relazioni durevoli con singoli membri della propria specie e la costruzione della coscienza, probabilmente la più complessa tra le funzioni psichiche.
Tale teoria evoluzionista individua alcuni fondamentali sistemi motivazionali a ciascuno dei quali corrisponde una particolare forma di comportamento sociale che seppure innati sono suscettibili di modificazioni in funzione delle variabili legate all'esistere e al divenire.

Il modello che ne deriva si pone così come ponte di utile ed euristica spiegazione tra le ipotesi evolutive di matrice affettiva e cognitiva nonché relazionale per gli studi dello sviluppo dell'individuo.

Bibliografia

Diamond J. *Gung, germs and steel. The fates of human societies*. Trad. it.: *Armi acciaio e malattie*. Torino: Einaudi 1998.

Eibl-Eibesfeldt I. *Die Biologie des menschlichen Verhaltens Grundriss der Humanethologie*. Trad. it.: *Etologia umana*. Torino: Bollati Boringhieri 1993.

Fonagy P, Target M. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2005.

Guidano VF. *Il sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri 1992.

Intreccialagli B. I disturbi dissociativi della coscienza. In: Bara B, ed. *Manuale di psicoterapia cognitiva*. 2 ed. Torino: Bollati Boringhieri 2005.

Liotti G. *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: NIS 1994.

Merlin D. *Origins of the modern mind*. Trad. it.: *L'evoluzione della mente*. Milano: Garzanti 1996.

Panksepp J. *Affective neuroscience: the foundation of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press 1998.

Popper KR. *Verso una teoria evoluzionistica della conoscenza*. In: Popper KR, ed. *Un universo di propensioni*. Firenze: Vallecchi 1999.

Siegel DJ. *The developing mind*. Trad. it.: *La mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina 2001.

Sinigallia C. *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Raffaello Cortina 2006.

Solms M, Turnbull O. *The Brain and the Inner World*. Trad. it.: *Il cervello e il mondo interno*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2004.

Tomasello M. *The cultural origins of human cognition*. Cambridge: Harvard Press 2000.

MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30

SALA ROSSA

S24 - Comorbidità tra D.C.A. e D.P.

MODERATORI

E. Costa, J. Vanderlinden

Trauma, dissociation and comorbidity in eating disorders

J. Vanderlinden

University Psychiatric Center KULeuven, Campus Kortenberg and Catholic University of Leuven; Faculty of Psychology and Educational Sciences Centre of Assessment & Psychopathology Belgium

Introduction: it has been well demonstrated that eating disorder (ED) patients suffer from a wide variety of comorbid disorders.

In this study the question is asked if and how traumatic experiences may play a role in the development of comorbid behaviours in eating disorder patients. Hence, the relationship between traumatic experiences and the presence of comorbidity such as dissociative experiences is explored in a sample of 298 ED patients.

Methodology: at the start of the inpatient treatment several self-reporting questionnaires, such as the Eating Disorder Inventory (EDI), de Eating Disorder Evaluation Scale (EDES), and the Body Attitude Test (BAT) were administered to a sample of 300 ED patients. Traumatic experiences were evaluated with the Traumatic Experiences Checklist (TECH), the presence of other psychopathological characteristics by means of the Symptom Checklist (SCL-90) and Dissociation Questionnaire (DISQ).

Results: considering the whole sample, 71,8% of the patients are reporting some form of traumatic experience, mostly teasing at school, family stress, emotional neglect and –abuse. Traumatic experiences are significantly more reported by the anorexia nervosa patients of the 'purging type' and the bulimia nervosa patients, especially sexual harassment and sexual abuse both within the family and outside. Remarkably, those patient samples with the highest incidence of traumatic experiences (i.e. AN purging type and BN), also report the highest scores on the eating disorder questionnaires (EDI and EDES) and the have a significantly more disturbed body image and experience (BAT). At the same time they show the highest scores on the dissociation questionnaire together with a wide variety of general psychopathological characteristics (SCL-90).

Next a comparison was made in the total sample and in the separate diagnostic groups between those patients reporting trauma and those without a trauma history. Again the data demonstrate that the trauma sample reports significantly more comorbid symptoms on all measurements compared to the non-trauma sample.

Conclusion: the data clearly show that trauma experiences can play an important etiological factor not only in the development of an eating disorder (mostly with bingeing and purging behaviour) but also in the development of a wide variety of comorbid psychopathological characteristics. Some hypotheses about the link between trauma and the development of comorbidity will be proposed together with some recommendations for the treatment of eating disorder patients with a history of trauma.

References

Vanderlinden J, Vandereycken W. *Le origine traumatiche dei Disturbi Alimentari*. Roma: Astrolabio Editore 1998.

Vanderlinden J, Vandereycken W, Claes, L. *Trauma, dissociation and impulse dyscontrol: lessons from the eating disorders field*. In: Vermetten E, Dorahy M, Spiegel D, eds. *Dissocation: neurobiology and treatment*. Washington, DC: APA 2007.

Comorbidità nell'anoressia mentale

E. Costa, V. Meuti

Cattedra di Psichiatria, Centro per i Disturbi della Condotta Alimentare, Sapienza Università di Roma, Policlinico Umberto I

Introduzione: è oggi ampiamente dimostrata la comorbidità tra DCA e DP.
In nostri precedenti lavori è stato anche dimostrato come nell'anoressia mentale in prima adolescenza si delineano quattro forme morbose a carattere ossessivo/fobico, depressivo, isterico/psicosomatico, psicotico.
Ci siamo chiesti come si correlano i tratti di personalità con lo sviluppo ed il decorso di un DCA e come la personalità alterata influenza e modifica l'insorgenza, il decorso e la prognosi dell'anoressia mentale.
Metodologia: è stato valutato un campione costituito da 87 pazienti donne con anoressia mentale ricoverate presso il Centro per i Disturbi della Condotta Alimentare del Policlinico Umberto I nel periodo Ottobre 2002/ottobre 2004. All'ingresso in degenza tutte le pazienti sono state monitorate con il M.I.N.I., alcuni questionari come l'*Eating Disorder Inventory* (EDI), l'*Eating Disorder Evaluation Scale* (EDES), il *Body Attitude Test* (BAT) ed il Test MMPI 2. Gli stessi reattivi mentali sono stati somministrati dopo sei mesi, dopo un anno e dopo due anni.
Risultati: considerando l'intero campione emerge che nel 82% dei casi i tratti premorbosi di personalità erano presenti già nell'infanzia e nella prima adolescenza condizionando insorgenza, decorso e prognosi dell'anoressia mentale. Sono emersi tratti premorbosi di tipo ossessivo/compulsivo/fobico nel 46% delle pazienti con AN R; e tratti di tipo isterico/depressivo/psicosomatico nel 54% delle pazienti con AN P.
Nelle anoressiche restrittive *type* sono emersi con maggior frequenza tratti di ossessività, rigidità, perfezionismo, negativismo, disturbi del pensiero; mentre nelle anoressiche *purging* tratti di impulsività, ansia, depressione, oppositività, disturbi della percezione corporea.
Conclusioni: i dati mostrano chiaramente che i tratti di personalità si correlano con lo sviluppo ed il decorso dell'anoressia mentale influenzandone l'insorgenza con tipologia diversificata, come pure il decorso e la prognosi. Infatti tali tratti con costellazioni diversificate emergono come Disturbi di Personalità durante il percorso di malattia e vengono diagnosticati quasi sempre in ritardo e spesso trascurati in terapia, potendo con ciò anche connotarsi come patologie residuali alla risoluzione dei sintomi anoressici.

Disturbi di personalità in soggetti con sovrappeso/obesità

F. Garonna, M. Chiomento, L. Stifani

S.C. Psichiatria, Ospedale "San Bassiano" Bassano del Grappa (Vicenza)

Le condizioni di sovrappeso e obesità interessano in maniera crescente la sanità pubblica in quanto coinvolgono ampi strati della popolazione e rappresentano un importante rischio di co-morbilità e mortalità. A differenza dei classici disturbi del comportamento alimentare, come l'anoressia, la bulimia e il *binge eating*, poco studiati sono i fattori psicologici patogenetici, le co-morbilità psichiatriche relativamente ai soggetti con sovrappeso e obesità. Noti sono invece i fattori predisponesti al sovrappeso e obesità nei malati psichiatrici trattati, sia per effetto della patologia, sia per effetto dei farmaci. La letteratura riporta prevalentemente una discreta presenza di personalità *border line* tra i soggetti in sovrappeso o obesi. La difficoltà di reperire dati su questa problematica sta nella assenza di mirata attenzione psicopatologica ai soggetti con problemi di sovrappeso e obesità. La clinica dell'obesità coinvolge discipline estranee alla psichiatria, e spesso gli insuccessi di una dieta, di tecniche psicologiche comportamentali o di interventi chirurgici viene ascritta alla implicita difficoltà del soggetto, che tende a collassarsi sulla propria impotenza e inadeguatezza rispetto al compito che gli viene assegnato. Purtroppo, scarse sono le risorse farmacologiche, se non quelle note, mirate a correggere l'introito alimentare e/o il desiderio di cibo. L'uso di antidepressivi, seppure inizialmente produce un qualche miglioramento, porta col tempo ad esaurire la sua azione su ciò che rappresenta il problema principale, il raggiungimento del peso desiderabile.
Abbiamo raccolto un campione di soggetti con BMI uguale o superiore a 25 afferente all'Ambulatorio per I Disturbi d'Ansia e dell'Umore della SC Psichiatria dell'Ospedale "San Bassiano" di Bassano del Grappa (Vicenza). Questi soggetti sono stati studiati e analizzati in rapporto alla diagnosi di asse I e all'eventuale presenza di disturbo di personalità.
I dati sommari e parziali dello studio in progress ci permettono di evidenziare l'importanza della personalità come fattore patogenetico nell'instaurarsi e nel mantenimento del peso eccessivo, e come questa variante incida fortemente sull'efficacia dell'azione terapeutica e dietetica intrapresa.

Bibliografia

Herpertz S, Kielman R, Wolf AM, Hebebrand J, Senf W. *Do Psychosocial Variables Predict Weight Loss or Mental Health after Obesity Surgery? A Sistematic Review*. Obes Res 2004;12:1554-69.

Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G, et al. *Association Between obesity and psychiatric disorders in the US adult population*. Arch Gen Psychiatry 2006;63:824-30.

Wildes JE, Marcus MD, Fagiolini A. *Obesity in patients with Bipolar Disorder: a biopsychosocial-behavioral model.* J Clin Psychiatry 2006;67:904-15.

Anoressia Nervosa e Disturbi di Personalità in adolescenza: correlazioni e rilevanza clinica

S. Gaudio

U.O. di Neuropsichiatria, Servizio di Psichiatria e Psicoterapia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma, IRCCS

Introduzione: i lavori esistenti sulla comorbidità tra i disturbi della condotta alimentare (DCA) ed i disturbi di personalità (DP) hanno evidenziato una correlazione tra le due classi di disturbi ed hanno rilevato che la presenza di un DP determina una maggiore gravità ed una maggiore tendenza alla cronicizzazione dei DCA. Tali lavori hanno valutato campioni con range d'età molto ampi e una lunga storia di

malattia. Scopo di questo studio è di definire la correlazione tra l'Anoressia Nervosa (AN) ed i DP in un campione composto solo da adolescenti con una breve storia di malattia.
Metodi: in un campione di 80 adolescenti (tra i 16 ed i 18 anni) con AN diagnosticata secondo i criteri del DMS-IV-TR – 45 con AN-con restrizioni (AN-r) e 35 con AN-con abbuffate/condotte di eliminazione (AN-a.c.) – ed in un gruppo di controllo abbiamo valutato la presenza di DP attraverso l'utilizzo della *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (SCID-II) versione italiana. I pazienti con e senza DP sono stati confrontati rispetto all'età d'esordio ed a due misure di gravità dell'AN.
Risultati: 24 (30%) pazienti presentavano almeno un DP. Il disturbo evitante di personalità (DEP), il disturbo *borderline* di personalità (DBP) ed il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (DOCP) sono risultati nell'ordine i più frequenti. È emersa una associazione specifica tra l'AN-a.c. e il DBP. I soggetti con DP presentavano un'età d'esordio più precoce ed un più alto numero di ricoveri per AN.
Conclusioni: è presente una correlazione tra AN e DP. Nei soggetti adolescenti con AN la prevalenza generale dei DP appare inferiore rispetto a quella emersa negli adulti, anche se con le medesime specifiche associazioni nei due sottotipi di AN. La presenza nei soggetti con DP di un'età d'esordio più precoce e di una maggiore gravità dell'AN, rileva che una valutazione di Asse II può essere utile fin dall'adolescenza per l'inquadramento della diagnosi e della prognosi e per la scelta della strategia terapeutica.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA CAVALIERI 1

S25 - Sindrome Metabolica nel Disturbo Bipolare e nella Schizofrenia

MODERATORI
A. Rossi, F. Catapano

Sindrome metabolica nel disturbo bipolare e nella schizofrenia: meccanismi, prevalenza ed implicazioni cliniche

I. Soreca

University of Pittsburgh School of Medicine

La sindrome metabolica è un insieme di fattori di rischio per lo sviluppo delle patologie cardiovascolari, che comprende l'obesità addominale, la dislipidemia, la ridotta tolleranza al glucosio e l'ipertensione. Nei pazienti affetti da disturbo bipolare e schizofrenia, la prevalenza della sindrome metabolica e dei singoli fattori di rischio che la definiscono è più alta rispetto alla popolazione generale e mostra importanti associazioni con le caratteristiche di decorso e di gravità della malattia mentale.
L'elevata prevalenza di obesità e soprappeso è ritenuto un fattore importante per lo sviluppo della sindrome metabolica; sebbene l'associazione fra obesità e malattie mentali è ad oggi ampiamente documentata, non è chiaro quale sia il nesso causale fra le due condizioni. L'uso a lungo termine di litio, anticonvulsivanti, antipsicotici, è ritenuto uno dei fattori specifici che legano obesità e malattie mentali, tuttavia l'osservazione clinica e alcuni dati della letteratura suggeriscono che non sia l'unico fattore. L'incremento ponderale sembra infatti la risultante di un complesso intreccio di fattori genetici, ambientali e comportamentali, che legano malattie mentali e malattie metaboliche; la tendenza all'obesità viscerale, inoltre, chiamerebbe in causa un particolare assetto neuro-endocrino (ad esempio, l'iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene) osservato in alcuni disturbi psichiatrici e non correlato con l'intervento farmacologico.
Mentre sarà necessario ampliare le conoscenze sui meccanismi dell'incremento ponderale e della sindrome metabolica nei pazienti affetti da disturbi mentali, i dati fin ora disponibili evidenziano la necessità di attuare, in ambito clinico, un attento monitoraggio dei fattori di rischio e delle patologie mediche, anche nei pazienti più giovani.

Terapia comportamentale della sindrome metabolica nei pazienti con disturbo bipolare e schizofrenia

D. Troiani, S. Castrogiovanni, M. Simoncini, M. Mauri, G.B. Cassano

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

La sindrome metabolica (SM), in accordo alla definizione del *National Cholesterol Education Program*, è una condizione morbosa caratterizzata dalla contemporanea presenza di almeno tre fattori di rischio cardiovascolare quali obesità addominale, ipertensione arteriosa, dislipidemia, alterata tolleranza al glucosio e insulino-resistenza.
Da un punto di vista psichiatrico, la SM ha una elevata prevalenza nei pazienti con disturbo bipolare (DB) e con schizofrenia (S), in cui aumenta significativamente il rischio di morte per patologie cardiovascolari [1]. I fattori che contribuiscono a questa comorbidità sembrano legati direttamente alla fisiopatogenesi del disturbo psichiatrico e/o seconda-

ri allo stile di vita inadeguato e agli effetti collaterali dei trattamenti farmacologici, in particolare dei farmaci antipsicotici atipici[1].
L'indice predittivo più importante di SM è l'obesità, la cui prevalenza nei pazienti con DB e con S supera il 40% mentre nella popolazione generale si attesta intorno al 27% [2 3].
La terapia dietetica e comportamentale (TDC), il cui scopo principale è quello di ridurre il BMI (*body mass index* – indice di massa corporeo) mediante la correzione dell'apporto alimentare e la pratica costante di attività fisica, assume quindi un ruolo centrale nella prevenzione e nel trattamento della SM anche nei disturbi psichiatrici. Pur essendo i dati della letteratura scarsi e discordanti, recentemente è stato osservato che la TDC rappresenta la strategia migliore per determinare un decremento ponderale nei pazienti con DB e S [4].
In questo gruppo di pazienti, alla stregua della terapia psicofarmacologica, anche quella dietetico-comportamentale presenta alcune difficoltà legate principalmente alla *compliance* al trattamento. A questo riguardo, è necessario personalizzare la TDC con particolare riguardo ai gusti alimentari e alle condizioni psico-fisiche del paziente al fine di individuare anche un'attività fisica *ad hoc*.
In conclusione, l'utilizzo della TDC nel DB e nella S rappresenta ancora un problema aperto; se sul versante clinico è necessario individuare e standardizzare le tecniche dietetiche e comportamentali d'elezione, sul piano scientifico occorre disegnare studi al fine di valutare se gli effetti positivi della TDC sulla SM si associno anche ad un miglioramento della fenomenica psicopatologica oltre che dello stato medico generale dei pazienti con DB e S.

Bibliografia

1. Newcomer. *Medical risk in patients with bipolar disorder and schizophrenia.* J Clin Psychiatry 2006;67(Suppl. 9):25-30.
2. Fagiolini A, Frank E, Scott JA, Turkin S, Kupfer DJ. *Metabolic syndrome in bipolar disorder: findings from the Bipolar Disorder Center for Pennsylvanians.* Bipolar Disord 2005;7:424-30.
3. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. *Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease.* Am Heart J 2005;150:1115-21.
4. Mauri et al. J Clin Psycopharm 2006;26:462-6.

Sindrome metabolica nei disturbi non psicotici

S. Calossi

Siena

Introduzione: per sindrome metabolica (SM) si intende, la associazione, nello stesso soggetto, di ipertensione arteriosa, diabete mellito di tipo 2, e obesità viscerale che si complica con iperdislipidemia e atero-arteriosclerosi. Non sempre tutte le componenti di questa sindrome sono espresse nei singoli pazienti, ma è sufficiente la presenza di due di esse per farne sospettare l'esistenza. Esistono evidenze in letteratura della presenza di una SM in soggetti con disturbi psicotici e soggetti affetti da disturbi bipolari, soprattutto in quali affetti dalle suddette condizioni mentali in terapia con antipsicotici tradizionali o antipsicotici atipici [1]. A fronte di queste osservazioni pochi sono invece i dati pubblicati rispetto alla presenza di una SM in soggetti affetti da altri disturbi mentali, quali per esempio i disturbi alimentari (*Bing eating disorder*, *Night eating syndrome*, ecc.), disturbi dell'umore non psicotici [2 3] alcuni disturbi d'ansia [4], che pure conducono anche oggi ad obesità.
Scopo: è sulla base di questi presupposti che ci proponiamo di verificare la presenza di SM in soggetti non psicotici, ma affetti da altri disturbi mentali.
Materiali e metodi: il campione, arruolato tra i pazienti obesi afferenti all'ambulatorio multidisciplinare per l'obesità e i disturbi alimentari dell'Università di Siena, è stato valutato tramite esami emoatochimici, valutazioni cliniche e il *body mass index* per la rilevazione delle SM, la SCID-I e la SCID II per la valutazione della patologia psichiatrica relativamente all'asse I e II, l'*Eating Disorder Inventory-2* per le dimensioni patologiche legate ai disturbi del comportamento alimentare
Risultati: i risultati verranno presentati in sede congressuale.

Bibliografia

1. Mesand PS, Culpepper L, Henderson D, Lee S, Littrell K, Newcomer JW, et al. *Metabolic and endocrine disturbances in psychiatric disorders: a multidisciplnary approach to appropriate atypical antypsicotic utilization.* CNS Spectr 2005;10(Suppl.):141-15.
2. Taylor V, Mac Queen G. *Association between bipolar disorder and metabolic syndrome: a review.* J Clin Psychiatry 2006;67:1034-41.
3. Fagiolini A, Frank E, Scott JA, Turkin S, Kupfer DJ. *Metabolic syndrome in bipolar disorder: findings from the Bipolar Disorder Center for Pennsylvanian.* Bipolar Disord 2005;7:424-30.
4. Jones LE, Carney CP. *Increased risk for metabolic syndrome in persons seeking care for mental disorders.* Ann Clin Psychiatry 2006;18:149-55.

Sindrome metabolica e patologie correlate nella schizofrenia e linee guida per il monitoraggio medico

A. Rossi, P. Stratta*, F. Struglia

*Università dell'Aquila; * Dipartimento di Salute Mentale, ASL L'Aquila*

La prevalenza nel corso della vita di Schizofrenia è dell'1% e le persone affette sono esposte non solo ad un aumentato rischio di suicidio, comportamenti violenti, abuso di sostanze, ma anche di malattie mediche con un aumento del tasso di mortalità fino a 2-3 volte rispetto alla popolazione generale e molte di queste malattie mediche non sono adeguatamente diagnosticate e trattate. Ad esempio l'attesa di vita di un paziente di 30 anni è ridotta di 8 anni e quella di una paziente della stessa età è ridotta di 10 rispetto a quella della popolazione generale.
L'aumento ponderale e l'obesità costituiscono un problema clinico frequentemente associato a condizioni mediche come l'ipertensione, il diabete mellito, la dislipidemia e le coronaropatie. Nonostante l'obesità riconosca un elevato rischio genetico, il suo rapido incremento negli ultimi 20 anni sottolinea la rilevanza eziologica di cause non genetiche come stili di vita non salutari. Studi clinici ed epidemiologici suggeriscono che le persone affette da schizofrenia mostrano una percentuale più elevata di aumento ponderale, obesità e diabete rispetto ad appropriate popolazioni di controllo. Alcuni antipsicotici inoltre sono associati ad un ele-

vato rischio di aumento ponderale ed ad un'alterazione del controllo glicemico.
L'elaborazione delle linee guida si basa sull'esperienza clinica degli autori e sull'esame della letteratura sull'argomento. Verranno valutate le implicazioni cliniche del trattamento con farmaci antipsicotici e indicato un razionale intervento di gestione clinica.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA CAVALIERI 2

S26 - Problematiche forensi nei disturbi di personalità

MODERATORI
C. Maffei, F. Barale

Disturbi gravi di personalità e infermità di mente

U. Fornari
Università di Torino

Alla luce dei problemi affrontati dalla sentenza n. 9163 del 25 gennaio 2005 (depositata l'8 marzo 2005) delle Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione, l'autore illustra le caratteristiche cliniche del disturbo di personalità, del disturbo grave di personalità e del disturbo psicotico. Analizza le differenze tra disturbo e funzionamento *borderline* di personalità e ne discute le ricadute in tema di vizio di mente, ricordando che nella suddetta sentenza si sostiene che i disturbi o anomalie della personalità possono acquisire rilevanza solo se siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla capacità di intendere e di volere, compromettendola del tutto o grandemente scemandola. Devono quindi essere gravi ed essere idonei a determinare, in riferimento al reato, "una situazione di assetto psichico incontrollabile e ingestibile tanto da integrare gli estremi di una vera e propria psicosi".

Imputabilità e disturbi di personalità: proposte per future linee guida

A. Fossati
Università Vita-Salute San Raffaele, Facoltà di Psicologia, Milano

La sentenza n. 9163 delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione Penale ha posto al centro dell'attenzione psichiatrico forense i disturbi di personalità, riconoscendoli come possibili causa di esclusione o riduzione dell'imputabilità, anche se "… solo ove siano di consistenza, intensità e gravità tali da incidere concretamente sulla capacità di intendere e volere".
In linea con quanto verificatosi in altre Nazioni, anche in Italia l'ingresso dei disturbi di personalità sulla scena forense ha generato un dibattito acceso sugli indicatori di "consistenza, intensità e gravità" e sulla loro estrinsecazione in una riduzione della capacità di intendere e volere.
A questo proposito, Fennig et al. (2004) hanno recentemente proposto le seguenti line guida: A. Diagnosi certa di disturbo grave di personalità basata su evidenze multiple; B. Presentazione di una descrizione coerente del delitto come direttamente caratterizzato dal grave disturbo del perpetratore, con un chiaro legame tra il delitto e la ridotta capacità del perpetratore di comprendere o di evitare l'atto; C. Evidenza certa dell'impatto limitante del disturbo di personalità sulla capacità del perpetratore di evitare l'atto, in base alle prove disponibili.
A partire da queste idee preliminari – peraltro problematiche – si proporranno delle riflessioni che a partire dalla necessità di dimostrare precisi nessi di interazione disturbi di personalità-x-contesto e alla luce delle recenti acquisizioni scientifiche e cliniche nell'ambito dell'impulsività patologica possano essere spunto per arrivare alla definizione di linee-guida condivise in ambito forense.

Predittività del profilo personologico sul profilo criminologico

C. Maffei
Università Vita-Salute San Raffaele, Facoltà di Psicologia, Milano

Il rapporto tra caratteristiche psicopatologiche e tipologia dei comportamenti criminali è argomento ampiamente discusso e altamente controverso. Qualsiasi tentativo di classificazione degli atti criminosi in relazione alle caratteristiche psicopatologiche ha mostrato ampi margini di errore e quindi si è rivelato in gran parte inconsistente.
Nello studio che viene presentato è stata indagata una popolazione di soggetti con grave disturbo di personalità nei quali le caratteristiche del profilo patologico della personalità sono state rilevate attraverso una scala appositamente costruita.
I dati preliminari ottenuti attraverso uno strumento che ovviamente deve ancora essere indagato dal punto di vista psicometrico mostrano una buona capacità di discriminazione del profilo criminologico rispetto a due aree definibili rispettivamente come *borderline* e narcisistica.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA ELLISSE

S27 - Efficacia delle terapie dei Disordini del Comportamento Alimentare: effetti positivi e negativi del background genetico, di neurosviluppo, biologico e psicopatologico

MODERATORI
F. Brambilla, P. Monteleone

L'importanza delle basi biologiche nella scelta terapeutica dell'Anoressia Nervosa

F. Brambilla, C. Mellado, C.C. Segura*

*Dipartimento di Salute Mentale, Ospedale Sacco, Milano; * Istituto di Psichiatria, Università, Catanzaro*

Introduzione: la scelta del tipo di terapia dei Disordini del Comportamento Alimentare (DCA) è sempre stata dettata dagli aspetti psicopatologici e clinici dei pazienti, mentre le imponenti alterazioni biologiche cerebrali, in particolare quelle neurotrasmettitoriali, che caratterizzano le patologie sono state raramente considerate come base per l'indirizzo terapeutico. Sulla scorta del riscontro di alterazioni del sistema dopaminergico (DA) e serotoninergico (5-HT) cerebrale nella Anoressia Nervosa (AN), abbiamo condotto due tipi di trattamenti.
Metodologia: studio 1. In 15 pazienti AN è stata somministrata olanzapina (Ola 2,5 mg/die per 1 mese e 5 mg/die per 2 mesi) e in 15 placebo, associati a psicoterapia cognitiva-comportamentale. Venivano controllati i livelli di acido omovanillico (HVA) plasmatici come espressione di funzionalità DA, e le scale EDI-2, BITE, Y-BOCS Cornell, Buss-Durke, Hamilton per depressione, TCI, prima dell'inizio della terapia e ogni mese per 3 mesi.
Studio 2. 35 pazienti AN sono state trattate con fluoxetina (20 mg/die per 4 mesi) associata a psicoterapia cognitivo-comportamentale. Veniva controllata la risposta di prolattina alla somministrazione acuta di D-fenfluramina, come espressione di funzionalità 5-HT, le scale di Hamilton per depressione e per ansia e la EDI-2.
L'HVA veniva dosato con metodo immunofluorimetrico e la prolattina con metodo radioimmunologico.
Risultati: studio 1. La somministrazione di OLA determinava aumenti significativi dei bassi livelli di HVA, un significativo miglioramento dell'EDI-2 totale e dei subitems "paura della maturità" e "senso di inefficienza", dell'aggressività diretta (Buss-Durke) e della "persistenza" (TCI). Non vi erano correlazioni significative tra la variazione neurotrasmettitoriale e quelle psicopatologiche.
Studio 2. La funzionalità 5-HT era ridotta prima del trattamento con fluoxetina e migliorava significativamente dopo la terapia, insieme a netto miglioramento della depressione, dell'ansia e nella scala di EDI-2 della "ricerca della magrezza", della "inadeguatezza", della "diffidenza interpersonale" , della "paura della maturità, della "coscienza interocettiva". Tuttavia, non vi era correlazione significativa fra il miglioramento biologico e quello psicopatologico.
Conclusioni: il trattamento mirato delle disfunzioni neurotrasmettitoriali in corso di AN ha portato a dei risultati significativi sia sul piano biologico che psicopatologico. Tuttavia il meccanismo d'azione biologico dei due farmaci nel produrre il significativo miglioramento psichico non è ancora definitivamente chiarito. È possibile infatti che i due farmaci agiscano non solo sulle specifiche
alterazioni dei sistemi neurotrasmettitoriali DA e 5-HT ma anche su altri parametri
biologici responsabili a loro volta dei cambiamenti osservati nella psicopatologia anoressica .

Il ruolo dei fattori genetici nei Disturbi del Comportamento Alimentare

P. Monteleone, A. Tortorella, E. Castaldo, C. Di Filippo, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Introduzione: è opinione largamente condivisa che l'anoressia nervosa (AN) e la bulimia nervosa (BN) riconoscano una predisposizione genetica, responsabile della trasmissione di una vulnerabilità biologica a contrarre detti disturbi. Evidenze della letteratura suggeriscono il coinvolgimento di vari geni candidati. In pazienti con AN o BN, abbiamo esplorato il ruolo dei geni che codificano per il promotore del trasportatore della serotonina e per il fattore CLOCK, implicato nella modulazione dei ritmi circadiani.
Metodologia: è stata valutata la frequenza del polimorfismo 3111T/C del gene CLOCK in 60 donne con AN, 91 donne con BN e 90 donne sane. Inoltre, in 47 pazienti con BN, sottoposte ad un trattamento naturalistico con inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), è stata valutata la frequenza del polimorfismo s/l del promotore del trasportatore della serotonina e tale tipizzazione genotipica è stata correlata con l'esito del trattamento farmacologico.
Risultati: nessuna differenza statisticamente significativa è emersa nella distribuzione del genotipo 3111T/C del gene CLOCK tra pazienti e controlli. Tuttavia, le pazienti che avevano almeno una copia dell'allele C di detto genotipo presentarono un più basso peso corporeo *lifetime*. Inoltre, le pazienti bulimiche con l'allele s del promotore del trasportatore della serotonina presentarono una insoddisfacente risposta al trattamento con SSRI.
Conclusioni: questi dati, sia pure preliminari, suggeriscono che il polimorfismo 3111T/C del gene CLOCK non è verosimilmente coinvolto nel determinismo della vulnerabilità

biologica all'AN e alla BN, ma potrebbe predisporre questi pazienti ad una più grave riduzione del peso corporeo nel corso della loro malattia.

Neurosviluppo, disturbi cognitivi e risposta al trattamento dei disordini del comportamento alimentare

P. Santonastaso, E. Tenconi, A. Favaro

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Introduzione: uno studio recente svolto da nostro gruppo di lavoro [1] ha mostrato che le complicanze perinatali possono avere un ruolo nella eziopatogenesi dei disturbi del comportamento alimentare. Nell'ipotesi di un ruolo del neurosviluppo, sarebbe a questo punto importante capire attraverso quali vie patogenetiche le complicanze ostetriche possono aumentare il rischio di questi disturbi e quali implicazioni queste complicanze hanno sull'esito a lungo termine e sulla risposta al trattamento.
Metodi: sono state esaminate le cartelle cliniche dei soggetti che hanno partecipato allo studio precedente sulle complicanze perinatali (Favaro et al., 2006). I dati raccolti riguardano il tipo e la durata del trattamento e l'esito del trattamento stesso nei casi in cui almeno 3 mesi di terapia sono stati possibili.
Risultati: sia nell'anoressia nervosa (AN) che nella bulimia nervosa (BN), l'analisi dei dati ha mostrato che non esiste una differenza significativa tra soggetti con complicanze perinatali e soggetti senza complicanze per quanto riguarda la percentuale di soggetti con remissione completa dei sintomi (circa 50% dei casi di AN e circa 55% dei casi di bulimia). Al contrario, se si usa un criterio di miglioramento significativo dei sintomi, la percentuale tende ad essere significativamente maggiore nei gruppi senza complicanze ostetriche. Nell'AN infatti si osserva un miglioramento significativo nel 64% dei casi con storia di complicanze ostetriche e nell'87% dei soggetti con complicanze. Nella bulimia, le percentuali sono rispettivamente 63 e 86%.
Conclusioni: lo studio delle caratteristiche e della risposta al trattamento di pazienti con complicanze ostetriche può rappresentare un passo importante nella comprensione della patogenesi dei disturbi del comportamento alimentare e nella individualizzazione degli interventi terapeutici.

Bibliografia

[1] Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P. *Perinatal factors and the risk of developing anorexia and bulimia nervosa.* Arch Gen Psychiatry 2006;63:82-8.

CBT e IPT nei Disturbi della Condotta Alimentare. Trattamenti alternativi, combinati o sequenziali

C.E. Ramacciotti, A. Burgalassi, E. Bondi

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Negli ultimi decenni le conoscenze sui Disturbi della Condotta Alimentare (DCA) e sulla loro natura multifattoriale sono indiscutibilmente aumentate. Parallelamente si è ampliato il ventaglio terapeutico proposto ed utilizzato. L'intervento psicoterapeutico rimane, forse anche per la mancanza di farmaci realmente efficaci nella risoluzione di questi disturbi, il cardine fondamentale del trattamento.
Negli anni '50-'60 l'Anoressia Nervosa, prima dell'impennata della sua incidenza, era trattata quasi esclusivamente con terapie ad impronta analitica. Negli anni successivi i trattamenti provati ed impiegati si sono moltiplicati con l'ampliarsi delle conoscenze, l'individuazione nosografica più precisa degli altri disturbi della sfera alimentare e l'aumento esponenziale dell'incidenza di questa classe di disturbi.
Le psicoterapie che hanno dimostrato una buona efficacia in questi anni e che si sono ritagliate un ampio consenso sono la psicoterapia cognitivo-comportamentale e la psicoterapia interpersonale. L'intervento psicoterapeutico cognitivo-comportamentale include molte componenti. Il terapeuta lavora con il paziente per raggiungere una concettualizzazione condivisa dei problemi, sollecita e discute le assunzioni disfunzionali e lo aiuta a trovare interpretazioni meno minacciose delle esperienze personali. Il terapeuta si impegna anche a capire il possibile significato del disturbo nella vita del paziente.
La psicoterapia interpersonale (IPT), nata per i bisogni dei pazienti depressi, è una terapia di durata limitata che pone in primo piano le relazioni interpersonali attuali del paziente pur riconoscendo il ruolo di molti altri fattori. L'IPT si ispira alla scuola interpersonale di psicoanalisi fondata da Meyer e sviluppata da Sullivan e fa riferimento alla teoria sull'attaccamento di Bowlby riconoscendo il profondo impatto delle esperienze precoci di vita e dei processi mentali inconsci sui successivi modelli relazionali. Il terapeuta interpersonale orienta l'intervento sulle relazioni interpersonali e sul ruolo sociale attuale.
Nei DCA, fino ad anni recenti, i due trattamenti sono stati adottati separatamente e talora in ordine sequenziale. Più di recente si è sentita la necessità di provare alternative diverse come la combinazione delle due psicoterapie.
Nella relazione verrà presentato e discusso l'uso di queste due psicoterapie nei DCA.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA MONTEMARIO

S28 - Applicazioni innovative della psicosomatica in medicina e psichiatria

MODERATORI
G.A. Fava, M. Rigatelli

Obsolescenza della medicina specialistica convenzionale e nuovi modelli integrativi

G.A. Fava, M. Bernardi, J. Guidi, Y. Milaneschi, C. Rafanelli

Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

La medicina clinica specialistica è ancora essenzialmente strutturata in base alle suddivisioni anatomiche (cardiologia, gastroenterologia, ecc.). Questa categorizzazione non tiene conto delle sovrapposizioni sintomatologiche riguardanti vari apparati, della necessità di un'integrazione psicosomatica dei disturbi e dei bisogni clinici dei pazienti. Inoltre tutte le forme di medicina specialistica tendono a divenire sempre più chiuse, a difesa dei loro interessi corporativi. Il fallimento della medicina convenzionale rispetto ai disturbi più comuni (quelli funzionali) è indicativo dell'inadeguatezza di questa suddivisione. La psichiatria, in particolare, a causa del suo approccio riduttivisticamente psicofarmacologico è sempre meno in grado di fornire un trattamento che la differenzi da quello offerto dalla medicina generale per quanto riguarda i disturbi ansiosi e depressivi.
La medicina psicosomatica può offrire nuovi modelli integrativi di medicina specialistica (ad es. la psiconeuroendocrinologia, la psico-oncologia, la psiconeurogastroenterologia), in grado di rispondere più adeguatamente ai bisogni della medicina clinica.

Bibliografia

Fava GA. *A different medicine is possibile*. Psychother Psychosom 2006;75:1-3

Fava G.A. *The intellectual crisis of psychiatric research*. Psychother Psychosom 2006;75:202-8.

Psichiatria di consultazione e medicina psicosomatica: analogie e specificità

M. Rigatelli, S. Ferrari

Università di Modena e Reggio Emilia

La storia della medicina psicosomatica (MP) nel corso dell'ultimo secolo ha visto fasi alterne: dalla sua grande diffusione negli Stati Uniti degli anni '30-'50, a partire da una forte impronta psicoanalitica, al suo consolidamento in termini scientifici e maggiormente connotati biologicamente degli anni '70-'80, fino alla grave crisi che portò alla sua eliminazione *tout-court* dalla III edizione del DSM a metà anni '80, alla diffusione nell'opinione pubblica dell'espressione ed, in qualche misura, al suo conseguente svilimento, specie nell'ambito della comunità scientifica, fino ad una vera e propria rinascita, sostanzialmente inattesa, a partire dal 2003, anno in cui l'*American Board of Medical Specialties* ha approvato la 7° *subspeciality* psichiatrica negli USA, la psichiatria di consultazione e collegamento, con il nome ufficiale di "Psychosomatic Medicine". A questo evento storico, che ha lasciato perplessi molti psichiatri in tutto il mondo con riguardo alla scelta del nome, ha fatto seguito una catena apparentemente inarrestabile di eventi che hanno ridato vita al concetto ed alla cultura che il termine "psicosomatica" sintetizza.
Tuttavia, psichiatria di consultazione e collegamento non è sinonimo di medicina psicosomatica, per quanto evidenti e fondamentali siano le sovrapposizioni tra le due dal punto di vista della clinica, della formazione e della ricerca. Tale affermazione sarà circostanziata e documentata dagli autori, allo scopo di tentare di anticipare le possibili applicazioni innovative di entrambe le aree scientifiche, tra specificità ed elementi in comune.

Il servizio di psiconeuroendocrinologia

N. Sonino[*,**], P. Peruzzi[*]

[*] Servizio Psichiatrico I, Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale, Padova; [**] Dipartimento di Scienze Statistiche, Università di Padova

Nella recente letteratura scientifica si è andata delineando con sempre maggior chiarezza la rilevanza delle implicazioni psicosociali nelle malattie endocrine da una parte e delle alterazioni endocrino-metaboliche nella patologia psichiatrica, soprattutto dopo l'introduzione degli antipsicotici atipici, dall'altra. In ambito specialistico però l'attenzione alla multidisciplinarietà dei problemi che i pazienti presentano è ancora del tutto insufficiente e purtroppo per situazioni croniche manca una risposta organizzata e strutturata qual è l'intervento di consulenza durante l'ospedalizzazione. Dopo anni di stretta collaborazione dell'endocrinologo con i colleghi psichiatri, e quindi sulla base di una preparazione specifica, abbiamo quindi ideato un ambulatorio caratterizzato dall'interdisciplinarietà della risposta ai bisogni del paziente. Ci sembrava che questo ambulatorio, denominato di "Psiconeuroendocrinologia", potesse rappresentare un esperimento interessante, data la carenza di simili strutture anche a livello internazionale.
Presentiamo qui i dati relativi ai primi 100 pazienti che hanno usufruito di questo servizio. L'invio, in questa prima fase, è stato in prevalenza da parte del Centro di Salute Mentale (n = 41), poi da specialisti di diverse specialità compresa psichiatria (n = 37) e infine da medici di medicina generale (n = 22). Età media: 44 ± 13,8 anni (range 18-84); sesso: 74 F/26 M; stato civile: 51 non sposati, 49 sposati; classe sociale: 65 inferiore, 35 medio-superiore. Diagnosi medi-

che più frequenti: sovrappeso/obesità (n = 22), ipertensione arteriosa (n = 20), ipotiroidismo (n = 11), nessuna in 13 casi. Diagnosi psichiatriche più frequenti: depressione maggiore (n = 15), disturbo bipolare (n = 12), schizofrenia (n = 9), nessuna in 29 casi. Sintomi subclinici secondo i DCPR (*Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research*): somatizzazione persistente (n = 18), demoralizzazione (n = 14), irritabilità (n = 7), nessuno in 65 casi. I provvedimenti più frequentemente impiegati sono stati: modificazioni dello stile di vita (n = 45), terapia esplicativa (n = 30), uso di clonazepam (n = 23), richiesta di ulteriori accertamenti (n = 23), modificazioni della terapia farmacologia (n = 16).
L'interesse per questo servizio si è dimostrato alto sia da parte dei medici, che lo trovano rispondente a necessità attuali, sia da parte dei pazienti, che ne apprezzano l'impostazione di tipo psicosomatico. Il metodo proposto, che comunque necessita di ulteriori conferme, sembra rispondere adeguatamente alle recenti indicazioni clinico-applicative della medicina psicosomatica.

Bibliografia

Fava GA, Sonino N. *The clinical domains of psychosomatic medicine*. J Clin Psychiat 2005;66:849-58.
Nardi AE, Perna G. *Clonazepam in the treatment of psychiatric disorders: an update*. Int Clin Psychopharmacol 2006;21:131-42.
Sonino N, Navarrini C, Ruini C, Ottolini F, Paoletta A, Fallo F, et al. *Persistent psychological distress in patients treated for endocrine disease*. Psychother Psychosom 2004;73:78-83.

Il Servizio di Psiconcologia

L. Grassi, S. Sabato, E. Rossi, B. Biancosino, L. Marmai

Clinica Psichiatrica, Università di Ferrara e U.O. di Clinica Psichiatrica, A.O.U. S. Anna e A.U.S.L. Ferrara, Dipartimento di Salute Mentale, Ferrara

Nell'ambito delle discipline della salute mentale rivolte alla medicina, la psico-oncologia ha assunto valenza e caratteristiche precipue nel corso degli ultimi trenta anni. L'aumento della morbilità e mortalità per cancro e, per contro, l'aumento della durata della malattia (cronicizzazione, *long-survivors*) ha portato da un lato a rendere sempre più necessario lo sviluppo della psico-oncologia come punto di riferimento per attivare servizi specificamente rivolti alle persone affette da cancro e alle loro famiglie.
Tali servizi declinano, nelle loro funzioni e attività, quanto la psico-oncologia ha come *mission*, specificamente:

1. Prevenzione e promozione della salute
– Interventi educazionali sulla popolazione per la diffusione di informazioni sui fattori psicologici che sostengono comportamenti a rischio (ad es. abitudine al fumo, alimentazione).
– Implicazioni psicologiche dei programmi di screening sul cancro e diagnosi precoce.
– *Counselling* psicologico genetico.
– Prevenzione delle complicanze psicologiche del lutto.
2. Attività clinica
– Valutazione psico-diagnostica del sistema paziente-famiglia.
– Interventi psicoterapici (individuali, di gruppo, di famiglia), psicoeducazionali-riabilitativi e psicofarmacologici per pazienti e famiglia.
– Interventi sul lutto.
– Interventi di supporto per il personale (*burnout*).
3. Funzioni formative
– Formazione generale (ad es., tecniche della comunicazione, applicazione del modello biopsicosociale in oncologia) per il personale (inclusa selezione e formazione dei volontari).
– Formazione specifico (ad es., *training* specialistico in psiconcologia).

Una recente *survey* della Società Italiana di Psico-Oncologia (SIPO – www. siponazionale.it) ha indicato come esistano all'interno del SSN in Italia circa cento servizi di psico-oncologia. Nella presentazione verrà illustrato il modello attivo a Ferrara dal 1993.
Documenti specifici relativi a obiettivi, procedure ed istruzioni operative, linee-guida, evidence-based intervention and research nell'ambito della psico-oncologia si stanno rapidamente diffondendo e la collaborazione multidisciplinare con aree in cui la psico-oncologia svolge un ruolo (oncologia, chirurgia oncologica, ematologia, cure palliative e così via) sono oggi punti fermi su cui muoversi per modifiche a livello istituzionale per la creazione della professione dello psico-oncologo, creazione sulla quale la *International Psycho-Oncology Society* (IPOS – www. ipos-society.org) come federazione delle società nazionale sta muovendosi celermente.

Bibliografia

Grassi L, Biondi M, Costantini A. *Manuale pratico di Psico-oncologia*. Roma: Il Pensiero Scientifico, Roma 2003.
International Psycho-Oncology Society (IPOS). *Multilingual online core-curriculum in psychosocial aspects of cancer care*. http://www. ipos-society. org/professionals/meetings-ed/core-curriculum/core-curriculum-pres.htm.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA LEONARDO

S29 - La complessità in psicopatologia

MODERATORI
G. Rezzonico, L. Bellodi

Le funzioni vitali nel disturbo di panico: le emozioni primitive

D. Caldirola, P. Romano, R. Bussi, L. Bellodi, G. Perna

Centro Disturbi d'Ansia, Università Vita-Salute, Ospedale S. Raffaele, Milano

Le emozioni sono processi complessi modulati da dispositivi cerebrali sviluppatisi nel corso della filogenesi con lo scopo evolutivo di garantire la sopravvivenza e il benessere dell'individuo, sia di fronte a stimoli contingenti che nella pianificazione di strategie a lungo termine. Ogni stato emotivo è caratterizzato da modificazioni corporee che coinvolgono il sistema autonomo, viscerale e muscolo-scheletrico; i cambiamenti dello stato corporeo si manifestano ancora prima che l'individuo abbia coscienza dello stato emozionale che sta vivendo e sono considerati parte integrante dell'esperienza emotiva. Tristezza, gioia, paura, disgusto, sorpresa e rabbia sono le emozioni considerate primarie, mentre emozioni quali vergogna, colpa, gelosia, sono considerate secondarie o "sociali". Alcuni autori hanno proposto che esistano inoltre degli stati emotivi specifici, legati ai sistemi vegetativi di base, che hanno la funzione evolutiva di segnalare i rischi contingenti per la sopravvivenza connessi allo stato del milieu interno dell'organismo. Tali processi regolatori fisiologici hanno luogo al di fuori della nostra percezione cosciente ma occasionalmente potrebbero emergere nella consapevolezza cosciente come "emozioni primitive"; tali stati emotivi comprenderebbero ad esempio lo stato di fame d'aria e di sete/ fame estreme. Un'ipotesi interessante è che il fenomeno dell'attacco di panico, possa appartenere allo spettro delle emozioni primitive. Diversi studi sperimentali hanno mostrato infatti che i pazienti con disturbo di panico sono caratterizzati da un'anomala regolazione dei sistemi cardiovascolare (ridotta variabilità cardiaca, squilibrio tra orto/ parasimpatico), respiratorio (irregolarità respiratoria basale, ipersensibilità a stimoli respiratori) e dell'equilibrio (anomalie vestibolari e dell'integrazione dei canali sensoriali). Ciò suggerisce che il panico possa essere legato ad una complessa anomalia nell'integrazione dei circuiti deputati alla regolazione delle funzioni vitali di base; nelle situazioni in cui le richieste superano le diminuite risorse di adattabilità potrebbe scattare l'attacco di panico, come manifestazione di una momentanea instabilità nell'omeostasi interna dell'organismo, che invade la consapevolezza cosciente come stato emotivo "primitivo", espressione di un rischio per la sopravvivenza dell'individuo.

Bibliografia

Liotti M, Brannan S, Egan G, Shade R, Madden L, Abplanalp B, et al. *Brain responses associated with consciousness of breathlessness (air hunger).* Proc Natl Acad Sci USA 2001;98:2035-40.

Perna G, Caldirola D, Bellodi L. *Panic Disorder: from respiration to homeostatic brain.* Acta Neuropsychiatrica 2004;16:57-67.

Searching for neurocognitive and brain-based endophenotypes in Obsessive Compulsive spectrum disorders

S.R. Chamberlain[1], L. Menzies, N. Fineberg, E. Bullmore, T. Robbins, B.J. Sahakian

Department of Psychiatry, University of Cambridge

Introduction: obsessive compulsive disorder (OCD) and related spectrum disorders are highly heritable, yet studies have struggled to elucidate etiological contributions. Intermediate markers of brain dysfunction, termed 'endophenotypes', may help focus the search. OCD is linked to cognitive deficits that can be measured using objective laboratory-based tests. Compared to healthy controls, OCD patients showed impairment on tasks measuring response inhibition and cognitive flexibility. In contrast patients with trichotillomania (a related spectrum disorder) were intact on tests of cognitive flexibility, but were impaired on response inhibition [1 2]. Neuropsychological and neuroimaging parameters may constitute a useful link between genotype and phenotype in spectrum disorders. Examination of these functions in unaffected first-degree relatives is a vital first step.
Methods: objective neuropsychological assessment, structural neuroimaging, and diffusion tensor imaging were undertaken in unaffected first-degree relatives of OCD patients, patient probands, and healthy controls with no family history of OCD.
Results: unaffected relatives of OCD patients showed impaired cognitive flexibility and response inhibition. Analysis also suggested structural brain abnormalities in unaffected relatives and patients implicating cortico-subcortical circuitry.
Conclusions: these data support the utility of brain-based markers in the search for OCD endophenotypes that can exist in at risk individuals in the absence of clinically significant symptoms or medication confounds [3]. By examining the relationships between such abnormalities, genetics, and neurochemical dysregulation, it is hoped that the etiology and neurobiology of spectrum disorders will be better characterised.

Bibliografia

[1] Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA, Robbins TW, Sahakian BJ. *The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers.* Neurosci Biobehav Rev 2005;29:399-419.

[2] Chamberlain SR, Fineberg NA, Blackwell AD, Robbins TW, Sahakian BJ. *Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania.* Am J Psychiatry 2006;163:1282-4.
[3] Chamberlain SR, Fineberg NA, Menzies LA, Blackwell AD, Bullmore ET, Robbins TW, et al. *Impaired cognitive flexibility and motor inhibition in unaffected first-degree relatives of OCD patients: on the trail of endophenotypes.* Am J Psychiatry 2007;20:3.

L'eterogeneità nello spettro ossessivo compulsivo: dalla neuropsicologia alla psicopatologia

P. Cavedini, T. Bassi, G. Salomoni, L. Bellodi

Istituto Scientifico San Raffaele, Ospedale San Raffaele Turro; Università Vita-Salute San Raffaele, Facoltà di Psicologia, Milano

Introduzione: l'osservazione della realtà clinica dei pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) mostra aspetti di eterogeneità di questa patologia sia sul piano clinico, come differenza del decorso, della sintomatologia o del livello di consapevolezza di malattia, sia sul piano psicopatologico e comportamentale. Infatti, in risposta all'insorgenza di un pensiero ossessivo possono venire utilizzate differenti strategie comportamentali finalizzate al contenimento dell'ansia esperita.
Studi precedenti hanno indagato la relazione tra le differenti strategie comportamentali ed alcune caratteristiche del disturbo o dell'individuo affetto, quali la modalità di presentazione dei sintomi, il livello di consapevolezza di malattia, la presenza di dubbio patologico o in riferimento alla presenza di comorbidità con altre patologie. Tuttavia, poco è noto in merito alla possibilità che tali differenti comportamenti siano sostenuti da diversi *pattern* cognitivi, espressione di substrati biologici diversi che intervengono e condizionano la differente presentazione sintomatologia del disturbo. Alcuni interessanti studi di *imaging* suggeriscono come differenti dimensioni sintomatologiche nei sintomi ossessivo-compulsivi siano mediate da componenti distinte del circuito cortico-striato-talamico-corticale, implicato nella patogenesi del disturbo così come nei processi emotivi e cognitivi che questi soggetti manifestano.
Metodologia: per verificare se funzioni esecutive differenti possono rappresentare un criterio di dissezione dell'eterogeneità psicopatologica nei pazienti affetti da DOC, la prestazione neuropsicologiche riguardanti le funzioni esecutive di questi soggetti sono state indagate e correlate ai loro profili sintomatologici.
Risultati: i risultati ottenuti mostrano l'esistenza di profili psicopatologici che correlano preferenzialmente con specifici contenuti sintomatologici come, ad esempio, contenuti di accumulo si correlano ad una cattiva prestazione a test decisionali.
Conclusioni: i risultati dello studio sostengono l'ipotesi che il DOC possa essere meglio concettualizzato come uno spettro di multiple, potenziali sindromi sovrapposte, piuttosto che un'unica entità nosologica.

Attaccamento e regolazione emotiva

A. Bertani, S. Cammino, S. Crippa, P. Romano, G. Perna, L. Bellodi

Università Vita-Salute, San Raffaele Turro, Milano

Diversi autori ipotizzano la presenza di un deficit di regolazione o modulazione delle emozioni alla base dei disturbi d'ansia [1].
Prendendo in esame tale funzione, le relazioni di attaccamento hanno un significato di tipo regolatorio dell'area emotiva, modulando sia l'espressione sia il riconoscimento delle emozioni [2].
In particolare un lavoro recente del nostro centro si è occupato della valutazione del ruolo di alcune variabili predisponesti lo sviluppo di in una condizione clinica definibile con la diagnosi di disturbo di panico, secondo i criteri DSM IV, in comparazione ad un gruppo di controlli sani.
A tale scopo abbiamo reclutato un campione di 100 soggetti affetti da disturbo di panico e 100 controlli sani.
Abbiamo raccolto tra le variabili gli stile di attaccamento, le caratteristiche di accudimento ricevuto, alcune caratteristiche caratteriali e il temperamento mediante la somministrazione di questionari auto-somministrati.
Quindi abbiamo verificato il ruolo di tali variabili rispetto all'esito evolutivo in una condizione di disturbo d'ansia attraverso l'utilizzo di un sistema computazionale non lineare

Bibliografia

[1] Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. *Disorders of affect regulation*. Cambridge: Cambridge University Press 1997.
[2] Schore AN. *Attachment and the regulation of the right brain.* Attachment and human development 2000;2:23-47.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA SAN PIETRO

S30 - Sonno e psichiatria

MODERATORI
L. Ferini-Strambi, G. Muscettola

La microstruttura del sonno: quale utilità nella valutazione delle malattie psichiatriche?

L. Parrino, M.G. Terzano

Centro di Medicina del Sonno, Clinica Neurologica, Università di Parma

I criteri convenzionali per l'analisi della polisonnografia notturna consentono di definire un cronogramma distinguendo il sonno dalla veglia, gli stadi del sonno non-REM dallo stadio REM. Questo cronogramma consente di ricostruire la durata e la distribuzione degli stadi e rappresenta la macrostruttura del sonno. Per quanto utile, la macrostruttura non è in grado di fornire informazioni dettagliate sui microrisvegli che quando compaiono in maniera periodica si organizzano sull'EEG come tracciato alternante ciclico (cyclic alternating pattern o CAP) riflettendo un sonno instabile. In soggetti normali, il CAP rate, i.e., rapporto percentuale tra tempo totale di CAP e tempo di sonno, varia in base all'età con valori più bassi nei giovani adulti e valori più elevati nella senescenza.
In uno studio polisonnografico condotto su 78 pazienti con depressione maggiore confrontati con un gruppo controllo di soggetti buoni dormitori non sono emerse significative differenze a livello dei parametri macrostrutturali. In particolare, l'efficienza del sonno in entrambi i gruppi era > 95%. Tuttavia, i pazienti con depressione hanno mostrato valori significativamente più elevati di CAP rate (60% *vs.* 35%).
Attraverso l'analisi della microstruttura è possibile inoltre monitorare l'effetto dei farmaci psicotropi e distinguere l'azione antidepressiva da quella ipnotica. Una indagine clinico-polisonnografica condotta su pazienti adulti distimici con insonnia cronica ha mostrato che la somministrazione di Trazodone a dosi terapeutiche ha ridotto i valori patologici che il CAP rate presentava prima della cura (65%) e ha migliorato la qualità soggettiva del sonno già dopo 4 giorni di trattamento. Un miglioramento significativo dei sintomi legati al disturbo del tono dell'umore si è verificato solo dopo 3 settimane di terapia farmacologia.
Infine, la microstruttura del sonno può consentire di monitorare l'efficacia dei farmaci ipnotici nel breve e nel lungo termine. Il controllo della terapia è particolarmente rilevante quando viene assunta in maniera cronica. L'uso prolungato di benzodiazepine a scopo ipnotico può infatti indurre una riduzione patologica dei valori di CAP rate con deterioramento della struttura e della qualità del sonno. Il tapering farmacologico ripristina livelli di CAP rate progressivamente più fisiologici con miglioramento della continuità e della profondità del sonno.

Terapie farmacologiche psichiatriche: possono realmente causare un disturbo del sonno?

L. Ferini-Strambi

Università Vita-Salute San Raffaele

Un disturbo del sonno è spesso un aspetto peculiare delle varie patologie psichiatriche, e pertanto nella valutazione di un trattamento farmacologico per uno specifico disturbo psichico va sempre incluso anche il suo possibile impatto sul sonno.
Nella terapia dell'insonnia con ipnotici, occorre ricordare il problema dell'insonnia "rebound" (comparsa dell'insonnia in modo acuto alla sospensione del farmaco con un' intensità maggiore del disturbo iniziale). Essa rappresenta una delle componenti che favoriscono l'assunzione cronica di un ipnotico: è sicuramente più evidente per gli ipnotici a emivita breve perché si verifica immediatamente alla sospensione brusca del farmaco, ma si verifica anche per i composti a lunga emivita, anche se in questo caso si osserva generalmente dopo 2-3 giorni dalla sospensione [1].
Un altro problema da tenere in considerazione con i farmaci ipnotici è il possibile peggioramento di una sindrome delle apnee morfeiche ostruttive, non in termini di aumento del numero delle apnee, bensì di maggiore durata dell'episodio apnoico stesso: infatti, è possibile osservare una ritardata risposta di arousal all'ipossiemia indotta dal blocco respiratorio.
Nel caso di un disturbo depressivo, è importante ricordare che alcuni antidepressivi possono peggiorare l'insonnia [2]; questo è più frequente con fluoxetina (5-22% dei casi), sertralina (7-16%), venlafaxina (8-32%). L'effetto negativo degli antidepressivi sul sonno può essere in parte spiegato dalla possibile esacerbazione di una sindrome delle gambe senza riposo (SGSR), o di un peggioramento del mioclono notturno, fenomeno che causa una frammentazione del sonno [3].
Nel caso della SGSR non ci sono studi controllati che hanno dimostrato l'effetto negativo dei farmaci antidepressivi ma solo "case reports", relativi anche ad un composto come la mirtazapina che peraltro ha in genere un effetto favorevole sul sonno, aumentando il tempo totale di sonno e riducendo la latenza di addormentamento.
I farmaci antidepressivi possono anche scatenare una parasonnia, quale il disturbo comportamentale in sonno REM [4]: l'utilizzo di alte dosi di farmaco, come pure la loro brusca sospensione, può far emergere questo disturbo, caratterizzato sul piano clinico da manifestazioni di agitazione motoria, con vocalizzazione e movimenti estremamente polimorfi, e sul piano neurofisiologico dall'assenza della classica atonia muscolare durante il sonno REM.
Poiché l'aumento ponderale è un effetto collaterale spesso riscontrabile nelle farmacoterapie psichiatriche, bisogna ricordare la significativa correlazione tra indice di massa corporea

e sindrome delle apnee morfeiche ostruttive: in un paziente che presenta già russamento abituale, andrebbero preferiti i farmaci che hanno un ridotto rischio di aumento ponderale.

Bibliografia

[1] Walsh JK, et al. *Pharmacologic treatment of primary insomnia*. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphia: Elsevier Saunders 2005, pp. 749-60.

[2] Schweitzer PK. *Drugs that disturb sleep and wakefulness*. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphia: Elsevier Saunders 2005, pp. 499-518.

[3] Yang C, et al. *Antidepressants and periodic leg movements of sleep*. Biol Psychiatry 2005;17:31-40.

[4] Ferini-Strambi L, et al. *REM sleep behaviour disorder*. Neurol Sci 2005;26(Suppl. 3):s186-92.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45

SALA VERDE

S31 - La terapia farmacologica dimensionale dei disturbi sessuali

MODERATORI

G. Cociglio, G. Ba

Le dimensioni della sessualità: Desiderio, Eccitazione, Orgasmo, Piacere, Identità, Affetti, Relazione di Coppia, Creazione, Amore

G. Cociglio

Scuola Superiore Sessuologia Clinica, Torino

Il concetto di "sessualità" è difficilmente definibile, oscillando tra la visione riduttiva che identifica la sessualità con l'uso degli organi genitali (andrologia e ginecologia) e quella estensiva che la riscontra in ogni manifestazione vitale (psicoanalisi). Ogni ramo del sapere (Biologia, Etologia, Antropologia, Sociologia, Psicologia, Filosofia, Religione, ecc.) propone una propria concezione della sessualità, senza che si riesca ad integrarle in un unico sovraconcetto ben delimitato. Tuttavia, a livello sanitario abbiamo bisogno di definizioni pragmatiche, magari riduttive, ma indispensabili per costruire la sessuologia clinica, ovvero la scienza dell'aiuto nella sofferenza sessuale, delineandone e definendone il campo operativo.

La Scuola Superiore di Sessuologia Clinica di Torino, diretta emanazione di quella di Ginevra, nel corso di vent'anni di attività ha progressivamente individuato quegli *elementi clinicamente significativi* che concorrono a costituire la sessualità e che si sono evidenziati, partecipando alla formazione strutturale dei disturbi sessuali, nel corso dell'evoluzione e dello sviluppo della sessuologia clinica. Si tratta di entità che nei confronti della sessualità possiedono le seguenti caratteristiche: a) *necessità*, nel senso che senza quel determinato elemento non vi è sessualità nell'essenza o nella completezza; b) *specificità clinica*, nel senso che ogni elemento è soggetto a patologie specifiche relativamente indipendenti da quelle degli altri. Gli elementi dotati di queste caratteristiche *non sono solo partecipi bensì costitutivi* della sessualità.

La nostra ricerca ne ha individuati nove: il *Desiderio*, l'*Eccitazione*, l'*Orgasmo*, il *Piacere*, l'*Identità*, gli *Affetti*, la *Relazione*, la *Creazione* e l'*Amore*, che verranno esposti secondo la loro evoluzione storica.

Tali elementi costitutivi della sessualità sono in parte correlati alle categorie nosografiche del DSM IV TR, ma le loro singole alterazioni si svolgono in un continuum relativamente autonomo, esteso fra norma e patologia, assimilabili ad una *dimensione psicopatologica*, intesa come "cluster" di segni, sintomi, tratti altamente correlati tra loro e sottesi da un meccanismo fisiopatologico relativamente specifico, comunque più specifico di quanto non avvenga nel caso delle categorie nosografiche tradizionali e pertanto più idoneo a costituire il bersaglio mirato di molecole con specifico profilo di azione farmacodinamica" (Pancheri, 2003). Se consideriamo come esempio il disturbo da avversione sessuale, categoria nosografia che nel DSM IV TR compare tra i disturbi del desiderio, l'analisi dimensionale evidenzia come dimensione fondamentale l'alterazione degli Affetti, mentre quella del desiderio è del tutto trascurabile; il farmaco mirato sulla dimensione (molecola antifobica) è efficace mentre un farmaco attivo sul desiderio sessuale può essere anche controproducente.

Le nove dimensioni psicopatologiche della sessualità sono presenti in diversa misura in tutti i disturbi sessuali come entità trasversali transnosografiche. L'analisi dello spettro dimensionale nell'ambito di un disturbo sessuale (la scomposizione di una categoria in dimensioni) permette alla terapia di essere più specifica ed efficace. Prendiamo come esempio l'eiaculazione precoce. L'analisi dimensionale oltre all'alterazione dell'orgasmo rileva altre dimensioni: il desiderio e l'eccitazione sono comunemente alterati o in eccesso o in difetto configurando i due classici sottotipi dell'eiaculazione precoce ipereccitatoria ed eiaculazione precoce ipoeccitatoria; il piacere è diminuito; in alcuni casi il soggetto ha difficoltà ad esprimere nell'atto la propria passività, denotando, una mancata integrazione dei propri "oggetti" femminili nel processo di formazione identitaria; sul piano affettivo, in certi tipi di eiaculazione precoce sussiste

incapacità di tenerezza profonda; in altre forme è presente un disturbo della relazione interpersonale con tendenza a "oggettivare" il partner; a parità delle altre condizioni relazionali, lo "scambio oggettuale" durante l'atto è meno profondo e quindi meno creativo; l'Amore infine può essere astenico a causa dei blocchi narcisistici propri di certe forme del disturbo.

Bibliografia

Cociglio C. *Il Manuale del consulente sessuale*. Milano: F. Angeli 2002.

Antidepressivi ed effetti collaterali sessuali: problemi diagnostici e gestionali

R. Torta, J. Munari

S.C.D.U. Psicologia Clinica e Oncologica, A.S.O. S. Giovanni Battista e Università di Torino

La valutazione di un effetto collaterale di tipo sessuale nel corso del trattamento di una patologia psichiatrica, in particolare dei disturbi dell'umore, è complicato dal fatto che la stessa malattia di base per cui lo psicofarmaco viene prescritto è abitualmente gravata da disturbi sessuali.
Inoltre molti studi compiono una rilevazione del disturbo sessuale solamente dopo l'avvio del trattamento psicofarmacologico, creando un pesante bias valutativo fra la patogenesi psicosomatica e l'effetto negativo iatrogeno (Torta et al.,1999). Va inoltre ricordato come il riferimento spontaneo di effetti collaterali sessuali indesiderati sia significativamente inferiore rispetto a quelli ricercati con interviste e/o questionari mirati (De Leo et al., 1983; Gruwez et al., 2004).
Nello stesso contesto l'effetto antidepressivo migliora, oltre agli altri sintomi somatici, anche la sessualità, determinando la necessità di valutare attentamente quanto pesi, sul versante clinico, il vantaggio sessuale derivante dal miglioramento del tono dell'umore, rispetto al possibile peggioramento dovuto agli effetti collaterali del farmaco (Torta et al., 1999). In altri termini, nel valutare la risposta sessuale dopo un trattamento farmacologico, non deve essere solo considerato l'effetto farmacodinamico, neurotrasmettitoriale o recettoriale di una molecola, ma l'insieme degli altri effetti biologici (ad es. sui circuiti ormonali, l'azione autonomica, la risposta vasomotoria, l'effetto neurogenico), nonché tutte le componenti che attengono all'effetto non farmacologico di un farmaco (azioni sull'ansia ed umore, aspettativa, effetto placebo, ecc.).
Entrando nello specifico della problematica della comparsa di effetti sessuali secondari collegati al trattamento antidepressivo, dati anche recenti di letteratura su larghe popolazioni, riportano percentuali comprese fra il 26 ed il 70% (Montejo et al., 2001; Nurberg, 2001; Osvath et al., 2003; Williams et al., 2006).
Le varie classi di antidepressivi determinano modificazioni della sessualità molto differenziate, che sono state prevalentemente correlate alle azioni farmacodinamiche, dirette ed indirette, di tipo recettoriale e neurotrasmettitoriali (Montejo et al., 2001).
Gli antidepressivi triciclici (TCA) determinano pesanti effetti collaterali sessuali (riduzione della libido, ritardo orgasmico, eiaculazione retrograda) particolarmente evidenti per amitriptilina e clomipramina. L'effetto migliorativo sulla eiaculazione precoce, per i TCA anche correlato ad alcune immediate azioni di blocco recettoriale, ne ha ribadito, anche recentemente e soprattutto per la clomipramina, la proposta di un utilizzo "on demand" (Rowland et al., 2004; Waldinger et al., 2004).
La classe più studiata per quanto riguarda gli effetti collaterali a lungo termine sono gli Inibitori Selettivi del Reuptake della Serotonina (SSRI), in quanto la 5HT esercita un effetto inibitorio sulla sessualità umana: il problema sessuale può rappresentare, specie in alcune fasce di età, uno dei maggiori limiti alla compliance verso il trattamento e risulterebbe differenziata, almeno quantitativamente, all'interno dei vari composti della classe (Montejo-Gonzales, 1997; Waldinger, 1997). Recenti studi dimostrerebbero maggiore sicurezza d'impiego sessuale dell'escitalopram (Ashton, 2004; Ashton et al., 2005). La reboxetina (NARI), in quanto agente selettivamente sul tono noradrenergico, che risulta positivo nel contesto della modulazione sessuale, ha un buon razionale di sicurezza (Hajos et al., 2004), ma non studi controllati.
I farmaci ad azione duale (SNRI), agenti su 5HT e NE, dimostrerebbero minori effetti collaterali sessuali in quanto l'aumento del tono noradrenergico potrebbe, almeno in parte, contenere l'effetto avverso serotoninergico: molte sono le asserzioni su tale razionale (Stahl et al., 2005), ma pochi gli studi controllati verso SSRI e placebo (Delgado et al., 2005).
Fra i NaSSA, alcuni studi supportano scarsi effetti collaterali sessuali da mirtazapina, sia correlati all'azione noradrenergica che alla selettività di azione sui circuiti 5HT1 mediati (Osvath et al., 2005; Saiz-Ruiz et al., 2005).
Anche il duale bupropione (agente però su DA e NE) risulta avere minori effetti collaterali sessuali con maggiori dati controllati di letteratura (Clayton et al., 2004; De Battista et al., 2005; Thase et al., 2005; Clayton et al., 2006; Kennedy et al., 2006;) rispetto agli altri antidepressivi.
In corso di terapia antidepressiva quindi il manifestarsi di effetti collaterali avversi di tipo sessuale impone talora, specie di fronte al rischio di ridotta compliance, di attuare delle strategie di gestione che non pongano a rischio il paziente rispetto ad una ricaduta o recidiva depressiva.
Il management di questo aspetto può essere articolato (Nurberg, 2001; Taylor et al. 2005) ma, nella pratica clinica, le due più frequenti strategie sono quelle di switch o di add-on.
Il cambiamento verso un altro antidepressivo segue i criteri di minor presenza di effetti sessuali precedentemente esposti, in particolare con l'utilizzo di farmaci quali bupropione, mirtazapina o duali.
L'*add-on* comporta l'associazione, alla terapia in atto, di farmaci che possano correggere l'assetto trasmettitoriale in senso dopaminergico e/o noradrenergico (quali pramipexolo, bupropione, reboxetina) oppure che siano in grado di intervenire direttamente su altri circuiti, ad esempio di tipo erettile, in particolare gli inibitori delle 5-fosfodiesterasi quali sildenafil (Nurberg, 2001; Rudkin et al., 2004; Fava et al., 2006), tadalafil (Ashton e Weinstein, 2006) o vardenafil (Ashton, 2004; Berigan, 2004).
In ogni caso l'ulteriore strategia farmacologia di gestione di un paziente con effetti collaterali di tipo sessuale non può, e non deve, prescindere da una valutazione approfondita del vissuto individuale e relazionale di ogni individuo, sia ver-

so il disturbo depressivo di base (e la risposta clinica alla terapia), sia verso l'atteggiamento globale di compliance farmacologica (che sovente attribuisce al farmaco problematiche pre-esistenti allo stesso), sia ancora al significato ed al peso che tale effetto collaterale riveste per il singolo individuo.

Bibliografia

Ashton AK. *Reversal of fluoxetine-induced sexual dysfunction by switching to escitalopram*. J Sex Marital Ther 2004;30:1-2.

Ashton AK. *Vardenafil reversal of female anorgasmia.* Am J Psychiatry 2004;161:2133.

Ashton AK, Weinstein W. *Tadalafil reversal of sexual dysfunction caused by serotonin enhancing medications in women.* J Sex Marital Ther 2006;32:1-3.

Ashton AK, Mahmood A, Iqbal F. *Improvements in SSRI/SNRI-induced sexual dysfunction by switching to escitalopram*. J Sex Marital Ther 2005;31:257-62.

Berigan T. *Antidepressant-induced sexual dysfunction treated with vardenafil*. Can J Psychiatry 2004;49:643.

Clayton AH, Warnock JK, Kornstein SG, Pinkerton R, Sheldon-Keller A, McGarvey EL. *A placebo-controlled trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction*. J Clin Psychiatry 2004;65:62-7.

Clayton AH, Croft HA, Horrigan JP, Wightman DS, Krishen A, Richard NE, et al. *Bupropion extended release compared with escitalopram: effects on sexual functioning and antidepressant efficacy in 2 randomized, double-blind, placebo-controlled studies*. J Clin Psychiatry 2006;67:736-46.

DeBattista C, Solvason B, Poirier J, Kendrick E, Loraas E. *A placebo-controlled, randomized, double-blind study of adjunctive bupropion sustained release in the treatment of SSRI-induced sexual dysfunction.* J Clin Psychiatry 2005;66:844-8.

De Leo D, Magni G. *Sexual side effects of antidepressant drugs.* Psychosomatics 1983;24:1076-82.

Delgado PL, Brannan SK, Mallinckrodt CH, Tran PV, McNamara RK, Wang F, et al. *Sexual functioning assessed in 4 double-blind placebo- and paroxetine-controlled trials of duloxetine for major depressive disorder.* J Clin Psychiatry 2005;66:686-92.

Fava M, Nurnberg HG, Seidman SN, Holloway W, Nicholas S, Tseng L, et al. *Efficacy and safety of sildenafil in men with serotonergic Antidepressant associated erectile dysfunction: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial*. J Clin Psychiatry 2006;7:240-6.

Gruwez B, Gury C, Poirier MF, Bouvet O, Gerard A, Bourdel MC, et al. *Comparison of two assessment tools of antidepressant side-effects: UKU scale* vs. *spontaneous notification*. Encephale 2004;30:425-32.

Hajós M, Fleishaker JC, Filipiak-Reisner JK, Brown MT, Wong EH. *The selective norepinephrine reuptake inhibitor antidepressant reboxetine: pharmacological and clinical profile*. CNS Drug Rev 2004;10:23-44.

Kennedy SH, Fulton KA, Bagby RM, Greene AL, Cohen NL, Rafi-Tari S. *Sexual function during bupropion or paroxetine treatment of major depressive disorder*. Can J Psychiatry 2006;51:234-42.

Montejo-González AL, Llorca G, Izquierdo JA, Ledesma A, Bousoño M, Calcedo A, et al. *SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients.* J Sex Marital Ther 1997;23:176-94.

Nurnberg HG. *Managing treatment-emergent sexual dysfunction associated with serotonergic antidepressants: before and after sildenafil*. J Psychiatr Pract 2001;7:92-108.

Osvath P, Fekete S, Voros V, Vitrai J. *Sexual dysfunction among patients treated with antidepressants—a Hungarian retrospective study*. Eur Psychiatry 2003;18:412-4.

Osvath P, Fekete S, Voros V, Almasi J. *Changes in sexual function in mirtazapine treatment. Primary data of a national, multicenter, prospective observational study in depressed patients*. Neuropsychopharmacol Hung 2005;7:177-86.

Rowland DL, Tai WL, Brummett K, Slob AK. *Predicting responsiveness to the treatment of rapid ejaculation with 25 mg clomipramine as needed*. Int J Impot Res 2004;16:354-7.

Rudkin L, Taylor MJ, Hawton K. *Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication.* Cochrane Database Syst Rev. 2004;18;(4):CD003382.

Saiz-Ruiz J, Montes JM, Ibáñez A, Díaz M, Vicente F, Pelegrín C, et al. *Assessment of sexual functioning in depressed patients treated with mirtazapine: a naturalistic 6-month study*. Hum Psychopharmacol 2005;20:435-40.

Stahl SM, Grady MM, Moret C, Briley M. *SNRIs: their pharmacology, clinical efficacy, and tolerability in comparison with other classes of antidepressants.* CNS Spectr 2005;10:732-47.

Taylor MJ, Rudkin L, Hawton K. *Strategies for managing antidepressant-induced sexual dysfunction: systematic review of randomised controlled trials*. J Affect Disord 2005;88:241-54.

Thase ME, Haight BR, Richard N, Rockett CB, Mitton M, Modell JG, et al. *Remission rates following antidepressants therapy with bupropion or selective serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of original data from 7 randomized controlled trials*. J Clin Psychiatry 2005;66:974-81

Torta R, Keller R. *Elementi di psicofarmacologia in sessuologia*. In: Cociglio G, Fontana D, Massobrio M, Rovera G, eds. *La Coppia: nuove realtà, nuovi valori, nuovi problemi*. Milano: Angeli 1996, pp. 1155-63.

Waldinger MD, Hengeveld MW, Zwinderman AH. *Ejaculation-retarding properties of paroxetine in patients with primari premature ejaculation: a double-blind, randomized, dose-response study*. Br J Urol 1997;79:592-5.

Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B. *On-demand treatment of premature ejaculation with clomipramine and paroxetine: a randomized, double-blind fixed-dose study with stopwatch assessment.* Eur Urol 2004;46:510-5.

Williams VS, Baldwin DS, Hogue SL, Fehnel SE, Hollis KA, Edin HM. *Estimating the prevalence and impact of antidepressant-induced sexual dysfunction in 2 European countries: a cross-sectional patient survey.* J Clin Psychiatry 2006;67:204-10.

L'effetto dei farmaci sulle singole dimensioni: farmaci endocrinologici e vascolari

C. Manieri

Università di Torino

Premessa: gli ormoni sessuali (testosterone ed estradiolo), come tali o previe trasformazioni o attivazioni, rappresentano "l'ambiente di base", la condizione necessaria perché si esplichi la sessualità nelle sue diverse componenti sia nel sesso maschile che in quello femminile. Nel *sesso maschile* il testosterone ed i suoi metaboliti agiscono sia a livello del SNC che a livello degli organi bersaglio periferici. È il testosterone che attiva alla pubertà i circuiti centrali ipotalamo-rinencefalo-corticali che permettono di riconoscere e di stabilizzare il desiderio sessuale il quale attraverso le vie midollari discendenti attiva il meccanismo dell'erezione del pene. Il meccanismo dell'erezione, attivato dalla eccitazione sessuale, determina la possibilità di agire un coito penetrativo ed è strettamente regolato dal testosterone a livello biochimico, vascolare e neurologico. Perché l'erezione si manifesti in modo completo ed efficace è necessario un adeguato apporto vascolare al pene e questo spiega la significa-

tiva incidenza di deficit erettile (DE) su base vascolare in tutte quelle affezioni in cui sia presente una disfunzione endoteliale.
Nel *sesso femminile* gli estrogeni e gli androgeni sono i primi determinanti dell'interesse sessuale, sono alla base della "compliance" all'attività sessuale e regolano la funzionalità dei tessuti genitali coinvolti nella copula. Meno noto, a tutt'oggi, è il ruolo vascolare nella funzionalità sessuale femminile.
Farmaci endocrinologici e vascolari: in endocrinologia i trattamenti ormonali sono classicamente sostitutivi di una carenza endogena. Nel *sesso maschile* in caso di ipogonadismi primari o secondari congeniti o acquisiti, dopo un'accurata diagnostica relativa all'eziologia, è indispensabile un trattamento ormonale sostitutivo (HRT) che riproduca nel modo più fisiologico possibile, l'ambiente ormonale adatto alla genesi/mantenimento del desiderio e della funzionalità genitale. Questa finalità richiede la somministrazione di testosterone in modo continuativo, mediante preparazioni dotate di una farmacocinetica che rispecchi nel modo più fedele possibile il ciclo nictemerale dell'ormone naturale; l'ormone somministrato deve essere anche aromatizzabile, cioè trasformabile in estrogeno che è il più importante ormone funzionante a livello del SNC anche nel maschio; parimenti deve essere substrato della 5?reduttasi per la trasformazione in diidrotestosterone nelle modalità più fisiologiche possibili. Non tutte le preparazioni farmaceutiche presenti in commercio posseggono tali caratteristiche: nell'esposizione verranno elencati limiti e pregi di quelle più usate oggi in Italia. Verrà, inoltre, illustrato il significato ed il managment della terapia dopamino-agonista nelle disfunzioni sessuali da iperprolattinemia. La correzione di una condizione di ipogonadismo deve, in ogni modo, sempre essere prioritaria rispetto a qualsiasi altro trattamento per una disfunzione sessuale maschile. Numerose patologie internistiche, soprattutto quelle cardio-vascolari e metaboliche, determinano una sintomatologia disfunzionale sessuale che si manifesta soprattutto con il DE. Anche in questi casi un' accurata valutazione eziologica permette di orientare l'intervento farmacologico verso la gestione ottimale della patologia sottostante (compenso tensivo negli ipertesi, metabolico nei diabetici,ecc.) Alla terapia eziologia spesso è opportuno associare un farmaco del gruppo degli inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE5I). Questi farmaci hanno la caratteristica di funzionare solo in presenza di un buon desiderio sessuale che induca un' iniziale eccitazione poiché essi agiscono sulla funzionalità biochimica della cellula endoteliale del corpo cavernoso in fase di rilasciamento. L'efficacia di queste molecole, in media attive in oltre il 75% dei casi, ha rivoluzionato alcuni aspetti della moderna sessuologia ma ha anche determinato nuovi scenari di difficoltà relazionali nella coppia e nuove "dipendenze" a livello psicologico.
Nel *sesso femminile* paiono essere gli androgeni a sostenere il "drive sessuale" e, quindi, la genesi del desiderio-eccitazione, mentre gli estrogeni, in particolare il 17 ßestradiolo, preparano i tessuti all'attività sessuale (trofismo vulvo-vaginale, vascolarizzazione del clitoride, ecc.) e potrebbero essere i mediatori delle fasi successive della sessualità femminile. Vi sono segnalazioni mediate dalla patologia che evidenziano come le condizioni di ipogonadismo non corretto determinino pesanti ricadute sul piano sessuologico. Ma a fronte di tali rilievi sono poche le indicazioni farmacologiche finalizzate a questo aspetto. È nota l'utilità della sostituzione androgenica nelle donne affette da ipogonadismo post ovariectomia anche se raramente viene effettuata, anche per la concreta difficoltà di avere un preparato farmaceutico maneggevole per questo scopo. Il trattamento sostitutivo estro-progestinico naturale è "good clinical practice" negli ipogonadismi delle donne giovani mentre si discute ancora nel mondo se somministrarlo o no alle donne dopo la menopausa naturale, ignorando totalmente che, oltre agli aspetti fisio-patologici quasi a tutti noti, vi è anche la componente sessuale che è pesantemente influenzata dalle carenze endocrine. Per ciò che concerne l'utilizzo dei farmaci proerettogeni su base vascolare nelle donne i pochi dati riferentesi a trials sperimentali non hanno dato risposte univoche ma certamente la dimostrazione immunoistochimica della presenza della fosfodiesterasi di tipo 5 nel tessuto clitorideo pone interessanti basi per una possibilità farmacologica in questo senso.

L'effetto dei farmaci sulle singole dimensioni: l'esperienza del sessuologo (al di là di una farmacodinamica)

G. Abraham
Università di Ginevra

Dal punto di vista farmacologico vengono presi in considerazione tre tipi di sostanze. Innanzitutto il Sildenafil, il Tadalafil e il Vardenafil. Poi i farmaci antidepressivi. Ed infine il testosterone.
Poiché tali sostanze sono qui esaminate rispetto ad una loro influenza diretta sulla sessualità, ricordiamoci che il Sildenafil ed i suoi derivati agiscono in pratica come vasodilatatori, che i vari antidepressivi, ma in particolare i serotoninergici agiscono come riduttori della sensibilità erotica e quanto al testosterone è sempre stato visto come un "promotore" della libido, anche nell'ambito delle fantasie erotiche.
Da notare subito che il Sildenafil ed i suoi derivati non hanno mostrato alcun effetto stimolante nella donna; che i serotoninergici non hanno mostrato agire sufficientemente contro l'eiaculazione precoce, mentre agisce sempre bene contro tale disturbo la Clomipramina, che è un triciclico; e che mentre si è sempre mostrato piuttosto inefficace il testosterone nell'uomo, si è assai sovente mostrato efficace nella donna. Tutto ciò apre il dibattito sull'azione di queste sostanze sia limitandoci alle loro particolarità farmacodinamiche, ma pure estendendoci ai risvolti di tipo soggettivo, vale a dire di natura psico-emotiva; giungendo anche a chiederci se non vi sia un livello d'azione sia stimolante che inibitorio sul puro piano delle sensazioni e della memoria corporea. Si configurerebbe così una vera e propria soggettività farmacosensibile in cui il farmaco stesso diventerebbe in senso psicodinamico un *oggetto interno* includendo comunque una selezione autopercettiva relativamente autonoma rispetto alla farmacodinamica clinica.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA NUREYEV

S32 - La gestione dello switch nel trattamento con antipsicotici

MODERATORI
M. Nardini, A. Bellomo

Lo switching da inefficacia

M. Amore

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Parma

Nel corso del trattamento con antipsicotici numerosi fattori possono indurre il clinico a effettuare uno *switch* terapeutico. Le indicazioni alla sostituzione di un neurolettico tradizionale con un antipsicotico atipico sono costituite da risposta parziale alla terapia in atto con persistenza di sintomi positivi o negativi, da *relapse* o recidive di malattia nonostante una buona adesione al trattamento, da effetti collaterali, in particolare EPS e discinesia tardiva. Lo *switch* fra antipsicotici atipici è per lo più determinato da effetti collaterali quali sedazione, incremento ponderale, modificazioni metaboliche, iperprolattinemia e disturbi della sfera sessuale; più raramente motivazioni cliniche inducono a sostituire un antipsicotico atipico con un neurolettico tradizionale

Tre sono le strategie di *switching*: brusca interruzione dell'antipsicotico seguita dalla immediata introduzione del nuovo antipsicotico; sospensione graduale dell'antipsicotico parallelamente al progressivo incremento del dosaggio del secondo farmaco (*cross-tapering*); somministrazione di entrambi gli antipsicotici seguita da graduale *discontinuation* del primo composto

Un attento e frequente monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente costituisce il fattore più importante nella gestione del processo di *crossover*. Nel sospendere l'antipsicotico è necessario valutare possibili reazioni da *rebound* colinergico e aggravamenti o riaccensioni della sintomatologia psicotica.

La valutazione della risposta terapeutica allo *switch* va effettuata per un periodo adeguato in rapporto al *setting* di trattamento, alla storia clinica del paziente e al profilo farmacodinamico dell'antipsicotico che si vuole sospendere.

La scelta della strategia di *switching* da attuare comporta una valutazione dell'anamnesi e delle condizioni cliniche attuali del paziente, di variabili legate al *setting* di trattamento e delle caratteristiche farmacodinamiche e farmacocinetiche degli antipsicotici utilizzati. La risposta terapeutica allo switch va valutata per un periodo di 3-6 settimane; un periodo di osservazione più prolungato, fino a 3 mesi, è indicato per pazienti che subiscono la sospensione di clozapina o di neurolettico *depot*. In caso di risposta terapeutica insoddisfacente allo *switch* è necessario valutare la *compliance* alla terapia o la possibile comorbilità con abuso di sostanze prima di considerare altre opzioni terapeutiche.

Bibliografia

Borison RL. *Changing antipsychotic medication: guidelines on the transition to treatment with risperidone*. Clin Therapeutics 1996;18:592-607.

Cutler AJ, Goldstein JM, Tumas JA. *Dosing and switching strategies for quetiapine fumarate*. Clin Therapeutics 2002;24:209-22.

Kinon BJ, Basson BR, Gilmore JA, Malcom S, Stauffer VL. *Strategies for switching from conventional antipsychotic drugs or risperidone to olanzapine*. J Clin Psychiatry 2000;61:833-40.

Weiden PJ, Aquila R, Emanuel M, Zygmunt A. *Long-term considerations after switching antipsychotics*. J Clin Psychiatry 1998;59(Suppl. 19):36-49.

Zimbroff DL. *Switching patients from clozapine to risperidone*. Am J Psychiatry 1995;152:1102.

Lo switch dovuto a disturbi del movimento

P. Girardi

Sapienza Università di Roma, II Facoltà di Medicina, Ospedale Sant'Andrea, Roma

I disturbi del movimento sono uno dei classici effetti collaterali della terapia neurolettica classica. Tali disturbi comprendono i parkinsonismi secondari e le distonie acute, mentre la discinesia tardiva è un temibile effetto grave, per fortuna poco frequente. Al verificarsi di uno di questi sintomi vanno attuati presidi terapeutici diversi; i farmaci anticolinergici sono indicati come terapia e come prevenzione dei sintomi extra-piramidali, le distonie si avvalgono di terapie miorilassanti, tra le quali anche le benzodiazepine. La discinesia tardiva ha una terapia un po' più complessa; si avvale di farmaci come il dantrolene, il levetiracetam, ma anche antipsicotici atipici quali amisulpride e clozapina, oltre che terapie biologiche come la tossina botulinica e l'elettroshock. La sua terapia non è stata ancora standardizzata ed è attualmente empirica, ma la sua comparsa comporta la sospensione della terapia in atto.

È uso comune, anche se pratica assolutamente da evitare, utilizzare i farmaci anticolinergici insieme al neurolettico come preventivo o curativo dei sintomi extrapiramidali nel lungo termine; mentre è corretto utilizzare gli anticolinergici per tamponare l'effetto collaterale parkinsoniano in acuto, occorre contemporaneamente sospendere la terapia neurolettica (anche se in maniera graduale), che costituisce la causa del sintomo.

Una volta sospesa la terapia neurolettica o antipsicotica atipica che non è riuscita a prevenire il verificarsi di parkinsonismi, distonie o discinesie, occorre effettuare un passaggio ad un'altra terapia. Il più delle volte, la terapia neurolettica o, comunque, antipsicotica, va sospesa gradualmente per il possibile verificarsi di sindromi da astensione analoghi a quelli che si verificano con la sospensione della maggior parte degli antidepressivi e anche per non lasciare il pazien-

te psicotico scoperto dal punto di vista farmacologico. È corretto iniziare lo *switch* durante la fase dello scalaggio del farmaco da sospendere, salendo gradualmente con il farmaco inteso come la futura terapia del paziente in questione mentre si scala l'altro. In questo modo, la "pressione" sul sistema extrapiramidale da parte dell'antipsicotico classico si allenta gradualmente, mentre prende vigore l'azione antipsicotica e, potenzialmente, curativa[1] della sintomatologia extrapiramidale dell'atipico.
Il passaggio ad un antipsicotico atipico comporta un miglioramento della qualità della vita del paziente attribuibile in ampia parte alla riduzione della sintomatologia extrapiramidale; a questo riguardo, i farmaci atipici che si associano ad una più potente riduzione della sintomatologia extrapiramidale appartengono alla classe chimica delle dibenzo-X-azepine[2] (clozapina, quetiapina, olanzapina).

Bibliografia

Jagadheesan K, Muirhead D. *Improvement of amisulpride-induced extrapyramidal symptoms with quetiapine.* Aust N Z J Psychiatry 2004;38:560.

Ritchie CW, Chiu E, Harrigan S, Hall K, Hassett A, Macfarlane S, Mastwyk M, O'Connor DW, Opie J, Ames D. *The relationship between patient satisfaction and treatment outcomes in schizophrenia.* J Psychopharmacol 2006;20(Suppl. 6):38-56.

Lo switch dovuto a disturbi internistici e metabolici

A. Bellomo

Università di Foggia, Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Sezione di Psichiatria

I farmaci antipsicotici atipici hanno indubbiamente determinato un evidente beneficio nei pazienti affetti da disturbi psicotici. La notevole versatilità d'uso, l'efficacia dimostrata e la ridotta capacità di causare disturbi extrapiramidali, rispetto agli antipsicotici tradizionali, hanno rappresentato un importante passo in avanti nel trattamento di queste patologie e ne hanno facilitato la diffusione e l'utilizzo su vasta scala. Gli antipsicotici atipici, però, presentano diversi livelli di rischio per ciò che riguarda alcune reazioni avverse attese quali l'obesità ed in generale i disturbi metabolici. Allo stato attuale delle conoscenze, non è ancora noto il meccanismo d'azione con il quale gli antipsicotici atipici provocherebbero questi disturbi. Si pensa ad una correlazione con le proprietà antiistaminiche e antagoniste 5-HT_{2c} della serotonina.
La Sindrome Metabolica, in particolare, è una costellazione di alterazioni che comportano un marcato aumento della mortalità per malattie cardiovascolari. La sindrome è stata descritta per la prima volta da Reaven nel 1988 e colpisce circa il 24% degli americani adulti sani ed il 45% dei soggetti affetti da disturbi psicotici. È quindi, indubbiamente più frequente nella popolazione schizofrenica trattata. Per formulare diagnosi di "Sindrome Metabolica" è necessario riscontrare la presenza di 3 criteri su 5 indicati nella definizione del *Adult Treatment Panel III* del *National Cholesterol Education Program.*
L'obesità e il sovrappeso sono ugualmente più frequenti nella popolazione affetta da schizofrenia se confrontata con la popolazione generale ed inoltre molti autori riportano un significativo incremento di peso nei pazienti trattati con antipsicotici di nuova generazione. È stato ipotizzato che l'obesità, nel paziente in trattamento, sia indotta da una deficienza della leptina o da un aumento della resistenza all'azione della leptina stessa a causa di una probabile interferenza dei farmaci sulla biochimica di questo ormone adipocitario. Anche il diabete mellito di tipo 2 è più frequente nella popolazione affetta da schizofrenia rispetto alla popolazione generale: ciò emergeva già in epoca pre-neurolettica quando i criteri per la diagnosi di diabete mellito di tipo 2 erano meno restrittivi. Uguali evidenze suggeriscono che anche il profilo lipidico nei pazienti schizofrenici possa risultare alterato in relazione con il trattamento farmacologico.
L'attività antagonista del recettore D2 degli antipsicotici può causare anche un aumento dei livelli di prolattina per la durata della terapia e può determinare, a lungo andare, l'insorgenza di microprolattinomi ipofisari. L'iperprolattinemia può causare, a sua volta, galattorrea, amenorrea, ginecomastia e impotenza.
La sindrome metabolica e gli altri disturbi internistici, quindi, costituiscono un importante fattore di rischio per la salute dei pazienti e, per tale motivo, è necessario sottoporre i soggetti affetti da schizofrenia e trattati con antipsicotici a periodici controlli di vari parametri clinici ed ematochimici (lineeguida ADA/APA, 2004). Ovviamente la presenza di alterazioni costanti di tali parametri può costituire una delle principali cause di switch farmacologico.

Strategie di switch

G. Di Sciascio, S. Calò, A. Rampino, M. Nardini

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari, Azienda Ospedale "Policlinico" di Bari

Il trattamento farmacologico delle sindromi psicotiche si avvale, ormai da oltre 50 anni, dell'utilizzo dei farmaci antipsicotici.
Gli antipsicotici di prima generazione (cosiddetti "neurolettici"), benché tuttora ancora ampiamente impiegati nella pratica clinica, stanno progressivamente lasciando il passo a quelli di seconda generazione (cosiddetti "atipici").
Gli antipsicotici atipici mostrano una complessiva efficacia sovrapponibile ai vecchi neurolettici ed una concreta e sostanziale migliore tollerabilità e sicurezza.
Pertanto negli ultimi anni all'interno del *setting* clinico psichiatrico, si è assistito ad un progressivo processo di cambiamento dei pattern prescrittivi orientato al passaggio ("switch") dai neurolettici verso gli atipici. Inoltre gli studi più recenti suggeriscono un ulteriore trend, che è quello dello switch tra composti appartenenti alla stessa classe dei nuovi antipsicotici, nel costante ed auspicabile tentativo della ricerca di una ottimizzazione sempre più "personalizzata" della strategia terapeutica, sia nel breve che nel lungo termine.
Le indicazioni allo *switch* sono essenzialmente relative alla non risposta / risposta parziale all'antipsicotico, al rischio di *relapse*, alla scarsa *compliance* al trattamento in corso ed ai problemi di tollerabilità quali EPS, discinesia tardiva, sedazione, incremento ponderale, modificazioni metaboliche, alterazioni ematologiche, iperprolattinemia e disturbi della sfera sessuale [1].

Nell'ambito dello *switch* le strategie proposte vanno dalla sospensione brusca del trattamento precedente ed introduzione del nuovo (Stop & Start), alla sospensione progressiva del trattamento precedente ed introduzione graduale del nuovo (Cross Tapering) sino all'introduzione del nuovo trattamento ritardando la sospensione del precedente (Overlapping) [2]. Le diverse strategie hanno indicazioni specifiche [3] che si fondano sulle caratteristiche cliniche del paziente, sulle caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche del farmaco in trattamento e di quello verso cui si vuole *switchare* oltre che sul *setting* nell'ambito del quale si effettua lo *switch* (ambulatorio, ricovero ospedaliero). Alla luce di tali considerazioni appare quindi evidente come sia di fondamentale importanza, prima di effettuare uno *switch*, una attenta valutazione di tali aspetti al fine di evitare problemi riguardanti la riacutizzazione del quadro psicopatologico o l'insorgenza di nuovi effetti collaterali ottenendo un miglioramento del quadro clinico del paziente ed una maggiore aderenza al trattamento [4].

Bibliografia

1. Weiden PJ, Aquila R, Dalheim L, Standard JM. *Switching antipsychotic medications.* J Clin Psychiatry 1997;58 (Suppl. 10):63-72.
2. Correll CU. *Real-life switching strategies with second-generation antipsychotics.* J Clin Psychiatry 2006;67:160-1.
3. Ganguli R. Rationale and strategies for switching antipsychotics. Am J Health Syst Pharm 2002;59(Suppl. 8):S22-6.
4. Weiden PJ. *Switching antipsychotics: an updated review with a focus on quetiapine.* J Psychopharmacol 2006;20:104-18.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA S. GIOVANNI

S33 - Neuropsicologia e cognizione sociale nei disturbi psichiatrici maggiori

MODERATORI
R. Roncone, M. Tansella

Distorsione della realtà e processamento delle emozioni nella schizofrenia

P. Rocca, F. Castagna, T. Mongini, C. Montemagni

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Introduzione: il deficit di riconoscimento delle espressioni facciali è una caratteristica fondamentale della schizofrenia con un importante impatto sul funzionamento dei pazienti. Studi longitudinali supportano l'ipotesi di un deficit di tratto che rimane stabile nelle fasi di malattia, presente dall'esordio [1]. Sono riportati risultati contrastanti rispetto ai correlati cognitivi e sintomatologici della percezione emotiva [2]. Per quanto riguarda differenze rispetto ai sottogruppi di schizofrenia emerge che i pazienti paranoidi sembrano avere prestazioni migliori rispetto ai pazienti non paranoidi nei compiti di percezione emotiva. Tuttavia, alcuni studi hanno trovato anche nei pazienti paranoidi deficit nella percezione emotiva legati a particolari emozioni. Questo è stato ricollegato a *bias* cognitivi e percettivi quali problemi di attenzione visiva, percezione di ostilità per le situazioni sociali ambigue e una tendenza a prendere decisioni sulla base di poche informazioni.
Parallelamente agli studi clinici, studi di neuroimmagine hanno dimostrato che nei pazienti con schizofrenia un'alterata risposta amigdaloidea e ippocampale alle espressioni facciali che esprimono paura è associata in modo significativo con i sintomi positivi [3].
Al momento attuale, la relazione tra la compromissione del processamento emotivo e specifici sintomi nella schizofrenia rimane ancora da approfondire. Un possibile modo di analizzare questa relazione è l'impiego di un approccio dimensionale proposto da Liddle [4] che raggruppa i sintomi della schizofrenia in tre sindromi separate: la distorsione della realtà, disorganizzazione e povertà psicomotoria, corrispondenti a processi neuropsicopatologici distinti e in parte coesistenti.
L'obiettivo del presente studio è quello di valutare se, in un campione di soggetti affetti da schizofrenia, i pazienti con prevalente dimensione "distorsione della realtà" dimostrino delle differenze di *performance* in compiti di riconoscimento dell'identità e dell'emozione facciale.
Metodologia: abbiamo reclutato un campione di 80 soggetti affetti da schizofrenia (DSM IV-TR), in fase stabile, presso la SCDU Psichiatria 1 e il DSM Torino 1 Sud. Per ciascun paziente è stato calcolato un indice di distorsione della realtà, sommando i punteggi delle sottoscale "deliri" ed "allucinazioni" della SAPS (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms*). I pazienti sono stati divisi in punteggi alti (RD+) e bassi (RD-) di distorsione della realtà rispetto alla mediana [5].
Abbiamo utilizzato un protocollo computerizzato (*Comprehensive Affect Testing System* – versione italiana realizzata dal nostro gruppo di ricerca) che prevede la somministrazione di test volti ad esplorare differenti aspetti dell'espressività facciale. La valutazione clinica ha previsto l'utilizzo delle scale SAPS e SANS (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*). I soggetti sono stati, inoltre, sottoposti ad una approfondita batteria di test cognitivi: Test di Intelligenza Breve, *Stroop Test*, *California Verbal Learning Test*, *Trail Making Test*, *Wisconsin Card Sorting Test*.

Risultati: dividendo i soggetti in esame rispetto all'indice di distorsione della realtà, i due gruppi non differivano per caratteristiche socio-demografiche né per la gravità della sintomatologia negativa (SANS). Non sono emerse differenze statisticamente significative tra i gruppi RD+ e RD- nelle *performance* di riconoscimento dell'identità facciale, di riconoscimento dell'emozione facciale (CATS) e nei test cognitivi.
Conclusioni: nel nostro campione la dimensione distorsione della realtà non sembra influenzare la capacità di riconoscimento dell'identità e dell'emozione facciale. Questo risultato suggerisce cha la dimensione distorsione della realtà non influisca in maniera generica sul riconoscimento dell'identità e dell'emozione facciale (come indagato da CATS), ma non esclude la possibilità di un'associazione tra sintomi psicotici e capacità di riconoscere determinate emozioni facciali. Inoltre, sulla base dell'evidenza che le migliori capacità cognitive medino il collegamento tra sintomatologia positiva e la capacità di riconoscimento emotivo nei pazienti paranoidi, la mancata associazione tra distorsione della realtà e riconoscimento emotivo potrebbe dipendere dal fatto che i pazienti RD+ del nostro campione presentano *performance* cognitive simili a quelle dei soggetti RD-.

Bibliografia

1. Pinkham AE, Gur RE, Gur RC. *Affect recognition deficits in schizophrenia: neural substrates and psychopharmacological implications.* Expert Rev Neurother 2007;7:807-16.
2. Tremeau F. *A review of emotion deficits in schizophrenia.* Dialogues Clin Neurosci 2006;8:59-70.
3. Taylor SF, Welsh RC, Chen AC, Velander AJ, Liberzon I. *Medial frontal hyperactivity in reality distortion.* Biol Psychiatry 2007;61:1171-8.
4. Liddle PF. *The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy.* Br J Psychiatry 1987;151:145-51.
5. Guillem F, Bicu M, Pampoulova T, Hooper R, Bloom D, Wolf MA, et al. *The cognitive and anatomo-functional basis of reality distortion in schizophrenia: a view from memory event-related potentials.* Psychiatry Res 2003;117:137-58.

Diagnosi neuropsicologica differenziale al primo episodio psicotico

R. Pollice, M. Mazza, E. Di Giovambattista, R. Roncone, M. Casacchia

Clinica Psichiatrica, Università de L'Aquila

I deficit cognitivi rappresentano una caratteristica centrale del disturbo schizofrenico ed appaiono strettamente correlati al funzionamento sociale e ad altri aspetti del disturbo.
Le recenti scoperte sulla genesi della schizofrenia sono più propense a credere che le alterazioni cognitive siano imputabili al neurosviluppo più che una condizione di neurodegenerazione. Il deficit cognitivo, infatti, sembra progredire nel corso degli anni producendo un ritardo del neurosviluppo e all'insorgenza del primo episodio psicotico in età adulta, avviene il collasso delle capacità di processamento delle informazioni e di interpretazione delle esperienze soggettive. Gli studi che si sono occupati di rilevare i deficit cognitivi al primo episodio psicotico hanno riscontrato la presenza di deficit multiformi quali deficit della memoria, della capacità di apprendimento, dell' attenzione e delle funzioni esecutive. Questi ultimi, in particolare sembrano essere correlati con un peggiore *outcome* clinico e funzionale
Soggetti affetti da disturbo bipolare hanno scarse *performance* cognitive durante gli episodi acuti di alterazione dell'umore di ambedue le polarità. Significativi deficit neurocognitivi, tuttavia, possono essere presenti anche in fase di eutimia in sottogruppi di pazienti caratterizzati da un decorso cronico e multiepisodico. Non esiste per il disturbo bipolare una precisazione chiara, così come per la Schizofrenia, sulla natura e l'entità dei deficit cognitivi sia all'esordio che in fase avanzata di malattia. Tuttavia secondo recenti studi i deficit di memoria verbale potrebbero rappresentare una caratteristica differenziale in pazienti al primo episodio psicotico ed essere "predittivi" dello sviluppo di un disturbo dello spettro schizofrenico o dello spettro affettivo.

Bibliografia

Bilder RM, Goldman RS, Robinson D, Reiter G, Bell L, Bates JA, et al. *Neuropsychology of first-episode schizophrenia: initial characterization and clinical correlates.* Am J Psychiatry 2000;157:549-59.

Bearden CE, Hoffman KM, Cannon TD. *The neuropsychologyand neuroanatomy of bipolar affective disorder: a critical review.* Bipolar Disord 2001;3:106-50.

McClellan J, Prezbindowski A, Breiger D, McCurry C. *Neuropsychological functioning in early onset psychotic disorders.* Schizophr Res 2004;68:21-6. Fitzgerald D, Lucas S, Redoblado MA, Winter V, Brennan J, et al. *Cognitive functioning in young people with first episode psychosis: relationship to diagnosis and clinical characteristics.* Aust N Z J Psychiatry 2004;38:501-10.

Schizofrenia e funzionamento interpersonale

M. Ballerini

Dipartimento di Salute Mentale, A.S. di Firenze

In corso di schizofrenia, i fenomeni di disfunzione sociale sono una caratteristica essenziale della malattia, rappresentando un aspetto nucleare del fenotipo schizofrenico. In questo contributo verranno discussi tre interrogativi di fondo: a) Quali sono, nella ricerca corrente, le metodologie di valutazione del funzionamento sociale e quali sono i limiti che ne emergono? b) Qual è l'abilità di base che è compromessa nei fenomeni schizofrenici di disfunzione sociale? c) Quali sono le variabili che rendono conto dei fenomeni di disfunzione sociale? Queste ultime sono state distinte in fattori trans-personali (variabili ambientali che oltrepassano la soglia di controllo individuale, come stigma, risorse familiari e disponibilità di interventi psichiatrici), sub-personali (variabili non direttamente evidenti nell'esperienza del mondo sociale ed usualmente testate in laboratorio, come neuro-cognizione di base), personali (variabili direttamente coinvolte nell'esperienza attuale del mondo sociale, come cognitività sociale, meccanismi di *coping* e fattori non cognitivi come motivazione, esperienza emotiva e sistema dei valori). Verranno discussi i risultati più recenti secondo gli indirizzi prima citati evidenziando altresì le contraddizioni tuttora emergenti dalla ricerca empirica. Non essendo disponibile a tutt'oggi un modello definito e coerente, riteniamo utile e necessario condurre indagini qualitative per rendere conto del peculiare assetto dalle persone

con schizofrenia nei confronti delle relazioni interpersonali e del mondo sociale.

Metodiche di indagine neurofisiologica per la valutazione dell'efficacia degli interventi riabilitativi

M. Mazza, R. Pollice, E. Di Giovambattista, R. Roncone, M. Casacchia

Clinica Psichiatrica, Università de L'Aquila

Numerosi studi hanno dimostrato che quando i primati non umani osservano passivamente *l*o svolgimento di azioni da parte di altri soggetti, la corteccia premotoria e motoria sono coinvolte in una rappresentazione interna di ciò che osservano che corrisponde ad una attivazione neuronale.
Il sistema di neuroni mirror durante l'osservazione di un comportamento eseguito, facilita attraverso l'imitazione, l'internalizzazione ed il riconoscimento di azioni di altri.
I soggetti con Schizofrenia presentano deficit di comportamento in situazioni interpersonali e deficit di cognizione sociale
Sappiamo da ricerche precedenti che possiamo interiorizzare costrutti emotivi attraverso l'osservazione e che tale interiorizzazione corrisponde ad una attività neuronale.
Nel nostro studio ci siamo proposti di verificare l'efficacia nell' applicazione di un intervento riabilitativo sui costrutti relativi alla cognizione sociale, basato sull'osservazione e l'imitazione ripetuta di stimoli legati ai vari aspetti della cognizione sociale.

Bibliografia

Quintana J, Davidson T, Kovalik E, Marder SR Mazziotta JC. *A Compensatory Mirror Cortical Mechanism for Facial Affect Processing in Schizophrenia*. Neuropsychopharmacology 2001;25:915-24.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA MALTA

S34 - Malattia mentale e pregiudizi indviduali, ambientali e sociali: la prevenzione per il miglioramento degli esiti

MODERATORI
S. Vender, D. Berardi

Lo stigma e le politiche di prevenzione

M. Casacchia, R. Pollice, D. Ussorio, A. Cavicchio, M. Di Giovambattista, R. Roncone

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a direzione Universitaria, Università de L'Aquila

Introduzione: lo stigma nei riguardi delle malattie mentali affonda le sue radici nell'immaginario delle persone che hanno una scarsa conoscenza delle malattie mentali.
Nonostante la chiusura degli Ospedali Psichiatrici, più di 20 anni fa e il diffondersi di buoni servizi per l'assistenza dei malati, di terapie efficaci e di una etica diffusa in difesa dei diritti delle persone con malattie mentali, è ancora molto presente il pregiudizio nei riguardi delle malattie mentali.
Scopo della ricerca è quello di valutare l'impatto di servizi specifici per un intervento precoce delle malattie mentali e di iniziative ancora più "periferiche" che prevedono il coinvolgimento della popolazione come parte attiva nella identificazione del disagio al suo nascere.
Materiali e metodi: viene valutato il carico assistenziale, la tipologia diagnostica di una popolazione giovanile afferente al Servizio SMILE. servizio specifico per gli esordi. A tutti gli utenti e alle loro famiglie viene proposto un approccio educazionale sulla conoscenza più approfondita del disagio giovanile.
Per quanto riguarda la seconda iniziativa, relativa al "Progetto CHIAMA", è previsto il coinvolgimento di alcune figure-chiave, quali medici, baristi, avvocati, titolari di palestre, parrucchieri, ecc. cui viene offerto un training formativo sulle principali malattie mentali dando loro anche le informazioni più aggiornate sulla rete di servizi presenti sul territorio in modo da facilitare così, per chi ne avesse bisogno, l'accesso agli stessi servizi.
Risultati: vengono riferiti i risultati relativi al training educazionale con attenzione sia alla conoscenza di base delle famiglie, all'acquisizione dopo il training e sia soprattutto al cambiamento emozionale da parte dei familiari e dello stesso utente.
Riguardo all'altra iniziativa, vengono riportati i primi risultati relativi all'impatto delle conoscenze acquisite dalle figure chiave sui loro rapporti con l'utenza e il numero delle volte che sono riusciti a consigliare all'utenza stessa un approfondimento del loro malessere invogliandola a recarsi presso i servizi di salute mentale.

La Scuola contro il pregiudizio

S. Vender

Università dell'Insubria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Medicina Clinica, Psichiatria

La pericolosità rimane tuttora, nonostante la cura della malattia mentale sia da anni non più basata sulla sorveglianza del manicomio, l'elemento prevalente nell'immagine

della collettività. Tale affermazione si fonda sia sui dati di una ricerca sulle opinioni di studenti universitari, sia sulla constatazione della scarsa conoscenza dei neo-iscritti al Corso di Laurea in Educazione Professionale della Facoltà di Medicina e Chirurgia circa l'organizzazione della psichiatria, che facilita il prevalere di pregiudizi. Ricerche sullo stigma hanno evidenziato come l'informazione sulle risposte terapeutiche riduce l'atteggiamento preconcetto di diffidenza e sospettosità nei confronti del malato. Pertanto sono stati organizzati seminari nelle scuole superiori, un concorso letterario, in collaborazione con l'URASAM, e lezioni specifiche nei corsi di laurea sull'organizzazione della psichiatria. Sono presentati i risultati di queste iniziative.

Disturbo di personalità e stigma

M. Chiesa

Cassel Hospital, Richmond, UK

Introduzione: il disturbo severo di personalità (DSP) è stato sempre considerato la cenerentola delle diagnosi psichiatriche. Le caratteristiche cliniche di questo disturbo, che si manifestano nel rapporto interpersonale, creano serie difficoltà ai familiari, amici, colleghi e al personale sanitario. Il conseguente atteggiamento di rifiuto e di discriminazione nei confronti dei portatori di disturbo di personalità rappresenta una reazione controtransferale non sufficientemente controllata, che perpetua il ciclo di deprivazione e abuso subito da questi pazienti. Una discriminazione verso questa categoria di pazienti è presente all'interno del mondo psichiatrico, che si traduce in rifiuto di opportunità terapeutiche per i DSP.
Metodologia: un'analisi da una prospettiva storica e della *evidence-base* per valutare l'efficacia di interventi psichiatrici, psicoterapeutici e psicosociali in popolazioni con DSP.
Risultati: è confermato da molti autori che i pazienti con disturbo di personalità non solo subiscono il processo di stigmatizzazione che è comune anche ad altre tipologie di sofferenza mentale, ma che tali malati sono anche discriminati all'interno del mondo psichiatrico stesso. I risultati di uno studio indicano che i pazienti con un disturbo depressivo ricevono una maggiore assistenza sanitaria rispetto ai pazienti con una diagnosi *borderline*.
Studi empirici compiuti in Gran Bretagna, Scandinavia e Nord America dimostrano come modelli di trattamento psicosociale possano portare a miglioramenti significativi in dimensioni importanti del funzionamento psicologico e interpersonale in una percentuale significativa di DSP.
Conclusioni: questi studi recenti dovrebbero contribuire a modificare il pessimismo terapeutico che è ancora troppo prevalente nel mondo medico e psichiatrico nei confronti di pazienti affetti da DSP.

Il cinema come strumento di prevenzione del pregiudizio

C. Callegari

Università dell'Insubria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Medicina Clinica, Psichiatria

Introduzione: nella letteratura corrente, il pregiudizio verso la malattia mentale, espresso dalla presentazione cinematografica, viene colto soprattutto come raffigurazioni stereotipe dei pazienti, degli psichiatri, delle dipendenze da alcool e da altre droghe, dei trattamenti terapeutici, spesso dipinti in una luce molto negativa. L'intenzione di questo lavoro è quella di mettere in evidenza immagini cinematografiche dello stigma inteso come un concetto più ampio e relativo a molti ambiti: differenze etniche, povertà e disuguaglianza sociale, malattie contagiose, disabilità, omosessualità, malattia mentale e di trasformarle in uno strumento didattico utile ai fini di un possibile processo di prevenzione del pregiudizio.
Metodi: la Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università dell'Insubria svolge da alcuni anni un gruppo di lavoro in cui si scelgono per la visione film di argomento vicino a temi psichiatrici, ma non solo questi, con successivo commento e discussione. In maniera più selettiva segue un lavoro di estrapolazione di immagini e sequenze cinematografiche, articolate successivamente in *collagès* su pellicola, sui temi della semeiotica psichiatrica, della psicopatologia, della storia della psichiatria e delle relazioni terapeutiche interpersonali e di tutto quanto possa rivelarsi materiale di discussione nell'ambito della disuguaglianza.
Risultati: dal lavoro svolto con questo studio sono scaturiti, sia dal cinema, sia dalla estrapolazione dei segmenti filmici, percorsi didattici utili a un processo di prevenzione del pregiudizio sociale
Conclusioni: l'utilizzo del cinema a fini didattici si è rivelato opportuno e altresì fruttuoso alla presentazione degli schemi polimorfi e ripetitivi della costruzione e diffusione del pregiudizio poiché il cinema è uno strumento qualitativamente elegante e ricco di suggestioni immaginative e realistiche anche nelle scene più crude e veritiere che si possono rappresentare. Ènecessario tuttavia proporre una visione guidata, seguita da momenti di riflessione e confronto, a partire dal riscontro che chi osserva può trovare nelle immagini presentate intenzioni personali differenti da quelle di chi le ha proposte. Una riflessione significativa è quella che, occupandosi di immagini offerte ad occhi sempre differenti, quanto trattenuto ed elaborato dipenda molto da chi osserva e che anche il pregiudizio possa stare a volte negli occhi di chi guarda.

Apri le porte e libera la mente: studenti e insegnanti collaborano per la riduzione dei pregiudizi

R. Pioli[*], M. Danesi[*], C. Buizza[**]

[*] IRCCS "Centro S. Giovanni di Dio" Fatebenefratelli Brescia; [**] Sezione di Psicologia Clinica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Brescia

Introduzione: numerose ricerche hanno dimostrato che l'efficacia delle campagne anti-stigma è aumentata dalla di-

visione dell'audience di massa in sotto audience omogenee, costituite da distinte popolazioni bersaglio, alle quali indirizzare messaggi e strategie promozionali specifiche ed appropriate (Rogers et al., 1995; 1996; Warner, 2001; Thompson, 2002).
La scelta di coinvolgere come gruppo target studenti e insegnanti appare di duplice rilevanza, sia perchè la scuola costituisce l'agenzia educativa per eccellenza, svolgendo un ruolo primario nella formazione della personalità sociale dei giovani, sia perchè nell'età degli studi superiori si manifestano i primi sintomi di alcune patologie psichiatriche. Tali sintomi, tuttavia, spesso non vengono riconosciuti e ciò impedisce di attivare interventi precoci, che si sono dimostrati sostanziali per migliorarne l'esito ed il decorso. Esistono numerose evidenze scientifiche che sostengono che lo stigma e la paura della discriminazione costituiscono uno dei fattori più ragguardevoli che impediscono che questi sintomi vengano identificati precocemente e tempestivamente presi in carico.
Metodologia: 10 classi di un liceo delle scienze sociali della città di Brescia e relativi insegnanti sono stati valutati attraverso il *Questionario sulle conoscenze e gli atteggiamenti nei confronti dei disturbi mentali* (ISS, 2005).
Lo strumento, che esplora le conoscenze e gli atteggiamenti nei confronti della malattia mentale, è stato somministrato a studenti e insegnanti a t0, dopo 6 mesi e dopo 1 anno.
Tutti gli insegnanti che hanno dato la propria disponibilità sono stati informati delle finalità del progetto e sensibilizzati con la distribuzione di materiale informativo (Zanieri G., Buizza C., Pioli R. *I disturbi mentali*. CSE, 2003) e con discussioni/confronto sui temi della malattia mentale e dello stigma. Successivamente sono stati coinvolti gli studenti attraverso: a) un incontro per classe durante il quale è stato discusso il tema dello stigma e della discriminazione; b) un incontro per classe finalizzato al riconoscimento dei segni precoci e alla costruzione di un progetto per rendere la scuola protagonista di un percorso di sensibilizzazione dei giovani ai temi della salute mentale; c) un incontro plenario durante il quale sono stati presentati i progetti elaborati dalle singole classi.
Risultati: sono stati raccolti 33 questionari relativi agli insegnanti (75% f; 25% m) e 177 questionari relativi agli studenti (94,2% f; 5,8% m).
Sono in via di realizzazione 3 progetti: un murales preparato da studenti e insegnanti sul muro di recinzione esterno della scuola, una giornata per la salute mentale rivolta a tutti gli studenti della scuola e un opuscolo informativo preparato dagli studenti sulle malattie mentali per sensibilizzare i giovani di tutte le scuole cittadine.
Conclusioni: riteniamo che l'opportunità di coinvolgere direttamente gli studenti e gli insegnanti in un percorso di cambiamento culturale possa costituire un valido strumento di sensibilizzazione ed una strada altrettanto valida per modificare i pregiudizi ancora esistenti sulle persone che soffrono di malattia mentale. I dati ottenuti dalla elaborazione dei questionari forniranno una misura della efficacia del programma e del mantenimento nel tempo di risultati raggiunti.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA DEI CESARI

S35 - Quali fattori terapeutici nelle psicoterapie brevi?

MODERATORI
L. Pavan, M. Ruggeri

Fattori non specifici nelle psicoterapie brevi

M. Biondi
Clinica Psichiatrica, Sapienza Università di Roma

I cosiddetti fattori "non specifici" sono rappresentati dall'insieme di ingredienti terapeutici non peculiari di teorie e tecniche psicoterapeutiche determinate ma che – si ritiene – siano presenti e comuni a tecniche diverse, svolgendo un probabile ruolo nella cura. Il loro studio ha avuto inizio in modo sistematico intorno agli anni '60. In una prima fase vennero per lo più identificati con il fattore placebo e, in qualche modo, ritenuti anche un fattore disturbante la "purezza" di interventi tecnici previsti da specifiche teorie. In una seconda fase, unitamente al proliferare delle teorie e delle tecniche di psicoterapia – un manuale negli anni '80 ne enumerò oltre 300 con dignità di Scuola - venne abbandonato il concetto del placebo e i fattori "non specifici" vennero intesi come fattori terapeutici comuni trasversalmente a più tecniche. Da alcuni autori vennero considerati come il cuore della psicoterapia e di ogni relazione terapeuta-paziente e medico-paziente, i veri ingredienti, al di là delle divergenze tra Scuole. Da altri vennero studiati come variabili strettamente a fianco di interventi specifici, da conoscere e utilizzare congiuntamente nella prassi terapeutica.
Il ruolo dei fattori non specifici nelle terapie brevi è stato fino ad oggi poco studiato in modo sistematico. Le psicoterapie "brevi" – intese secondo un criterio temporale come interventi di durata tra i 6 e i 24 mesi – hanno in comune con le altre psicoterapie alcuni fattori non specifici, altri, forse, potenziati dalla brevità. Alcuni fattori terapeutici non specifici delle psicoterapie brevi sono comuni a tutte le psicoterapie (si rimanda alla letteratura per la loro descrizione).
Tra quelli che si possono suggerire come tipici per le psicoterapie brevi, ad esempio, includerei *atteggiamenti e comportamenti del terapeuta per una pronta ed efficace alleanza terapeutica* supportivi, aperti, diretti sono comuni tra le diverse tecniche di psicoterapia breve. Lo *stato emozionale*

del paziente con *alta intensità affettiva* e preoccupazione (ansia, demoralizzazione, depressione, rabbia, ecc.) lo pone in una condizione di ricettività complessa, conflittuata ma peculiare e costituisce un altro aspetto comune in interventi diversi che ha ripercussioni importanti sulle possibilità di lavoro terapeutico, indipendentemente.

La psicoterapia dinamica breve nella cura dei disturbi depressivi

G. Maina, G. Rosso, F. Bogetto

Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

La psicoterapia dinamica breve (BDT) nasce all'interno della psicoanalisi: considerata un tempo una terapia di secondo ordine, acquista a partire dagli anni '50 una sua posizione di riguardo, con il delinearsi di teorie e tecniche specifiche [1-5]. La psicoterapia dinamica breve si caratterizza innanzitutto per un limite temporale che viene stabilito in partenza e la definizione di un focus su cui verterà il lavoro psicoterapeutico. Il terapeuta si pone in modo attivo nei confronti del paziente richiamandolo a rimanere strettamente all'interno del focus. I criteri di selezione comportano la presenza di disturbi non psicotici di asse I, un sufficiente livello di funzionamento e l'esclusione di disturbi di personalità *borderline* e narcisistico. Deve essere possibile identificare un focus all'interno di conflitti interpersonali o eventi di vita stressanti. Importanti risultano le caratteristiche individuali del paziente quali la capacità di instaurare relazioni appropriate, la capacità di mentalizzazione e di *insight* ed una forte motivazione al cambiamento.

Di particolare interesse negli ultimi anni è il ruolo della psicoterapia nel trattamento dei disturbi depressivi. Le linee guida sostengono come la psicoterapia sia indicata in quadri lievi e moderato-lievi in cui siano evidenziabili eventi psicosociali stressanti significativi, conflitti intrapsichici e/o interpersonali, o disturbi di asse II. Nei quadri moderato/gravi la psicoterapia dovrebbe configurarsi all'interno di un trattamento combinato farmacologico e psicoterapeutico [6]. In letteratura è riportato come la BDT associata ad antidepressivi nel trattamento del disturbo depressivo maggiore risulti più efficace della sola terapia farmacologia [7 8]. Il confronto con altre psicoterapie, quali la psicoterapia supportiva e la psicoterapia cognitivo-comportamentale, nel trattamento dei disturbi depressivi riporta sostanzialmente una pari efficacia [9 10].

Dopo aver presentato i dati più recenti presenti in letteratura relativi all'efficacia della BDT nel trattamento della depressione, verranno illustrati i risultati di due studi condotti presso il Servizio per i Disturbi Depressivi e d'ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino:

– nel primo studio lo scopo è stato quello di comparare l'efficacia della BDT nei confronti della psicoterapia di supporto (BSP) in monoterapia nel trattamento di quadri depressivi minori [11];
– una successiva indagine ha studiato l'efficacia del trattamento combinato psicoterapico e farmacologico in pazienti con disturbo depressivo maggiore secondo il DSM-IV. In particolare è stata paragonata l'efficacia della BDT vs quella della BSP combinate alla terapia farmacologica con SSRI. Dall'analisi dei dati è emersa una sostanziale parità d'efficacia delle due tecniche psicoterapiche al termine della fase acuta del trattamento. I pazienti trattati con BDT, però, migliorano ulteriormente a psicoterapia conclusa (in termini di riduzione dei punteggi alla HAM-D, HAM-A, CGI), durante la fase di continuazione [12].

Bibliografia

1 Malan DH. *Toward the validation of Dynamic Psychotherapy: a replication*. New York: Plenum 1976.
2 Davanloo H. *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*. New York: SP Medical and Scientific books 1978.
3 Mann J. *Time-limited psychotherapy*. Cambridge: Harvard University Press 1973.
4 Sifneos PE. *Short-term dynamic psychotherapy: evaluation and technique*. 2nd ed. New York: Plenum 1987.
5 Horowitz M, Marmar C, Krupnick J, Wilner N, Kaltreider N, Wallerstein R. *Personality styles and brief Psychotherapy*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson Inc. 1997.
6 American Psychiatric Association. *Linee guida per il trattamento del disturbo depressivo maggiore*. Edizione italiana a cura di Bogetto F, Maina G. Milano: Masson 2001.
7 De Jonghe F, Kool S, van Aalst G, Dekker J, Peen J. *Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression*. J Affect Disord 2001;64:217-29.
8 Burnard Y, Andreoli A, Kolatte E, Venturini A, Rosset N. *Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression*. Psychiatr Serv 2002;53:585-90.
9 Ogrodniczuk JS, William E, Piper AS, McCallum M. *Effect of patient gender on outcome in two forms of short-term individual psychotherapy*. J Psychoter Pract Res 2001;10:69-78.
10 Leichsenring F. *Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach*. Clin Psychol Rev 2001;21: 401-19.
11 Maina G, Forner F, Bogetto F. *Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders*. Psychother Psychosom 2005;74:43-50.
12 Maina G, Rosso G, Crespi C, Bogetto F. *Combined brief dynamic therapy and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: a pilot study*. Psychother Psychosom 2007;76:298-305.

Crisi e alleanza terapeutica

M. Marini, C. Pavan

Dipartimento di Neuroscienze Sez. Psichiatrica, Università di Padova

Introduzione: l'alleanza terapeutica corrisponde alla dimensione interattiva tra paziente e terapeuta volta al fine di stabilire una relazione basata sulla fiducia sul rispetto e sulla collaborazione. Sebbene l'alleanza terapeutica venga riconosciuta come il principale fattore comune a tutte le forme di psicoterapia e come uno dei principali fattori curativi e predittivi dell'esito, questo specifico rapporto "collaborativo" non è scontato e non è automatico. Tra i fattori più importanti che influenzano l'alleanza terapeutica vengono considerati la patologia del paziente, i fattori che favoriscono lo sviluppo dell'alleanza, caratteristiche del terapeuta e del paziente, tipo di interventi del terapeuta.

Metodologia: lo scopo della relazione verterà sull'approfondimento del rapporto e dello sviluppo tra allenza terapeutica

outcome e fattori collegati ad essa in relazione all'ingaggio psicoterapico in ambito istituzionale. In particolare verranno approfonditi i fattori collegati allo sviluppo-formulazione di una richiesta di cura e l'evoluzione della terapia attraverso la valutazioni progressive dell'alleanza stessa.
Risultati: verranno presentati gli esiti del rapporto tra *outcome* e indici dei principali fattori clinici in relazione al paziente e descrittivi della nascita dell'evoluzione e dello sviluppo dell'alleanza terapeutica in rapporto al ruolo della coppia terapeutica paziente-terapeuta.
Conclusioni: l'intervento di crisi e in particolare la caratteristica situazione emozionale di crisi che viene considerata, sembrano favorire lo sviluppo di un ponte relazionale collaborativo al fine di promuovere la soluzione della crisi e a porre le basi di una esperienza di alleanza di lavoro ri-utilizzabile a livelli diversi anche in pazienti con caratteristiche che complicano normalmente l'ingaggio e la gestione interpersonale della cura.

Riflessioni per una neurobiologia della speranza

M. Casonato

Università Milano-Bicocca

Introduzione: lo studioso che forse più negli ultimi trent'anni ha contribuito alla comprensione dell'azione della psicoterapia è Jerome Frank. L'autore fa riferimento al concetto di "Demoralizzazione" per definire l'oggetto dell'azione della psicoterapia. Per essere efficace la psicoterapia contrasta, smonta, elimina lo stato di "Demoralizzazione" in cui si trova ogni paziente che si presenti all'attenzione del clinico.
Tale nozione però è parsa a diversi autori un concetto debole e generico, addirittura il tallone di Achille di un'analisi nel complesso apprezzabile.
Metodologia: per affrontare l'analisi e lo studio delle entità cliniche che svolgono un ruolo nella patologia e nella terapia riteniamo necessaria una "analisi concettuale" delle nozioni cliniche per isolarne le componenti suscettibili di studi di tipo empirico o sperimentale.
Noi sosteniamo che la "Demoralizzazione" è un concetto "aggregato", cioè di una nozione pertinente alla *Teoria clinica* del trattamento che come tale è utile sia al clinico che agisce come terapeuta che al clinico che riflette come teorico su quello che il clinico osserva e fa. Un concetto aggregato agisce come una sorta di interfaccia "amichevole" tra il clinico e quello con cui il clinico ha a che fare. Il clinico cioè individuando e trattando la "demoralizzazione" interagisce in maniera clinicamente rilevante con una moltitudine di fattori e di processi, che solo al di fuori della sfera clinica è possibile isolare e studiare a diversi livelli coi metodi di altre scienze.
Inoltre il concetto di "Demoralizzazione" si presta ad essere "disaggregato", cioè scomposto in una moltitudine di componenti, talora fissi e talora variabili, che svolgono un ruolo nel corso di una psicoterapia sia lunga che breve.
Una disaggregazione del concetto clinico di "Demoralizzazione" permette di tracciare e meglio delineare sia componenti relazionali e sociali che componenti ecologiche e neurobiologiche del processo psicoterapeutico.
L'individuazione di tali componenti e la definizione delle stesse permette di stabilire degli oggetti di indagine presente o futura rilevanti per una migliore comprensione della psicoterapia e per uno suo sviluppo coerente con le scienze contemporanee.
Risultati: l'analisi concettuale della nozione di "Demoralizzazione" permette di individuare aspetti neurobiologici, ecologici, cognitivi, sociali, antropologici e clinici dell'azione di "Antidemoralizzazione" attuata dalla Psicoterapia nelle sue varie declinazioni secondo Jerome Frank.
Conclusioni: l'analisi concettuale della nozione di "Demoralizzazione" permette di rendere disponibili per lo studio dell'azione della psicoterapia un gran numero di ricerche e di strumenti provenienti da vari settori della scienza contemporanea promuovendo inoltre una feconda e promettente collaborazione interdisciplinare.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA ROSSA

S36 - Istituzione e formazione psicoterapeutica: un connubio complesso

MODERATORI
G. Cavaggioni, M. Reda

Psicoterapie e trattamenti ambulatoriali per malati di mente autori di reato: quale formazione possibile?

F. Bruno[*], M. Settimo[**]

[*] *Università di Salerno, Facoltà di Scienze della Formazione, Insegnamento di Psicopedagogia della devianza;* [**] *Sapienza Università di Roma*

I malati di mente autori di reato ricevono la sanzione prevista per il loro reato, spesso costituita dalla pena, molto meno frequentemente per quelli dichiarati non imputabili, costituita dalla misura di sicurezza del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Purtroppo assai raramente ricevono trattamenti psicoterapeutici, ambulatoriali o residenziali per i loro disturbi.
In realtà si tratta di malati per cosi dire "non previsti" dalla vigente normativa, infatti i Dipartimenti di Salute Mentale spesso li rifiutano perché non appartenenti al territorio e perché bisognosi non solo del rapporto con lo psichiatra, ma anche di quello con l'autorità di Polizia, né esistono enti pubblici o privati tranne qualche rara comunità capaci di farsene carico.

Inoltre il trattamento vero e proprio costituisce un dramma perché mancano scuole di psicoterapie specificamente rivolte a questo tipo d'utenza, che, come è evidente, rappresenta problemi molto particolari che non possono essere né risolti, né affrontati da strumenti tradizionali di ordine psicodinamico o comportamentista. Dopo aver preso in visione le psicoterapie più accreditate dalla letteratura internazionale si lancia la proposta di istituire in collaborazione con l'Università e con l' Autorità penitenziaria degli appositi corsi di formazione e di realizzare con le ASL e magari con i SERT del territorio momenti trattamentale e psicoterapeutici adeguati.

La formazione psicoterapeutica e la scuola di specializzazione in psicologia clinica dell'Università di Siena

M. Reda

Università di Siena, Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento, Sezione di Scienze del Comportamento

Si evidenziano le differenza fra una Scuola di Specializzazione Universitaria e le Scuole Ministeriali di Psicoterapia.
Si sottolinea l'importanza dell'osservazione clinica consentita in una Unità Operativa all'interno della Scuola.
Si evidenzia l'importanza ed i limiti di una pluralità di modelli e l'influenza sulle caratteristiche personali dello specializzando.
Si sottolinea infine la difficoltà di un necessario lavoro personale nell'ambito della formazione.

Psicoterapia ed istituzioni: ossimoro, convergenze parallele?

G. del Missier, E. Stocco*, L. Testa*

**ASL Roma D*

Gli autori intendono proporre una riflessione, maturata in lunghi anni di esperienza professionale come psichiatri e psicoterapeuti sia in ambito istituzionale, sia in ambito non istituzionale.
Affrontano il tema in oggetto partendo innanzitutto dall'esame dei due termini, "Formazione" da un lato e "Istituzione" dall'altro, presi singolarmente. Sia dell'uno che dell'altro termine se ne evidenziano il significato etimologico, gli aspetti formali e di contenuto, e se ne esaminano le caratteristiche e le differenze nel momento in cui entrano a far parte della storia del "medico – biologo" e dello "psichiatra-psicoterapeuta".
Gli autori si interrogano poi più specificatamente su: "la formazione psicoterapeutica " necessaria oggi più che mai nel lavoro con pazienti psicotici gravi, e sulle caratteristiche particolari dei suoi scopi: un "sapere" che, come in ogni altra disciplina operativa, deve aprirsi ad un "saper fare", necessario appunto a qualunque prassi terapeutica, ma entrambi non disgiunti da un "essere" che risente delle influenze di fattori sociali, culturali e storici.
Di seguito viene poi affrontato l'articolarsi dei due termini in una dialettica le cui dinamiche possono svolgersi in vario modo ed avere esiti imprevedibili.

Psicoterapia psicodinamica e formazione universitaria: problematiche e prospettive

G. Cavaggioni, A. Cerboneschi, E. Lai, D. Ialeggio, L. Garau, S. Fraietta, V. Barbieri, M. Armando

U.O.C. Psicoterapia, Sapienza Università di Roma

L'approccio psicoterapeutico viene ormai indiscutibilmente riconosciuto come indispensabile nella cura della patologia mentale sia per la sua efficacia clinica, sia perché in linea con il tentativo di limitare il più possibile la necessità dei ricoveri.
La nostra osservazione clinica sviluppata nel lavoro degli ultimi venti anni, concorda con una vasta letteratura sull'argomento e permette di proporre il modello psicodinamico come strumento valido e funzionale sia relativamente al metodo diagnostico, nella misura in cui coniuga l'osservazione fenomenica al suo senso psichico – e in termini relazionali e cognitivi e in quelli inconsci – sia relativamente al processo terapeutico vuoi come risposta all'emergenza della prima crisi, nel prevenire la sua possibile trasformazione in franca psicopatologia, vuoi come mezzo orientato verso un cambiamento ed una trasformazione radicale della patologia quando clinicamente strutturata.
Per tale ragione, l'esigenza di una formazione psicodinamica viene evidentemente sentita – data la richiesta di chi è in formazione – e riconosciuta dalle scuole di specializzazione, alcune delle quali mettono a disposizione un ampio spazio didattico al fine di tentare una risposta almeno sufficiente.
Tuttavia, i problemi del Scuole, in special modo universitarie, sono svariati. Il primo è un problema generale e culturale, legato all'incongruenza tra la necessità clinica di tale tipologia d'intervento e quindi l'ineluttabilità di una sua maggiore specificazione ed approfondimento contro una tendenza della politica europea a svalutare la scientificità di tale approccio per trasformarlo in un surrogato al più riabilitativo quando non meramente supportivo.
Poi gli altri più specifici che, di fatto, nascono tutti da quel contrasto, non solo dialettico, tra il compito didattico e quello formativo. Al proposito, si prenderanno in considerazione quattro principali tematiche individuandone le problematiche e cercando di proporre possibili prospettive almeno per una prima riflessione. La prima è il metodo d'ingresso nelle scuole che prevede la valutazione di importanti ed a volte imprescindibili parametri uniformati, ma insufficienti e talora incongrui relativamente alle specificità della branca. La seconda riguarda la formazione del personale docente, almeno per quanto riguarda le capacità tutoriali. La terza è relativa alla propedeuticità come valore esclusivamente didattico – mancante cioè di una valutazione più globale degli interessati come, diversamente, di un 'senso formativo' nell'approccio col paziente – che peraltro risente molto delle necessità dell'organizzazione istituzionale ed economica svincolate cioè dalle conoscenze dei candidati. La quarta, in ultimo, è il problema della supervisione, da tutti fortemente richiesta e cercata, unico baluardo di quel tentativo – tanto sotteso quanto poco riconosciuto – di mettersi alla prova diretta nel confronto col paziente con l'unico reale strumento terapeutico di uno psichiatra, ovvero la propria identità.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA CAVALIERI 1

S37 - Il rischio professionale dello psichiatra

MODERATORI
L. Lorettu, E. Aguglia

La responsabilità professionale dello psichiatra e la dimostrazione del nesso di causa

T. Bandini

Dimel-Sezione di Criminologia e Psichiatria forense, Università di Genova

Nella valutazione della responsabilità professionale dello psichiatra uno dei problemi più ardui e complessi è quello relativo alla dimostrazione del nesso di causa tra azioni od omissioni del clinico o dell'équipe sanitaria e conseguenze che ne sono derivate.
Viene discussa, a tal proposito, la difficile utilizzazione dei tradizionali criteri di accertamento del nesso in medicina legale e viene proposta una nuova analisi dei ragionamenti scientifici dimostrabili appartenenti alla categoria dei pareri probabilistici.
È sottolineata la necessità che il perito, di fronte a problemi di difficile soluzione, non si lasci trascinare nell'errore di ricercare sempre soluzioni che non rappresentino solo un ascientifico tentativo di legittimare nessi di causa basati su una semplice ammissione del possibile, del tutto vaga e inaccettabile, come a volte accade di osservare, ma si impegni per la ricerca di una dignità causale apprezzabile, con specifico riferimento a quell'evento illecito di interesse forense dal quale si può far derivare la sintomatologia evidenziata, anche se, a volte, solo in termini di probabilità.

La compilazione della cartella clinica

G.C. Nivoli

Clinica Psichiatrica, Università di Sassari

Lo psichiatra è chiamato sempre più spesso a rispondere della propria responsabilità professionale nell'ambito del suo operato di clinico.
In questa problematica la compilazione della cartella clinica assume un ruolo fondamentale in quanto documento scritto che rimane agli atti della magistratura.
Lo psichiatra, e l'operatore sanitario in generale, può commettere numerosi errori nella compilazione della cartella clinica che possono, in sede giudiziaria, confermare una responsabilità in termini di negligenza, imperizia, imprudenza.
L'Autore illustra, attraverso esemplificazioni cliniche, alcuni tra gli errori più frequenti e fornisce i suggerimenti per superare la problematica senza "cadere" nella psichiatria difensiva.

La prescrizione off-label dei farmaci

L. Lorettu

Clinica Psichiatrica, Università di Sassari

La prescrizione dei farmaci è sempre più vincolata da normative che risentono di numerosi condizionamenti compresi condizionamenti economici e ideologici. La pratica clinica, più volte, ha dimostrato che la normativa costituisce, spesso, un vincolo che non sempre è finalizzato al benessere del paziente. Il clinico pertanto può trovarsi a confrontarsi con una doppia responsabilità: da una parte non utilizzare dei farmaci che la letteratura scientifica indica come utili in una determinata condizione clinica, e, dall'altra, rientrare in una condizione di prescrizione *off-label* con conseguente rischio di un illecito penale e/o amministrativo.
L'autore illustra la normativa in merito alla prescrizione dei farmaci, attualmente in vigore, e presenta una esemplificazione clinica di casi in cui si configura il rischio professionale nella prescrizione dei farmaci.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA CAVALIERI 2

S38 - La psicopatologia dell'infanzia nell'età adulta

MODERATORI
P. Castrogiovanni, A. De Capua

I disturbi dello sviluppo nella psichiatria degli adulti: implicazioni cliniche e terapeutiche

A. Castrogiovanni, M. Di Rienzo, E. Corsi

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Siena

La letteratura circa le caratteristiche cliniche e psicopatologiche dei disturbi pervasivi dello sviluppo in età adulta è spesso carente, specialmente per quanto riguarda la sindrome di Asperger che solo recentemente ha ricevuto degna attenzione.
La sindrome di Asperger (AS) è un disturbo generalizzato dello sviluppo caratterizzato da un insieme di sintomi essenzialmente riconducibili a un particolare stile di *information processing* e ad una alterazione nei processi cognitivi che presiedono alla reciprocità sociale, di solito associati a buone abilità cognitive e linguistiche. I modelli esplicativi maggiormente riconosciuti per spiegare i deficit sociali nei pazienti con AS sono quello della *teoria della mente* e quello della *simulazione mentale*, che si basa sulle evidenze empiriche relative al sistema dei *mirror neurons*. L'evoluzione della AS nell'età adolescenziale e adulta è caratterizzata dalla comparsa di manifestazioni cliniche che tendono a "mascherare" i sintomi autistici, rendendone difficile il riconoscimento da parte degli psichiatri che si trovano a prendere in carico questo tipo di pazienti. Le manifestazioni più frequentemente associate sono quelle ossessivo-compulsive, talora inquadrabili in un vero e proprio disturbo ossessivo-compulsivo di asse I, quelle ansiose, verosimilmente secondarie alle istanze sociali non sufficientemente comprese e controllate, e quelle depressive, che sembrano emergere dalle ripetute esperienze di fallimento nell'intento di stabilire relazioni sociali. La AS nei pazienti adulti, anche qualora non si presenti in comorbidità con i disturbi suddetti, pone comunque allo psichiatra problemi di diagnosi differenziale con disturbi di asse I, quale il disturbo ossessivo-compulsivo e la schizofrenia, e con disturbi di asse II, quale il disturbo schizoide di personalità. Pertanto nella gestione clinica di questo tipo di pazienti è auspicabile un più stretto rapporto tra neuropsichiatria infantile e psichiatria dell'adulto al fine di gestire il passaggio dall'età infantile a quella adulta e le relative modificazioni delle manifestazioni psicopatologiche. Verranno discussi i risultati relativi ad uno studio condotto su un gruppo di pazienti psichiatrici adulti ricoverati presso il nostro reparto ai quali è stata somministrata una batteria di questionari specifici per indagare i tratti autistici e quelli Asperger.

Il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività nell'adulto (ADHD)

S. Pallanti, S. Bernardi

Università di Firenze

Introduzione: l'ADHD è stato dimostrato avere un elevata prevalenza anche nell'età adulta (4,4% USA) [1], nonostante ciò, il DSM IV permette di formularne diagnosi esclusivamente se la sintomatologia è insorta precedentemente al 7 anno di età, costringendo il curante a indagini retrospettive spesso non sufficientemente accurate. Recentemente la validità di questo criterio è stata messa in discussione [2].
Altra problematica diagnostica è dovuta alla frequente comorbilità con disturbi dell'umore, la cui sintomatologia nelle fasi maniacali è spesso sovrapponibile.
Lo scopo di questa indagine è stata quella di valutare la prevalenza e le caratteristiche cliniche di un campione di pazienti bipolari con comorbilità di ADHD.
Metodologia: abbiamo reclutato 50 pazienti bipolari I e II. Con lo scopo di valutare la presenza life-time di sintomi di ADHD sono state condotte interviste cliniche e somministrate Barratt *Impulsiveness Scale*, *la Wender Utah Rating Scale-25*, *Clinician-Administered Rating Scale for Mania*.
Risultati: il 18% (9 soggetti su 50) del campione è risultato aver avuto sintomi di ADHD, tra cui 5 li avevano al momento diagnostico. Dei 9 soggetti 7 rispettavano il criterio dell'età del DSM, 2 erano late-onset. I bipolari con comorbidità avevano anche un punteggio più elevato alla CARS-M e a tutte le sezioni della Barratt.
Conclusioni: questo studio riporta un tasso di comorbilità tra disturbo bipolare e ADHD coerente con quelli riportati in precedenza. La sovrapponibilità sintomatologica potrebbe essere spiegabile dalla comune alle due patologie elevata componente impulsiva. Questo studio riporta un'ulteriore evidenza della invalidità del criterio del DSM-IV riguardante l'età di onset.

Bibliografia

1 Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. *The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication*. Am J Psychiatry 2006;163:716-23.

2 Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Mick E, Murray K, Petty C, et al. *Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid?* Am J Psychiatry 2006;163:1720-9.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA VERDE

S39 - Le parole dello psicoterapeuta: importanza e insidie della self-disclosure nella costruzione della alleanza terapeutica

MODERATORI
C. Loriedo, I. Carta

La biografia del terapeuta

I. Carta
Milano

La trattazione del tema dei fattori specifici e aspecifici che entrano in gioco nella conduzione del processo psicoterapico nei diversi momenti in cui si articola, ormai da tempo ha messo in evidenza e sottolineato l'importanza della personalità del terapeuta. Questa variabile della cui importanza nessuno più dubita, soffre di una certa genericità nella sua definizione e il tema generale della self-*disclosure* offre la possibilità di approfondirne i contorni e di disegnarne alcune caratteristiche.
La personalità del terapeuta à leggibile nella sua storia personale, nella sua biografia che, come sappiamo, non è riducibile ad una sequenza di eventi. Questi costituiscono l'aspetto fenomenico della storia del personaggio in questione ma ad ogni storia è sottesa una trama molto complessa ed intricata di relazioni e di istanze motivanti scelte e comportamenti di cui si ha solo parzialmente coscienza. La biografia del terapeuta, letta in questa prospettiva, entra in gioco quando si attivano movimenti transferali e controtransferali che, conformemente ad una presa di posizione classicamente tradizionale, non dovrebbero costituire argomento di comunicazione ai pazienti in psicoterapia. Tutto questo rimane, dal punto di vista della tecnica e della teoria della tecnica, un punto fermo quando la scelta della tecnica è giustificata da una valutazione diagnostica, in senso psicodinamico, che prescrive per il terapeuta il rispetto della neutralità. Si configurano però delle situazioni in cui l'assetto strutturale della personalità dei pazienti richiede una apertura da parte del terapeuta di alcuni aspetti della sua personalità leggibili nella sua biografia, non tanto sotto il profilo descrittivo degli eventi di cui è sostanziata, ma nella prospettiva di esperienze vissute, elaborate e assunte a livello di coscienza. Ci sono situazioni in cui il paziente non è in grado di condurre in solitudine il lavoro della sua psicoterapia e necessita di avere accanto un persona che lo accompagni facendolo partecipe della propria esperienza e, in un certo senso, documentandone con l'esternazione narrativa, il valore della stessa. Non si tratta, evidentemente, di una ostensione fondata sulla ingenua convinzione che il raccontare aspetti della propria storia costituisca per il paziente una sorta di linea guida comportamentale, ma di un attento e ben ponderato utilizzo del *controtransfert*, una dimostrazione di comprensione di aspetti oscuri della mente del paziente testimoniata dalla apertura del suo sguardo su quelle esperienze di vita del terapeuta che esse hanno destato: un conoscere che è anche un riconoscersi e un confrontarsi.

Il sacro e il profano della psicoterapia: la self-disclosure del terapeuta tra spontaneità e problemi etici

M. Reda
Università di Siena, Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento, Sezione di Scienze del Comportamento

Si evidenzia, tramite lo studio di alcuni casi clinici, la portata della *self-disclosure* nell'ambito di una psicoterapia cognitiva post-razionalista.
Si considera l'importanza e la modalità per valutare un atteggiamento casuale che rischia di essere considerato una tecnica di intervento.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA MONTEMARIO

S40 - Comorbidità verso "patologie complesse" in psicopatologia: basi teoriche ed implicazioni terapeutiche

MODERATORI
A.C. Altamura, C. Faravelli

Comorbidità tra disturbo schizofrenico ed abuso di sostanze: una relazione causale o casuale?

O. Gambini, S. Scarone

Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, Università di Milano, A.O. San Paolo, U.O.C. di Psichiatria

Durante gli ultimi 5 anni, in letteratura vengono riportati con crescente frequenza dati consistenti in merito ad una co-presenza di Disturbi Psicotici e di Abuso di Sostanze. Le sostanze più frequentemente rilevate nelle condotte di abuso in pazienti affetti da disturbi psicotici sono i cannabinoidi e l'alcool, mentre sono ancora meno frequenti altre sostanze quali la cocaina, le anfetamine, ecc.
Il rilievo dato in letteratura a questo argomento deriva sia dall'incremento marcato dell'uso di sostanze in pazienti affetti da altre patologie psichiatriche, sia dalla maggiore complessità della gestione di questi pazienti.
In particolare, l'uso di cannabinoidi non solo è stato messo in relazione con alcuni aspetti sintomatologici della schizofrenia, ma anche ipotizzando un ruolo etiopatogenetico nella sua insorgenza (Murray et al., 2006).
Nella relazione verrà presentata una revisione dei dati di letteratura e successivamente i dati della co-presenza di diagnosi di abuso di sostanze e di disturbi psicotici in pazienti seguiti presso le struttura afferenti al DSM dell'A.O. San Paolo.

Le patologie associate al disturbo bipolare

E. Mundo, R. Bassetti, A.C. Altamura

Cattedra di Psichiatria, Università di Milano, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena

La co-occorrenza di patologie di asse I o II è un'evenienza che si verifica nel 60% dei pazienti con disturbo bipolare (DB). Secondo i dati presenti in letteratura, tale situazione rappresenta di per sé una variabile di esito sfavorevole, associandosi ad una maggiore frequenza di episodi misti, a più elevati tassi suicidari e ad una minore risposta al trattamento farmacologico. Numerosi studi epidemiologici hanno mostrato come il DB sia frequentemente associato ai disturbi d'ansia con tassi superiori rispetto alla popolazione generale. Questo si traduce in un decorso peggiore caratterizzato da una maggiore gravità delle ricorrenze, dal più frequente rischio di sviluppare rapida ciclicità, da una ridotta risposta al trattamento con gli stabilizzanti del tono dell'umore e da più significativi tassi suicidari [1].
Anche la presenza di un'associazione con l'abuso/dipendenza da sostanze si traduce in un peggiore decorso, rappresentato dalla più frequente comparsa di forme a cicli rapidi, da una ridotta aderenza terapeutica e da un aumento del rischio suicidario [2].
Diverse ipotesi possono spiegare l'elevata co-occorrenza di DB e condotte d'abuso, tra cui la possibilità di una comune diatesi genetica.
Saranno presentati i risultati di uno studio recentemente condotto [3] il cui scopo è stato quello di valutare l'effetto della durata di malattia non trattata (DUI) sul decorso del DB ed in cui si è evidenziata la presenza di una più frequente associazione con un disturbo da abuso/dipendenza da sostanze in pazienti con DUI più lunga (> 1 anno).
Questo dato ha quindi confermato l'importanza del fatto che il DB venga correttamente diagnosticato già nelle fasi iniziali e che venga tempestivamente instaurata una terapia specifica con stabilizzanti del tono dell'umore.

Bibliografia

1 Baldassano CF. *Illness course, comorbidity, gender and suicidality in patients with bipolar disorder.* J Clin Psychiatry 2006;11:8-11.
2 Dalton EJ, Cate-Carter T, Mundo E, Parikh S, Kennedy J, et al. *Suicide risk in bipolar patients: the role of co-morbid substance use disorders.* Bipolar Disord 2003;5:58-61.
3 Mundo E, Santini A, Salvadori D, Altamura AC. *Duration of untreated illness (DUI) and clinical course in Bipolar Disorder*. Presentato al 158° Annual Meeting dell'American Psychiatric Association, 2005.

Comorbidità dei Disturbi di Personalità

E. Caverzasi, I. Cirillo, F. Sarchi

Centro Interdipartimentale per lo Studio e la Ricerca sui Disturbi di Personalità, Dipartimento di Scienze San. Appl. e Psicocomportamentali, Università di Pavia

Il rapporto tra diagnosi di disturbo di personalità e altre diagnosi di asse I è questione centrale non solo dal punto di vista diagnostico e descrittivo ma anche etiologico e quindi terapeutico. La frequente comorbidità con la psicopatologia affettiva e/o ansiosa pone interrogativi circa l'esistenza e la natura di un'eventuale correlazione: il disturbo di asse I può essere condizione di base per lo sviluppo di un DP oppure il quadro clinico corrispondente alla diagnosi in asse I rappresenta la espressione più organizzata, più stabile e se-

vera di una patologia di tratto, che può come variante essere all'origine di un disturbo del comportamento oppure, ancora, non esiste nessun rapporto tra le due categorie. J. Clarkin e M. Lenzenweger sintetizzano la complessità della questione con l'interrogativo: "… è comorbidità, casualità o confusione".
D'altra parte come clinici che si occupano di patologie della personalità conosciamo bene i limiti della classificazione categoriale. Essa permette di descrivere e di classificare il disturbo in modo condivisibile, ma spesso non ci è d'aiuto nella comprensione del profilo psicologico di un particolare quadro clinico né ci fornisce indicazioni sulle sua articolazioni coi disturbi di stato. Inoltre tale classificazione risulta poco idonea al disegno di un intervento terapeutico (soprattutto psicoterapico, ma non solo). Al tempo stesso la sola osservazione clinica, spesso non sistematica e eccessivamente soggettiva, non è uno strumento sufficiente per orientarci in questo terreno incerto né è, da sola, strumento adeguato per raccogliere dati empirici significativi.
Come procedere? A quali strumenti diagnostici affidarci? Come integrare i dati della ricerca con i dati della stanza di consultazione? Sono quesiti ai quali rispondere per costruire una teoria capace di discutere il possibile rapporto tra disturbi di stato e sviluppo dei disturbi di personalità.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA LEONARDO

S41 - I sistemi di qualità in Psichiatria: bilanci e prospettive

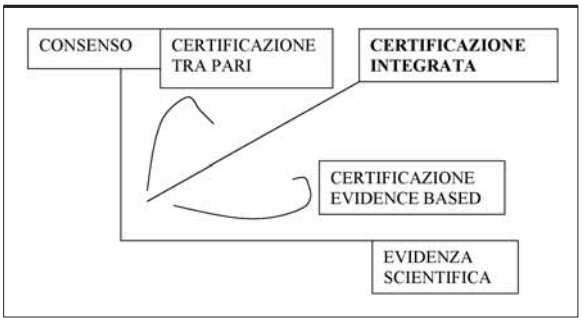
MODERATORI
M. Casacchia, G P. Guaraldi

La certificazione di qualità integrata Iso 9000: risultati dopo sei anni dalla sua introduzione nella Clinica Psichiatrica dell'Università di Modena e Reggio Emilia

F. Mazzi, M. Rigatelli, C. Ruggerini, G.P. Guaraldi

Università di Modena e Reggio Emilia, Dipartimento di Salute Mentale, A.U.S.L. Modena

Dal 1994 l'Unità Operativa di Psichiatria dell'Università di Modena e Reggio Emilia è impegnata a promuovere la qualità professionale e organizzativa all'interno dei servizi, ottenendo nel 2002 la certificazione ISO 9000 e successivamente impegnandosi ad integrare tale progetto, nel processo di accreditamento che la regione Emilia Romagna ha in corso per i Dipartimenti di Salute Mentale. L'esperienza maturata ci ha convinto che *oggettività scientifica e consenso da parte degli operatori* costituiscono due condizioni indispensabili per dar vita a qualsiasi attività di accreditamento o certificazione di qualità.



Il modello proposto "Certificazione di qualità integrata" sviluppa una negoziazione integrativa e dialettica tra consenso ed obiettività scientifica che rende possibile il superamento delle conflittualità e ambiguità che altri modelli di gestione della qualità hanno suscitato. Questo modello, nel rispetto dei requisiti ISO-9000, affronta i problemi dei conflitti tra diverse epistemologie, tra *efficacy* ed *effectiveness*, e sviluppa strumenti di valutazione di processo e di esito che non sottraggono tempo alle attività assistenziali, in questo modo sottrae alibi a chi si oppone all'introduzione della qualità nei Dipartimenti di Salute Mentale. Ci si propone, di rendere realmente operativo il processo di miglioramento continuo della qualità professionale e organizzativa che rappresenta il presupposto fondamentale per il mantenimento delle competenze e per l'adeguamento dei comportamenti dei professionisti allo stato delle conoscenze, nell'interesse di tutte le parti interessate, operatori, pazienti cittadinanza.

L'applicazione dei sistemi qualità: obiettivi, strategie, specificità

G. Grassi, D. Costi, E. Semrov, M. Trevia

Dipartimento di Salute Mentale, A.U.S.L. di Reggio Emilia

Negli ultimi anni si sono moltiplicate le opportunità per le Aziende USL di dotarsi di sistemi per la gestione della qualità; dalle metodologie nate in contesti extrasanitari, quali le Iso 9000-Vision 2000 o l'EFQM, all'accreditamento istituzionale, alle esperienze di accreditamento professionale o tra pari. Si tratta di sistemi con caratteristiche diverse (e maggiore o minore adattabilità alla disciplina sanitaria e in particolare psichiatrica) ma con la finalità comune di dotare i servizi sanitari, o loro parti come i D.S.M., di metodologie

e strumenti utili ad una gestione orientata al miglioramento continuo della qualità.
Quale che sia la metodologia adottata, tuttavia, va detto che si tratta di percorsi piuttosto lunghi ed onerosi in termini di impegno degli operatori e che è importante che siano ben definiti gli obiettivi di partenza: se cioè ci si avvicina a questa materia perché ci si vuole dotare di metodologie e strumenti di governo organizzativo, e in parte anche clinico, se ci si limita all'obiettivo primario di adempiere a degli obblighi di legge, se si mira, pur legittimamente, a garantire visibilità al proprio servizio.
Gli autori segnalano alcune caratteristiche fondamentali del percorso di implementazione di un sistema orientato realmente ad obiettivi di gestione per la qualità: occorre in primo luogo che il lavoro sia condiviso dal maggior numero possibile degli operatori, che abbia una vera logica di sistema piuttosto che rappresentare la sommatoria di un certo numero di requisiti, che coinvolga tutte le UU.OO. piuttosto che essere sintonizzato sulla lunghezza d'onda delle eccellenze, che ciò che si fa sia pensato per durare al di là della visita di verifica, che il carico documentale sia, nei limiti del possibile, contenuto. Infine, ma non meno importante, che vi sia il massimo di coerenza fra ciò che si dichiara ciò che si fa a tutti i livelli e che tutti, gestionali e professionali, possano apprezzare qualche risultato concreto in tempi relativamente brevi.
Per quanto riguarda la salute mentale va poi ricordato che la standardizzazione dei processi sembra confliggere con i presupposti stessi della relazione di cura e con l'autonomia dei professionisti. Questa è d'altra parte la critica più frequente ed è la fonte delle maggiori resistenze. Va fatta quindi chiarezza su alcuni punti: in primo luogo sul fatto che coerenza, trasparenza e qualità organizzativa nulla hanno a che fare con le specificità della salute mentale, sono anzi i presupposti per permettere agli operatori di qualunque servizio sanitario compresi i D.S.M., di lavorare con la dovuta efficacia. In secondo luogo, stante l'ineliminabile e legittima variabilità degli interventi in ambito psichiatrico, il cittadino ha diritto di sapere a fronte di definiti bisogni quali tipologie di prestazione il D.S.M. ritiene appropriate e quali è in grado di garantire. Infine, occorre dire che è ineludibile, anche nel campo specifico della Salute Mentale, il confronto e lo sviluppo di una cultura della valutazione, sia organizzativa che tecnico-specifica, che sottragga i servizi dall'autoreferenzialità e permetta loro di dialogare con la comunità scientifica, con gli amministratori, con le associazioni di utenti e familiari.

Un nuovo modello di accreditamento dei Servizi di Salute Mentale orientato ai risultati e agli esiti

P. Morosini

Istituto Superiore di Sanità

Recentemente i sistemi di accreditamento hanno esteso la valutazione di struttura e di processo alla valutazione di risultati e di esiti, nella consapevolezza che altrimenti si rischia di accreditare una qualità solo formale e non sostanziale.
Nella relazione verrà descritto un nuovo possibile approccio all'accreditamento dei Servizi di Salute Mentale, che cerca di fondere insieme i principi del modello ISO9000/Vision 2000 e i principi del modello EFQM.
In particolare dà molta più importanza ai requisiti relativi alla qualità professionale che a quelli riguardanti gli aspetti strutturali e la qualità organizzativa, e per ciascuna area dà particolare peso alla definizione di chiari obiettivi e alla loro condivisione da parte del personale, nonché alla valutazione dei risultati e degli esiti ottenuti. Sottolinea l'importanza di rilevare indicatori e analizzare il loro andamento nel tempo e il confronto con servizi simili (*benchmarking*).
Verranno utilizzati, come esempi, indicatori relativi a 5 prestigiosi servizi di salute mentale italiani e gli indicatori che la SIEP ha derivato dalle linee guida NICE sulla schizofrenia.

Linee guida NICE e gli stili di lavoro in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

M. Casacchia, A. Tomassini, R. Pollice, R. Roncone

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a direzione Universitaria, Università de L'Aquila

Scopo dello studio: l'applicazione sistematica delle Linee Guida (LG) e delle relative raccomandazioni proposte dal National Institute for Clinical Excellence[1] (NICE) sulla schizofrenia non è agevole soprattutto in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). La modalità per rendere maggiormente fruibili agli operatori tali LG è stata quella di una applicazione graduale delle stesse. Lo scopo del nostro studio è quello di valutare la conoscenza di base delle LG, l'ulteriore approfondimento dopo apposito training e l'impatto delle LG NICE sugli stili di lavoro degli operatori dell' SPDC, in due diversi Servizi.
Metodo: sono state coinvolte due strutture assistenziali del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, una di tipo ambulatoriale e cioè il Servizio di Monitoraggio e di Intervento precoce (SMILE) e l'altra rappresentata dal reparto di degenza di L'Aquila. Il disegno di ricerca prevedeva la somministrazione di un questionario agli operatori presenti nelle due strutture per valutare il grado di conoscenza di base delle LG per quanto attiene le procedure raccomandate per la gestione degli esordi e le raccomandazioni per quanto riguarda la gestione dei ricoveri ripetuti. Tutti gli operatori venivano sottoposti ad un training specifico che prevedeva la lettura condivisa in una sorta di *focus group* allargato, costituito dagli stessi operatori. Gli indicatori di esito erano rappresentati dalla variazione del grado di conoscenza sulle linee guida, sulla adesione alle stesse e sul numero delle volte in un periodo di 3 mesi in cui venivano prese in considerazione prima della decisione clinica.
Risultati: la somministrazione del questionario alle varie figure professionali a T0 ha evidenziato una notevole diversità nella conoscenza delle principali LG per quanto riguarda rispettivamente le procedure per gli esordi e quelle per i ricoveri ripetuti
La somministrazione del questionario alla fine del training, ha evidenziato una maggiore acquisizione e approfondimento delle linee guida, una buona adesione teorica delle stesse, mettendo in evidenza la possibilità di creare all'interno dell'équipe un atteggiamento più riflessivo e fondato sulla discussione. Infatti, nei 3 mesi di valutazione, gli ope-

ratori hanno preso in considerazione le raccomandazioni delle LG nel 70% dei pazienti che afferivano nelle 2 strutture di riferimento prima di prendere le decisioni opportune.
Conclusioni: i dati confermano la validità di breve training rivolto a tutti gli operatori presenti nella struttura evidenziando una soddisfacente adesione delle linee guida durante l'operatività clinica quotidiana
È necessario, tuttavia, un monitoraggio nel tempo attraverso strumenti opportuni (cartelle cliniche, audit fra pari, ecc.) per valutare la "ritenzione" delle LG discusse ed una reale modifica dello stile diagnostico-terapeutico degli operatori.

Bibliografia

National Institute for Clinical Exellence. *Schizofrenia. Linee guida cliniche complete per gli interventi fondamentali nella medicina di base e specialistica.* Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2004.

Accreditamento volontario in un Servizio per la riabilitazione psichiatrica

R. Pioli, G. Caletti, M. Danesi

IRCCS Centro S. Giovanni di Dio, Fatebenefratelli, Brescia

Introduzione: accreditamento volontario è il processo attraverso il quale un ente terzo non governativo, riconosce ed afferma che un'organizzazione sanitaria rispetta specifici standards che richiedono un continuo miglioramento nella struttura, nei processi, nei risultati. JCAHO è una organizzazione *non profit* indipendente che nasce negli Stati Uniti nel 1951, per il miglioramento della qualità in ambiente sanitario ed è pioniere nello sviluppo di misure di *performance* e di *outcome* per le organizzazioni sanitarie. Dal 1951 a oggi, JCAHO ha accreditato circa 18.000 organizzazioni e programmi sanitari tra cui 2680 organzzazioni per trattamenti di lunga durata. JCI (*Joint Commission International*) nasce 1997 per richiesta di numerosi altri paesi.
Punti di forza dell'accreditamento con JCI:
– valutazioni esterne, obiettive;
– riguardano tutta l'organizzazione;
– stimola al miglioramento continuo;
– implica una rivalutazione periodica secondo standard elaborati per consenso;
– coinvolge i professionisti nella definizione degli standard e del progetto valutativo;
– focalizza gli standard e il processo di valutazione sul paziente, sulla sicurezza ed efficacia delle cure;
– ottimizza la probabilità di *outcome* positivo.

Metodologia: I Fase maggio 2001-ottobre 2002
Nel 2001 la Regione Lombardia propone un progetto sperimentale a 10 strutture sanitarie del territorio regionale (6 pubbliche e 4 private) per valutare l'applicabilità degli standard JCI nel territorio lombardo. Anche l'IRCCS Centro S. Giovanni di Dio di Brescia, che si occupa di riabilitazione psichiatrica e delle demenze, viene selezionato.
Tappe:
– autovalutazione da parte degli operatori secondo il manuale JCI opportunamente tradotto;
– visita di consulenza dei visitatori internazionali;
– assistenza nel percorso di valutazione;
– formazione in sede Regionale di un gruppo di valutatori "interni" per il miglioramento delle qualità e di *performance;*
– implementazioni degli standard critici;
– seconda visita di consulenza;
– verifica conclusiva.

II Fase
– Richiesta dell'IRCCS Fatebenefratelli di Brescia dell'accreditamento volontario e implementazione di tutti gli standard.

Ogni standard (194) deve raggiungere un punteggio medio di 5 per essere ritenuto valido. Tutti gli standard sono suddivisi in due gruppi:
A) centrati sul paziente:
– accesso e continuità delle cure;
– diritti del paziente e dei famigliari;
– assessment del paziente;
– cura del paziente;
– informazione al paziente ed alle famiglie;

B) centrati sull'Organizzazione:
– miglioramento qualità e sicurezza del paziente;
– prevenzione delle infezioni;
– governo, leadership e direzione;
– sicurezza e gestione della struttura;
– formazione e qualificazione degli operatori;
– gestione delle informazioni;

Risultati: al dicembre 2002:
– 4 Organizzazioni accreditate;
– 1 Organizzazione in fase di verifica;
– 5 Organizzazioni in stand-by.

Il raggiungimento dell'Accreditamento volontario JCI è un risultato apprezzabile per un'organizzazione che provvede trattamenti di lunga durata per le persone con problemi psichiatrici.
Ha una durata triennale e nel caso dell'IRCCS Fatebenefratelli di Brescia la durata è: 1 gennaio 2003-1 gennaio 2006.
È uno strumento che si è rivelato molto utile per favorire il coinvolgimento e la partecipazione degli operatori e per facilitare il dialogo e la partecipazione attiva di utenti e familiari.
Risulta altresì uno strumento valido per incrementare la cultura della qualità e della valutazione continua in tutti gli operatori.
Tale strumento richiede monitoraggio, implementazione regolare, verifica costante e partecipazione di tutti gli operatori a tutti i livelli, altrimenti si esaurisce e si perde.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA SAN PIETRO

S42 - Neurosviluppo e disturbi psichiatrici

MODERATORI
P. Santonastaso, S. Galderisi

Stagionalità e disturbi del comportamento alimentare: neurosviluppo e ipotesi infettiva

A. Favaro, E. Tenconi, L. Ceschin, P. Santonastaso
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Introduzione: uno studio recente svolto da nostro gruppo di lavoro [1] ha mostrato che le complicanze perinatali possono avere un ruolo nella eziopatogenesi dei disturbi del comportamento alimentare. Rimangono da chiarire quali siano i meccanismi, genetici e/o ambientali, che comportano un aumento delle complicanze perinatali in questa popolazione di pazienti. Il nostro studio ha lo scopo di esplorare la compatibilità di una ipotesi infettiva con i dati in nostro possesso sulle complicanze perinatali e sulla stagionalità delle nascite nell'anoressia nervosa.
Metodi: i soggetti sono tutti i partecipanti ad uno studio epidemiologico svolto in un campione rappresentativo della popolazione generale (n = 934). Inoltre sono stati inclusi tutti i soggetti con diagnosi lifetime di anoressia e/o bulimia nervosa afferiti al Centro Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare, residenti nella stessa regione e appartenenti alla stessa coorte di nascita.
Risultati: l'anoressia nervosa (AN), ma non la bulimia nervosa (BN), mostra un andamento stagionale delle nascite, con un picco nei mesi estivi (giugno-luglio). Incrociando i dati delle infezioni stagionali (influenza, morbillo, varicella, rosolia) con le presunte date di concepimento, è possibile osservare una compatibilità tra il picco delle infezioni da influenza e primi mesi di gravidanza, e tra infezione da morbillo e secondo trimestre di gravidanza nell'AN. Nessuna relazione emerge invece esaminando i casi di bulimia nervosa. È stata anche esplorata la relazione tra infezioni e complicanze ostetriche riportate.
Conclusioni: l'ipotesi di un ruolo di fattori infettivi stagionali nella patogenesi dei disturbi del comportamento alimentare è compatibile con i dati in nostro possesso. Tali infezioni potrebbero avere un ruolo sia aumentando il rischio di complicanze ostetriche, sia attraverso un danno diretto a livello di neurosviluppo, visto che il periodo della gravidanza potenzialmente implicato coincide con il periodo del neurosviluppo.

Bibliografia

[1] Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P. *Perinatal factors and the risk of developing anorexia and bulimia nervosa.* Arch Gen Psychiatry 2006;63:82-8.

La schizofrenia deficitaria: un disordine del neurosviluppo?

S. Galderisi
Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Nei pazienti affetti da schizofrenia sono rintracciabili differenti percorsi neuroevolutivi: una compromissione delle funzioni cognitive, motorie e sociali nelle epoche precoci di vita, per esempio, è stata riportata in circa il 30% dei pazienti affetti da schizofrenia. L'importanza di tali aspetti per il successivo manifestarsi del disturbo conclamato e le caratteristiche cliniche dei pazienti con e senza tali antecedenti non sono state finora chiarite.
La diagnosi di schizofrenia deficitaria potrebbe identificare un sottotipo neuroevolutivo della schizofrenia in cui la presenza di una marcata compromissione cognitiva e comportamentale compromette l'acquisizione delle abilità di base indispensabili per un soddisfacente funzionamento sociale.
I pazienti con schizofrenia deficitaria, rispetto a quelli con schizofrenia non deficitaria, presentano un adattamento sociale più scadente nell'infanzia e nella prima adolescenza, hanno segni neurologici più severi e peraltro diversamente influenzati da fattori genetici, e hanno una più marcata riduzione del quoziente intellettivo.
Tali aspetti potrebbero rappresentare l'esordio della sindrome deficitaria, il cui mancato riconoscimento potrebbe ritardare gli interventi terapeutici, fino a renderli sostanzialmente inefficaci.

L'interazione tra stress e neurosviluppo nella patogenesi della psicosi

C.M. Pariante
Section and Laboratory of Stress, Psychiatry and Immunology (SPI-Lab); Institute of Psychiatry, King's College London

Secondo il modello dell'"alterato neurosviluppo" proposto negli anni '80 (Murray and Lewis, 1987), un precoce insulto nello sviluppo cerebrale risulta in alterazioni fisse e non progressive che contribuiscono alla patogenesi della psicosi. Questo modello è stato oggi rivisitato in base a risultati di recenti ricerche che dimostrano come le alterazioni cerebrali nei pazienti al primo episodio psicotico continuino a progredire nei primi anni di malattia, e come inoltre queste alterazioni non siano specifiche della psicosi, ma siano presenti anche in modelli animali di stress ed in pazienti con disturbi psichiatrici associati a situazioni di stress come la depressione. Questa nuova enfasi sul ruolo dello stress nella patogenesi della schizofrenia ha portato ad una nuova ondata di studi, alcuni condotti dal nostro gruppo di ricerca, che dimostrano come nei pazienti al primo episodio psicotico sia presente

un'iperattivazione dell'asse ipotalamo-ipofi-surrene (HPA), il principale asse ormonale coinvolto nella risposta allo stress [1 2]. Forse ancora più interessante è l'osservazione, in un altro studio del nostro gruppo di ricerca, che i soggetti in fase prodromica presentino un'attivazione dell'asse HPA prima dell'esordio psicotico, e che questa attivazione sia un importante fattore predittivo dello sviluppo di psicosi conclamata [3]. Il quadro che deriva da tutte queste nuove evidenze pone la necessità di rivalutare l'ipotesi dell'"alterato neurosviluppo" nella psicosi [4].

Bibliografia

1 Pariante CM, Dazzan P, Danese A, Morgan KD, Brudaglio F, Morgan C, et al. *Increased pituitary volume in antipsychotic-free and antipsychotic-treated patients of the AEsop first-onset psychosis study.* Neuropsychopharmacology 2005;30:1923-31.

2 Pariante CM, Mondelli V. *Neuroendocrinologia*. In: Rossi A, ed. *Psichiatria e Neuroscienze*, *Trattato italiano di Psichiatria*. 3ª Ed. Milano: Masson 2006, pp. 209-30.

3 Garner B, Pariante CM, Wood SJ, Velakoulis D, Phillips L, Soulsby B, Brewer WJ, Smith DJ, Dazzan P, Berger GE, Yung AR, van den BM, Murray R, McGorry PD, et al. *Pituitary volume predicts future transition to psychosis in individuals at ultra-high risk of developing psychosis*. Biol Psychiatry 2005;58:417-23.

4 Broome MR, Woolley JB, Tabraham P, Johns LC, Bramon E, Murray GK, et al. *What causes the onset of psychosis?* Schizophr Res 2005;79:23-34.

Correlati neuropsicologici delle complicanze ostetriche nell'anoressia nervosa

E. Tenconi, D. Degortes, P. Santonastaso, A. Favaro

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Introduzione: studi recenti [1] hanno mostrato che le complicanze perinatali possono avere un ruolo nella eziopatogenesi dei disturbi del comportamento alimentare. Nell'ipotesi di un ruolo del neurosviluppo, sarebbe a questo punto importante capire attraverso quali vie patogenetiche le complicanze ostetriche possono aumentare il rischio di questi disturbi. Una possibile ipotesi è che siano coinvolte alcune funzioni cognitive, come le capacità strategiche, la flessibilità, il perfezionismo e la tendenza a distorcere l'immagine corporea.

Metodi: 50 soggetti con diagnosi di anoressia nervosa sono stati esaminati dal punto di vista clinico e delle funzioni cognitive. Attraverso una intervista ai genitori e, quando possibile, attraverso l'analisi delle cartelle ostetriche, sono stati raccolti i dati sulla gravidanza e la presenza di complicanze ostetriche.

Risultati: le complicanze ostetriche sono correlate con l'età di esordio e, nell'anoressia nervosa di tipo restrittivo, con il livello di distorsione dell'immagine corporea. Un'età di esordio precoce sembra essere associata anche con maggiori difficoltà nel prendere delle decisioni strategiche. Infine, l'associazione tra i diversi tipi di complicanze ostetriche e gli specifici test cognitivi è stata esaminata.

Conclusioni: lo studio delle caratteristiche dei pazienti che hanno riportato complicanze ostetriche può rappresentare un passo importante nella comprensione della patogenesi dei disturbi del comportamento alimentare.

Bibliografia

1 Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P. *Perinatal factors and the risk of developing anorexia and bulimia nervosa.* Arch Gen Psychiatry2006;63:82-8.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30

SALA ORO

S43 - Personalità in psichiatria di liason e psicosomatica

MODERATORI

S. Fassino, R. Rigardetto

Il ruolo della personalità in medicina psicosomatica

G.A. Fava, E. Tomba, F. Ottolini, C. Belaise, C. Ruini

Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

Lo studio della personalità ha sempre avuto un ruolo di notevole importanza in medicina psicosomatica. Originariamente il tentativo è stato quello di collegare la vulnerabilità a determinate malattie con specifici tratti di personalità. Un esempio di questa linea di ricerca è il rapporto tra comportamento di tipo A e malattie cardiovascolari. I risultati sono stati tuttavia piuttosto controversi. Un altro aspetto esaminato è il ruolo dei fattori di personalità rispetto alla vulnerabilità generale alla malattia. L'esempio più importante è certamente quello che emerge dalla ricerca nell'ambito dell'alessitimia. Anche in questo settore i risultati sono stati controversi.

Le difficoltà della ricerca sulla personalità in medicina psicosomatica derivano anche dall'inadeguatezza clinica del

concetto psicometrico di tratto rispetto a quello di stato. Il ruolo delle caratteristiche individuali di benessere psicologico (autonomia, padronanza ambientale, relazioni positive, autoaccettazione, scopo nella vita, relazioni interpersonali) sta acquisendo crescente riconoscimento nella sua capacità di modulare la risposta individuale alla malattia. È possibile che modificazioni nell'atteggiamento nei confronti del benessere possano avere importanti risvolti positivi nel decorso della malattia.

Bibliografia

Fava GA, Sonino N. *The clinical domains of psychosomatic medicine*. J Clin Psychiatry 2005;66:849-58.

Predittori personologici di esito nella obesità

P. Leombruni

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino, SCDU Psichiatria, CPR DCA

Introduzione: nell'ambito del trattamento della grave obesità, oltre alla possibilità dell'intervento dietoterapico e farmacologico, si affianca oggi lo strumento della chirurgia bariatrica. I risultati sono spesso soddisfacenti, ma non univoci. La psichiatria di liaison può fornire utili spunti di riflessione dal punto di vista dei predittori di decorso e di esito.
Metodologia: si è ricercata l'eventuale associazione tra aspetti clinici, psicopatologici e di personalità, in pazienti obesi operati di gastroplastica verticale (GV). 65 obesi candidati a vari tipi d'intervento bariatrico sono stati sottoposti a valutazione clinica e psicologica preoperatoria (T_0) presso il reparto di Chirurgia Miniinvasiva del Prof. Morino dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista. I 38 pazienti operati di GV e rivalutati al 6° mese (T_1) hanno costituito il campione dello studio. A T_0, si sono somministrati: *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2), *Binge Eating Scale* (BES), *Body Shape Questionnaire* (BSQ), *State-Trait Anger Expression Inventory* (STAXI), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Temperament and Character Inventory* (TCI) e *Symptom Check List-90* (SCL-90) e proposto un'intervista semistrutturata sui comportamenti alimentari. Gli stessi soggetti sono stati rivalutati a T_1 con i medesimi test (TCI escluso) e la stessa intervista.
Risultati: oltre a confermare la significatività, come atteso, del calo ponderale postoperatorio, lo studio ha mostrato come alti punteggi nei due tratti del carattere, l'autodirettività e l'autotrascendenza, siano predittivi di un miglior esito rispettivamente per il calo ponderale e il vomito. Inoltre è emerso anche il ruolo dell'ascetismo all'EDI-2: un alto livello di tale indice predice un miglior esito in termini d'impulsività, immagine corporea e sintomatologia depressiva.
Conclusioni: la valutazione psichiatrica preoperatoria dei pazienti candidati a chirurgia bariatrica trova il suo valore nella misura in cui permette di discriminare il paziente che presenta possibili indici psicologici predittivi di scarso *outcome*. Lo studio evidenzia predittori dell'intervento di gastroplastica verticale, utili in quanto fruibili per interventi psichiatrici preoperatori e/o postoperatori. Tale studio infine conferma l'importanza di operare nell'ambito della chirurgia della grande obesità secondo un approccio di liaison, dove figure professionali psichiatriche e chirurgiche cooperano a definire un progetto terapeutico individualizzato, tenuto conto della cronicità di tale patologia.

Aspetti della personalità in pazienti affetti da morbi di Parkinson

G. Abbate Daga

SCDU Psichiatria, Centro Pilota regionale per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: il morbo di Parkinson (*Parkinson Disease* – PD) è una malattia ad evoluzione progressiva con patogenesi non definita correlata a degenerazione neuronale della Sostanza Nigra. Molti studi hanno sostenuto l'esistenza di una personalità parkinsoniana associata al disturbo, descritta come ossessiva e depressiva. Per ciò che concerne le terapie, la recente introduzione della stimolazione cerebrale profonda ad alta frequenza (*Deep Brain Stimulation* – DBS) mediante un elettrodo installato in sede chirurgicamente ha consentito un miglioramento della prognosi, ma anche alcuni dati per ora anedottici sul paradossale cambiamento di sintomatologia psichiatrica e personalità.
Materiale e metodi: scopo della presente relazione è confrontare per la sintomatologia ansiosa e depressiva e i tratti di personalità un gruppo di soggetti affetti da PD con DBS con un gruppo di pazienti affetti da PD senza DBS ed un gruppo di controllo sano. Per tutti i pazienti ed i controlli sono stati raccolti i dati anagrafici, clinici ed anamnestici ed è stata effettuata l'Hamilton sia per l'ansia sia per la depressione (HAM-A e HAM-D). La personalità è stata valutata con il *Temperament Character Inventory* (TCI).
Risultati: la sintomatologia ansiosa e depressiva misurata con HAM-A e HAM-D è minore nei pazienti trattati con DBS rispetto ai pazienti non trattati con DBS e tendenzialmente anche rispetto ai controlli. Al TCI due sottodimensioni della dimensione temperamentale Ricerca di Novità (NS): risultano più elevate nei pazienti con DBS la sottodimensione NS1 (eccitabilità esploratoria/rigidità stoica) e NS4 (disordine/irreggimentazione).
Discussione e conclusioni: la stimolazione cerebrale profonda ad alta frequenza (DBS) della Sostanza Nigra migliora la sintomatologia ansiosa e depressiva dei malati di Parkinson. Tale studio non può dirimere quanto il miglioramento sia dovuto direttamente alla stimolazione, e quanto sia dovuto al miglioramento del sintomo neurologico, tuttavia rimane il dato per certi versi sorprendente di valori decisamente inferiori rispetto ai controlli sani nei parkinson stimolati.
Per ciò che concerne la personalità i pazienti affetti da morbo di Parkinson senza DBS riportano caratteristiche di rigidità, meticolosità e non impulsività come già descritto in letteratura. Tali caratteristiche invece non sono presenti nei pazienti parkinsionani con DBS: in tali pazienti si riscontra infatti maggior propensione al cambiamento (NS1) ed un minor bisogno di controllo e di ordine (NS4). Il dato è innovativo e suggestivo poiché la teoria della personalità di Cloninger a cui fa riferimento il TCI correla la dimensione NS con il sistema neurotrasmettitoriale della dopamina, che, come è noto da decenni, è compromesso nei nuclei della base dei parkinsoniani. In tema di psicosomatica tali evidenze suggeriscono alcune rifles-

sioni rispetto all'unità psiche-soma ed all'interazione mente-cervello. Pare delinearsi l'ipotesi di modelli interattivi del funzionamento cerebrale più complessi di quanto finora ritenuto.

Why understanding the Self is essential in liaison psychiatry and psychosomatic medicine

T. Sensky

Department of Psychological Medicine, Imperial College London, Claybrook Centre, St Dunstan's Road, London, UK

A review of relevant literature will be presented to argue the case that understanding of the Self is crucial in clinical practice in liaison psychiatry and psychosomatic medicine. Physical symptoms, whatever their causes, are very likely to threaten the individual's sense of Self. In a seminal paper, Eric Cassell [1] proposed that suffering can best be understood as resulting from a perceived threat to the Self. Support for this formulation will be outlined, drawing on results from the published literature. If it is indeed common that illness, particularly serious illness, threatens the Self, then there are essentially three ways of managing this. First, curing the illness might remove the threat. However, for chronic illnesses, this is not a viable option. Secondly, the patient might aim to change his/her appraisal of the threat. In this context, a relevant concept is that of response shift – this has been described in the literature, but is currently supported by little empirical evidence. The third option is for the patient to revise those aspects of his/her concept of Self particularly threatened by the illness. It remains unclear why some individuals are themselves able to successfully accommodate such threats to the Self, while others may benefit from professional help. It will be argued that this formulation of Self in illness is helpful in clinical practice, and also raises particular questions for future research.

Bibliografia

[1] Cassell EJ. *The nature of suffering and the goals of medicine.* N Eng J Med 1982;306:639-45.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA NUREYEV

S44 - Attualità della Terapia Elettroconvulsivante

MODERATORI
A. Koukopoulos, G.B. Cassano

The working action of Electroconvulsive Therapy (ECT) in melancholic depression

T.G. Bolwig

The Department of Psychiatry, Copenhagen University Hospital, Rigshospitalet, Denmark

ECT, invented in Rome 1938 (Cerletti and Bini), is superior to all other treatment modalities in the therapy of melancholia and psychotic depression.
The working action is so far unknown, but an effect on neuroendocrine functions seems evident, with amelioration of the hallmark symptoms of melancholia (sleep disturbance, diurnal variation and other vegetative phenomena), and patients showing lack of corticol response to The Dexamethasone Suppression Test (DST). This is suggestive of a dysfunction of the HPA axis, responsive to ECT (Fink et al., 1980)
Recent research points to also an involvement of hippocampus in melancholia, with shrinkage of hippocampal volume measured with MRI in untreated depression, and a wealth of preclinical studies pointing to models of depression leading to decreased formation of new cells in the hippocampus (neurogenesis).
In animal studies antidepressant agents (SSRIs, MAOIs, TCAs) and especially ECT induce a reversal of this situation with demonstrable increase in hippocampal neurogenesis, and subsequent amelioration of symptoms and signs of "depression".
It is therefore suggested that the superior therapeutic action of ECT on neuroendocrine functions is preceded by early cellular changes of hippocampal structure and function, including neurogenesis.

Decorso maligno del disturbo bipolare e terapia elettroconvulsivante

A. Koukopoulos

Centro Lucio Bini, Roma

Chiamiamo decorso maligno un decorso cronico, senza intervalli, caratterizzato da un'alternanza di episodi depressivi, di episodi di depressione agitata, di episodi di eccitamenti misti anche psicotici e più raramente di episodi di ipomania. Abbiamo chiamato questo decorso maligno per la gravità dei sintomi, la grande sofferenza che provocano, l'alto rischio di suicidio e l'estrema difficoltà del trattamento. Tale decorso insorge in alcuni pazienti bipolari o inizialmente depressi unipolari, dopo protratti trattamenti con antidepressivi e può durare molti anni o terminare con il suicidio malgrado frequenti cambiamenti di antidepressivi in dosi considerate adeguate. Abbiamo trattato con terapia elettroconvulsivante, dopo avere sospeso gli antidepressivi, 64

pazienti con decorso maligno, 39 uomini e 25 donne. Risultato: remissione completa in 33 pazienti, remissione parziale in 9, nessun miglioramento in 22.

Le linee guida dell'AITEC per la terapia elettroconvulsiva (TEC); prima parte: Indicazioni, controindicazioni relative, effetti collaterali, TEC e tossicità neurale, basi elettrofisiologiche

A. Conca [1], R. Pycha [2], G. Giupponi[3], A. Koukopoulos[4]

[1] Ospedale Regionale Rankweil, Austria; [2] Servizio Psichiatrico, Brunico (BZ); [3] Servizio Psichiatrico, Bolzano; [4] Centro Lucio Bini, Roma

Le linee guida dell'Associazione italiana sulla e per la terapia elettroconvulsivante (AITEC) si fondano sui risultati di ricerca di base e su studi clinici ad alta qualità incluse le meta analisi attualmente a disposizione, si orientano alle linee guida messe a punto *dall'American Psychiatric Association* nel 2001, dal *Royal College of Psychiatrists* nel 2004, dall'associazione psichiatrica austriaca nel 2004, e considerano le a livello mondiale prime e mai cessate esperienze di terapia, studio ed aggiornamento nazionali. Le presenti linee guida forniscono delle indicazioni volte ad uniformare ed ottimizzare la formazione teorica sulla TEC onde garantire una qualità basata sulla evidenza scientifica nello scegliere, applicare e monitorare la TEC. Tale evidenza sia di ricerca di base che di clinica controllata attribuisce alla TEC un ruolo importante nel trattamento della depressione maggiore grave e dei disturbi depressivi resistenti ad altre terapie biologiche. La TEC risulta inoltre efficace, anche se in maniera meno evidentemente dimostrabile, nei disturbi schizofrenici, schizoaffettivi e maniacali resistenti ad altre terapie e può essere ritenuta vita salvaguardante nella catatonia maligna e nella ipertermia maligna. Lo spettro degli effetti collaterali della TEC è ben definito, i suoi sintomi risultano transitori. Di maggior importanza clinica sono gli stati confusionali e le turbe mnesiche. La conoscenza del principio bioattivo della fisica elettrica, l'adattamento continuo individuale dei parametri elettrici durante la TEC e la selezione di narcotici e di psicofarmaci capaci di influenzare le capacità cognitive riducono sia l'incidenza che l'intensità dei disturbi cognitivi e garantiscono la massima efficacia del trattamento. La TEC, secondo le attuali conoscenze, non causa danni strutturali al cervello. Poiché il trattamento viene eseguito sempre con assistenza anestesiologica in anestesia breve e miorisoluzione, non sussistono delle controindicazioni assolute per il suo impiego. Lesioni cerebrali occupanti spazio, ipertensione endocranica, emorragia endocranica recente, infarto miocardio recente, anomalie vascolari quali aneurismi o trombosi delle vene del bacino, distacco retinico, ipertensione grave, feocromocitoma, malattie degenerative gravi dell'apparto osteoarticolare costituiscono delle controindicazioni relative. Il rischio del trattamento è determinato quasi esclusivamente dal rischio anestesiologico, l'indice di mortalità è basso e risale al 1:30.000. La TEC risulta una terapia ad alta affidabilità che comporta una neurotossicità pressoché trascurabile e comunque non duratura.

Le linee guida dell'AITEC per la terapia elettroconvulsiva (TEC); seconda parte: Aspetti pratici nell´utilizzo della TEC, prevenzione delle turbe mnesiche, combinazione con psicofarmaci, aspetti legislativi.

R. Pycha[1], A, Conca[2], G. Giupponi[3], A. Koukopoulos[4]

[1] Servizio Psichiatrico, Brunico (BZ); [2] Ospedale Regionale Rankweil, Austria; [3] Servizio Psichiatrico, Bolzano; [4] Centro Lucio Bini, Roma

L'indicazione e l'applicazione della TEC dipendono da un'équipe di trattamento qualificata composta in linea minima da uno psichiatra, un'anestesista ed un infermiere di entrambi le specialità. Sono da considerare un luogo di trattamento adeguato, un'anestesia breve con monitoraggio delle funzioni vitali ed una documentazione dell'intervento tramite EEG (ed eventualmente EMG). La scelta del dosaggio elettrico adeguato, il posizionamento più favorevole degli elettrodi, la frequenza e la durata della TEC sono fondate dal punto di vista scientifico e clinico per quanto riguarda la cura del disturbo depressivo. I parametri di stimolazione per altre indicazioni si basano soprattutto su ricerche cliniche. Ciò vale anche per la TEC di proseguimento e di mantenimento.

Fra gli effetti collaterali, le turbe cognitive assumono la maggiore importanza clinica. Disturbi cognitivi subentrano nel 30% dei trattamenti e risultano gravi nel 5-7% della loro insorgenza. La loro prevenzione migliore consiste nell'ottimizzazione dei parametri di stimolazione e delle cure farmacologiche concomitanti. L'anestetico ketamina sembra possedere delle facoltá protettive rispetto agli effetti collaterali mnesici.

La combinazione della TEC con psicofarmaci è ritenuta sicura in linea di massima. Mentre le benzodiazepine possono diminuire l'efficacia antidepressiva della TEC, gli antipsicotici ne aumentano l'effetto antipsicotico ed antimaniacale. Nonostante la TEC e gli antidepressivi vengano in pratica spesso combinati, questo approccio non è né consigliabile né sconsigliabile.

La TEC è considerata in Italia un trattamento curativo ad indicazioni tendenzialmente limitate dalla circolare ministeriale del 15.2.1999 (alla depressione ed all'episodio maniacale resistenti ad altre terapie, alla catatonia maligna ed alla sindrome maligna da neurolettici) ed abbisogna di documentazione sufficiente. La TEC necessita di informazione accurata degli interessati e delle loro famiglie con ricorso al consenso informato scritto. Nel caso di pazienti incapaci di acconsentire, l'applicazione della TEC è soggetta ad autorizzazione del tribunale di sorveglianza.

Aspetti medico legali della terapia elettroconvulsivante

S. Ferracuti

Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

Nonostante la terapia elettroconvulsivante (ECT) abbia assunto un connotazione fortemente stigmatizzante, e generi

grande preoccupazione nel pubblico, i suoi effetti collaterali e i possibili danni sono estremamente limitati, qualora il trattamento sia correttamente praticato.
Una revisione delle sentenze di Cassazione consente di poter affermare che tutti i casi su cui vi è stato un pronunciamento della Suprema Corte sono relativi a modalità di pratica della terapia inadeguate, con errori professionali dovuti a negligenza e, anche in rapporto a quella che può essere la casistica personale, il tipo di problematiche medico legali a cui si può andare incontro sono effettivamente minime, se il trattamento è eseguito correttamente. Si sono avuti diversi casi dove si è cercato di attribuire all'ECT una casualità in complicazioni effettivamente derivanti da altre ragioni.
La terapia deve sempre sottostare al principio della beneficialità, ovvero va valutato se il rischio a cui si espone il paziente è accettabile dato il tipo di patologia presente. Se i pazienti sono adeguatamente selezionati, il rapporto costo/beneficio può essere valutato in modo corretto.
Il principale problema che, casomai, si può porre, è se il paziente tipo che candita al trattamento, ad esempio un soggetto con depressione psicotica agitata, abbia effettivamente una adeguata capacità di esprimere un consenso informato. In questo caso, anche se il trattamento con ECT dovesse far regredire i sintomi depressivi, il paziente potrebbe sostenere che, ad esempio, non era in grado di comprendere adeguatamente il fatto che la terapia poteva indurre una perdita di memoria a breve termine, e ritenersi danneggiato.
Peraltro è anche da considerare che si può avere il caso inverso, dove, apposta perché un paziente con una condizione depressiva maggiore con sintomi psicotici non è stato trattato con ECT, nonostante tutte le terapie farmacologiche fossero fallite, si è poi suicidato. In questo caso, non aver offerto al paziente questa alternativa terapeutica ha violato il principio della beneficialità.
Il punto di equilibrio tra superamento del pregiudizio su una terapia che, ormai, in questo clima sociale, gode una reputazione spesso inquietante, la sua indubbia efficacia su un sottogruppo di pazienti a prognosi spesso infausta, e una corretta professionalità medico psichiatrica è complesso e richiede una integrazione di dati clinici, psichiatrico forensi e un rapporto medico paziente basato su una concezione non paternalista della medicina.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA S. GIOVANNI

S45 - Neuroscienze del lobo temporale

MODERATORI
A. Picardi, M. Nardini

Clinica dell'epilessia temporale

G. Di Gennaro

Centro per la Chirurgia dell'Epilessia, IRCCS NEUROMED, Pozzilli (IS)

L'epilessia del lobo temporale rappresenta l'epilessia più frequente delle serie chirurgiche. Usualmente si distinguono due sottotipi sindromici:
– *mesiale:* crisi parziali semplici o complesse, raramente secondariamente generalizzate. Spesso sono inaugurate da manifestazioni soggettive (a volte isolate) di tipo viscero-sensitivo (es. sensazione epigastrica ascendente) associate talora a manifestazioni di tipo affettivo-emotive (es ansia) associate a manifestazioni vegetative quali tachicardia, pallore cutaneo del volto ecc. A volte, invece, il disturbo iniziale può essere di tipo psico-esperienziale (deja-vu, deja-veçu). La perdita di coscienza può mancare anche in corso di automatismi. Tra questi ultimi si segnalano quelli oro-alimentari, molto precoci, e gestuali, spesso prevalenti ipsilateralmente alla scarica critica. La distonia dell'arto superiore controlaterale alla scarica critica, di solito non iniziale, testimonia la diffusione a strutture sottocorticali. Nel postcritico possono esservi confusione mentale e disturbi del linguaggio, quest'ultimo in caso di coinvolgimento dell'emisfero dominante. L'EEG critico evidenzia un appiattimento focale del tracciato, spesso con attività rapida di basso voltaggio, sulle derivazioni temporali seguita da attività ritmica di banda theta-alfa che coinvolge progressivamente tutte le derivazioni temporali di un lato;
– *laterale:* le semiologia clinica critica è meno ben definita. Di solito la presenza di sintomatologia uditiva o vertiginosa, un arresto molto precoce del linguaggio o in generale la povertà di manifestazioni motorie automatiche (pseudoassenze) nonché il rapido sopraggiungere di manifestazioni motorie focali, orienta verso il coinvolgimento iniziale di strutture temporali laterali. L'EEG critico spesso è caratterizzato dall'assenza dell'appiattimento iniziale e da un'attività ritmica regionale di banda theta-delta.

Fisiologia e connettività dell'ippocampo durante memoria di riconoscimento

A. Bertolino

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Introduzione: studi nell'uomo e nell'animale hanno dimostrato che un network di regioni cerebrali è coinvolto nella *performance* di compiti neuropsicologici di memoria dichiarativa e di memoria di riconoscimento. Questo network include la formazione ippocampale (HF) e la corteccia prefrontale ventrolaterale (VLPFC). Altri studi in animali hanno, inoltre, suggerito che la relazione tra queste due regioni

cerebrali è fortemente modulata dalla dopamina. Pertanto abbiamo ipotizzato che un polimorfismo funzionale di un singolo nucleotide (Val158Met) del gene della catecol-O-metiltransferasi (COMT) potesse modulare sia l'attività che la connettività di HF e di VLPFC.
Metodologia: utilizzando la risonanza magnetica funzionale (fMRI) in un gruppo di soggetti sani controllando diverse variabili sia comportamentali che genetiche, abbiamo valutato l'effetto di questo polimorfismo della COMT sulla funzione di HF e VLPFC e sulla loro connettività funzionale durante un compito di memoria di riconoscimento.
Risultati: l'allele Val della COMT era associato a: ridotta *performance* comportamentale alla rievocazione delle informazioni; riduzione dell'attività della HF e maggior attività in VLPFC sia durante la fase di registrazione che di rievocazione delle informazioni; connettività funzionale sfavorevole tra HF e VLPFC durante la rievocazione delle informazioni. Inoltre, la connettività funzionale durante la rievocazione era correlata con l'accuratezza comportamentale.
Conclusioni: questi risultati mettono in luce differenze individuali nella responsività e nella connettività funzionale tra HF e VLPFC correlate a modulazione genetica della dopamina, un meccanismo che spiega, anche se in parte, le differenze individuali di *performance* durante compiti di memoria di riconoscimento.

Modificazioni nel tempo della memoria visuospaziale e verbale di pazienti con epilessia temporale in seguito a intervento di rimozione dell'area epilettogena

L. Grammaldo

Centro per la Chirurgia dell'Epilessia, IRCCS NEUROMED, Pozzilli (IS)

Introduzione: la valutazione neuropsicologica costituisce parte integrante dell'iter chirurgico di pazienti affetti da epilessia parziale farmacoresistente.
In sede prechirurgica la neuropsicologia, naturalmente inserita nella globalità dello studio, si pone come sempre più riconosciuto ausilio capace di fornire utili indicazioni circa l'emisfero e, talora, i sistemi neuronali coinvolti dalle crisi. Essa riveste fondamentale importanza, nell'ambito della chirurgia dell'epilessia temporale, nella predizione del rischio di amnesia postoperatoria dopo lobectomia temporale. Scopo dello studio è quello di valutare nel tempo l'andamento nel tempo delle funzioni mnesiche in un gruppo di pazienti affetti da epilessia del lobo temporale farmacoresistente sottoposti ad intervento neurochirurgico.
Metodologia: tutti i pazienti con epilessia temporale farmacoresistente candidati a intervento di rimozione dell'area epilettogena presso il nostro Centro vengono sottoposti a una valutazione prechirurgica che comprende un'ampia batteria neuropsicologica. Ai pazienti che presentano deficit di memoria discordanti con il lato della zona epilettogena viene controindicato l'intervento chirurgico. Questo studio riguarda pazienti consecutivi affetti da epilessia temporale farmacoresistente che hanno praticato l'intervento neurochirurgico ed avevano effettuato due valutazioni di follow-up postchirurgico dopo 1 e 2 anni. Criteri d'inclusione sono: 1) dominanza manuale destra; 2) età > di 18 anni; 3) intervento neurochirurgico comprendente la resezione delle strutture mesiali; 4) terapia farmacologica anticomiziale invariata al momento delle tre valutazioni. A tutti i pazienti, in tutte le tre valutazioni, è stata somministrata la stessa batteria di test neuropsicologici esplorante le principali funzioni cognitive. Ai fini di questo studio sono stati considerati esclusivamente i dati provenienti dai test esploranti le funzioni mnesiche verbali e visuo-spaziali.
Risultati: a distanza di 1 anno dall'intervento l'andamento delle funzioni mnesiche non ha mostrato modificazioni sostanziali rispetto ai dati prechirurgici, mentre il follow-up eseguito a 2 anni dall'intervento ha invece evidenziato una tendenza al miglioramento della prestazione mnesica. L'entità del miglioramento è risultata indipendente dal genere, dall'età, dal lato dell'intervento, dall'eziologia, dalla durata di malattia e da altre variabili cliniche.
Conclusioni: i risultati di questo studio suggeriscono che la chirurgia dell'epilessia temporale farmacoresistente, in pazienti selezionati mediante protocollo prechirurgico non invasivo, è sicura da un punto di vista dell'esito cognitivo anche senza l'ausilio del test di Wada, a condizione che vengano esclusi dall'intervento i pazienti con deficit mnesici discordanti con il lato della zona epilettogena

Un approccio elettrofisiologico alle funzioni del lobo temporale nell'uomo

O. Papazachariadis, G. Di Gennaro*, P. Quarato*, V. Esposito*, A. Genovesio, S. Ferraina

*Dipartimento di Fisiologia umana e Farmacologia, Sapienza Università di Roma; * Unità Chirurgia dell'Epilessia, IRCSS Neuromed, Pozzilli*

Introduzione: la percezione, il riconoscimento e la memorizzazione delle facce e di altre immagini complesse richiede il normale funzionamento di una serie di aree corticali interconnesse. Tra queste sono riconosciute alcune aree del lobo temporale, recentemente ampiamente studiate anche nell'Uomo.
Metodi: l'attività di popolazioni neuronali è stata registrata dalla superficie corticale di un gruppo di pazienti con epilessia temporale farmacoresistente. In questo tipo di pazienti, che vanno incontro alla risoluzione chirurgica della loro epilessia, è comune una esplorazione invasiva elettrofisiologica della sede di origine della crisi epilettica. Il controllo strumentale del comportamento permette di mettere in relazioni le modifiche osservate nel segnale con le variabili controllate. Il compito che i soggetti dovevano svolgere era l'osservazione di immagini rappresentanti facce, case, oggetti o animali. Ai soggetti è stato richiesto di memorizzare le immagini presentate serialmente e di riconoscerle tra quelle presentate in una immagine test successiva. In altri esperimenti sono state invece presentate una serie di immagini non codificabili ed ai soggetti è stato richiesto di formare delle associazioni arbitrarie tra queste immagini e la direzione di movimento di un joystick.
Risultati e conclusioni: saranno presentati dati preliminari ottenuti dal gruppo di ricerca e confrontati con dati presenti in letteratura che indicano un ruolo oramai ben definito del lobo temporale nell'elaborazione complessa delle immagini visive ed in specifici aspetti dei processi di memorizzazione.

Studio longitudinale degli aspetti psicopatologici ed emozionali di pazienti con epilessia temporale sottoposti a intervento di rimozione dell'area epilettogena

G.N. Meldolesi

IRCCS Neuromed, Pozzilli (IS), Centro per la Chirurgia dell'Epilessia

Introduzione: l'epilessia è una malattia cronica che comporta per le persone affette un notevole peso emotivo e indubbie conseguenze sul piano psicopatologico. È indicativo il fatto che in particolare i pazienti con epilessia del lobo temporale (TLE) presentino una più alta prevalenza di disturbi dell'umore e d'ansia rispetto alla popolazione generale. La presentazione clinica della depressione e degli altri disturbi emozionali nei pazienti con TLE è spesso atipica e non permette una classificazione secondo i sistemi diagnostici categoriali ICD e DSM. Obiettivo dello studio è di approfondire la conoscenza del decorso delle variabili emozionali di stato e di tratto nonché delle variabili di personalità in pazienti con TLE farmacoresistente dopo intervento di rimozione chirurgica dell'area epilettogena.
Metodi: è stata eseguita una valutazione della depressione (BDI), dell'ansia (STAI), della rabbia (STAXI) e dei tratti di personalità (MMPI) in un campione di 74 pazienti con TLE prima dell'intervento chirurgico di lobectomia temporale anteriore, e quindi a 1 anno e a 2 anni di distanza. Dei 74 pazienti idonei, 52 (70%) hanno completato la valutazione psichiatrica ad entrambe le visite di follow-up. Abbiamo utilizzato il t-test di Student ed il coefficiente di correlazione di Pearson per esplorare al baseline la relazione tra variabili psichiatriche e variabili cliniche e demografiche. Quindi, sono state eseguite ripetute analisi di misura della varianza (ANOVA) per monitorare i cambiamenti nel tempo delle variabili psichiatriche.
Risultati e conclusioni: prima dell'intervento il BDI, lo STAI e lo STAXI hanno documentato la presenza, in media, di una lieve depressione, ansia e rabbia, in particolare di rabbia rivolta all'interno. Al MMPI punteggi moderatamente elevati si sono riscontrati alle scale Hs, D, Hy e Pt, indicando la presenza di depressione e di ansia sia somatica che psichica. Dopo l'intervento, la depressione ha mostrato una graduale ma modesta riduzione; l'ansia una graduale ma significativa diminuzione; la rabbia è rimasta invariata durante il primo anno ed è poi crollata in modo significativo al secondo anno. In conclusione, i risultati dello studio mostrano che in pazienti con TLE, dopo lobectomia temporale anteriore, la depressione, l'ansia e la rabbia si modificano in tempi diversi e con modalità differenti. Inoltre, i cambiamenti osservati nelle emozioni basiche sono largamente indipendenti da modificazioni di personalità. L'associazione tra più giovane età all'esordio, più breve durata di malattia e maggior miglioramento di parecchie dimensioni della rabbia suggeriscono che il trattamento chirurgico dell'epilessia può apportare un più grande beneficio emozionale ai pazienti se eseguito in fasi precoci di malattia, piuttosto che in fasi più avanzate.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA MALTA

S46 - L'attacco al corpo: psicopatologia, significati psicodinamici, relazionali e provvedimenti terapeutici

MODERATORI
F. Gabrielli, M. Bellomo

Tentato suicidio nella depressione e vissuti del paziente

L. Ghio, E. Zanelli, W. Natta, P. Fornaro, G. Del Puente, F. Gabrielli

DINOG, Sezione di Psichiatria, Università di Genova

Tra il 30 e 70% dei pazienti che mettono in atto un comportamento autolesionistico è affetto da depressione maggiore o depressione non specificata.
L'elevato rischio di ripetizione di tali comportamenti in pazienti depressi rappresenta un problema prioritario di sanità pubblica considerando che tra il 40 e il 60% delle persone che si suicidano hanno messo in atto precedenti tentativi.
Nel 2004 il *National Institute For Clinical Excellence* (Nice) ha pubblicato le linee guida per la gestione a breve termine del paziente che mette in atto comportamenti autolesionistici sottolineando le scarse evidenze di interventi efficaci e raccomandando l'implementazione di ricerche di tipo qualitativo per esplorare il punto di vista dei pazienti, sia per la comprensione dei gesti messi in atto sia per la valutazione della soddisfazione degli interventi ricevuti.
Il coinvolgimento dell'utente, attraverso l'ascolto dei suoi vissuti e delle sue opinioni, è importante non solo come atteggiamento empatico, ma anche come elemento strategico per il miglioramento della qualità dell'assistenza, soprattutto in quelle situazioni cliniche difficilmente oggettivabili e prevedibili, come i comportamenti autolesionistici. Ciò è tanto più importante se si pensa che il 70% dei pazienti che commette il suicidio si rivolge a una figura sanitaria nei sei mesi precedenti.
In questo studio vengono presentati i risultati di uno studio qualitativo condotto con la metodologia dei *focus group*.

Bibliografia

Haw C, Houston K, Townsend E, Hawton K. *Deliberate self harm patients with depressive disorders: treatment and outcome.* Journal of affective Disorders 2002;70:57-65.

Sinclair J, Green J. *Understanding resolution of deliberate self harm: qualitative interview study of patients' experiences.* BMJ 2005;330:1112.

Parker G, Mitchell P, Kotze B, Wilhem K, Parker K. *Self-harming in depressed patients: pattern analysis.* Aust NZJ Psychiatry 2005;39:899-906.

Comportamenti autolesivi in adolescenza: significati e programmi terapeutici. Una metodologia psicoterapica psicoanalitica operativa con figli e genitori

G. Ferrigno, S. Penati

DINOG, Sezione di Psichiatria, Università di Genova

Abbiamo preso in considerazione un campione di 170 giovani di età compresa fra i 14 e i 21 anni seguiti presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Genova dal 1997 ad oggi. In tutti i pazienti i comportamenti autolesivi sono stati preceduti da atteggiamenti meno eclatanti ma evidenziatori di malessere psichico: cattivo rapporto con il proprio corpo, disturbi del sonno con inversione del ritmo sonno veglia, dolore alla testa e all'addome, timore del confronto con i coetanei con tendenza all'isolamento, compromissione del rendimento scolastico, conflittualità accese con i genitori. In tutti i casi è stata evidenziata una condizione di vulnerabilità narcisistica, che i genitori e l'entourage tendono a descrivere come "permalosità esagerata", associata a vissuti di umiliazione, mortificazione e vergogna (più che di colpa), legati alle proprie aspettative disattese e alla mancata gratificazione delle attese narcisistiche nei confronti dell'oggetto (i genitori). Tutti i ragazzi seguiti lamentavano ansia da prestazione e i processi di separazione-individuazione e di differenziazione all'interno della propria famiglia erano altamente problematici. I pazienti e le loro famiglie si sono avvantaggiati di una metodologia operativa caratterizzata da contratti brevi, ripetibili, coinvolgenti sia i ragazzi che i genitori, incontri indirizzati ad offrire una prospettiva di lettura diversa di una determinata "azione" e a dare un senso ad un comportamento in relazione a determinate emozioni.

Trattamenti psicoterapici brevi e ripetibili sembrano proteggere questi ragazzi da un timore di dipendenza senza tempo, rispettando così la grande vulnerabilità narcisistica che fa viver loro la "dipendenza" anche dal proprio corpo, come minaccia alla propria integrità psicofisica. Si tratta infatti di pazienti "in azione" (come i loro genitori), assaliti da fantasie incestuose che provocano un eccitamento violento e intollerabile che impedisce loro di pensare e li spinge ad agire. Una serie di colloqui permette al terapeuta di accogliere e restituire al paziente l'immagine di un oggetto provvisto di valore, di trasmettere il piacere di stare e pensare assieme in contrapposizione all'eccitamento sensoriale fonte di angoscia spesso non tollerabile.

Bibliografia

Adamp S, ed. *Un breve viaggio nella propria mente*. Napoli: Liguori 1990.

Aliprandi M, Pelando E, Senise T. *Psicoterapia breve di individuazione*. Milano: Feltrinelli 1990.

Ladame F. *I tentativi di suicidio degli Adolescenti*. Roma: Borla 1987.

Pelanda E. *Il tentativo di suicidio in adolescenza*. Milano: Angeli 2003.

Le scarificazioni: tra esperienza culturale e manifestazioni di autolesionismo

G. Del Puente, L. Ghio

DINOG, Sezione Psichiatria, Università di Genova

Vengono analizzate interviste attuate a persone, appartenenti al nostro tipo di società, presentanti scarificazioni (intendendo con questo termine varie lesioni corporee autoprovocate: ustioni o *branding*, incisioni sulla cute, asportazione di lembi di pelle).

La scarificazione si pone in un *continuum* di passaggio tra gli eventi indotti dalla cultura ad una estremità e le manifestazioni di autolesionismo dall'altra. La scarificazione ha come obiettivo la costituzione di una identità (ricerca di un' immagine rassicurante di sé usando trasformazioni della pelle secondo processi immaginativi proposti dalla cultura stessa), mentre l'autolesionismo vuole raggiungere una anestetizzante inibizione della funzione del pensare.

Le due manifestazioni si somigliano invece per la (relativa) impulsività dell'effettuazione, per la presenza quasi costante di un sottostante disturbo di personalità (per lo più *borderline*), per l'alta frequenza del dato anamnestico di episodi di abuso sessuale, per la presenza infine di disturbi (attuali o pregressi) della condotta alimentare.

La società accetta alcune forme di modificazioni dell'integrità della cute come normali (piercing, tatuaggi), comportamenti che sono considerati esteticamente migliorativi e socialmente significativi. La scarificazione partecipa di questo modellamento fornito dalla cultura, anche se in forma ridotta rispetto a quanto si osserva nei tatuaggi.

In questo processo appare evidente il parallelismo con altre forme di cultura (africane sub-sahariane soprattutto) nelle quali le scarificazioni racchiudono un significato (ed anche ovviamente un messaggio) estremamente preciso: segni di iniziazione, richiami religiosi e mitici, espressione e testimonianza di manifestazioni di coraggio, appartenenza ad un gruppo, esorcizzazione di timori legati all'azione di spiriti maligni, aderenza ai canoni estetici vigenti in quella società e quindi connotati di valenze sessuali, mezzo per intimorire i nemici, ecc. In forma senz'altro meno appariscente la nostra cultura tende anch'essa ad attribuire comunque significati grossolanamente analoghi alle scarificazioni, attingendoli dal proprio patrimonio simbolico e rappresentativo.

Come evento culturale, che la avvicina al tatuaggio, la scarificazione propone una uguaglianza tra significante e significato: impedisce cioè il formarsi di un vero simbolo (Segal, 1957).

La scarificazione descrive e constata inoltre il fallimento di altre forme di comunicazione, quale quella del linguaggio (pensato, scritto, parlato).

Bibliografia

Segal H. *Note sulla formazione del simbolo*. In: *Scritti psicoanalitici*. Roma: Astrolabio 1984.

Il corpo diviso: anoressia e obesità

M. Bellomo

DINOG, Sezione Psichiatria, Università di Genova

Scopo dello studio è la ricerca di strumenti diagnostici e terapeutici finalizzati alla cura dei disturbi del comportamento alimentare.
Il campione è rappresentato da 120 pazienti seguiti in trattamento ambulatoriale (94% femmine); così distribuiti dal punto di vista diagnostico: AN 36,7%, BN 25%, DCA NAS 17,5%, BED 20,8%. Lo studio ha previsto la valutazione psichiatrica, nutrizionale, un'intervista semistrutturata e la somministrazione del MMPI-2. Il 100% delle pazienti con AN è in condizione di sottopeso con BMI <19 mentre il 58,8% delle altre categorie diagnostiche, presenta un BMI > 30. I pazienti con obesità hanno presentato al MMPI-2 alta alexitimia e atteggiamenti negativi al trattamento psicologico e bassa motivazione al trattamento generale; risultati sovrapponibili, riguardo a queste scale, si sono ottenuti nei pazienti affetti da AN e in sottopeso.
L'ipotesi psicodinamica più attendibile di queste due tipologie di pazienti descrive una caratteristica fragilità dell'autostima e alterata consapevolezza della propria immagine corporea, che comporta una carente integrazione a livello sensoriale, degli stimoli percettivi. Il corpo diventa l'involucro di una organizzazione difensiva di barriera, realizzata attraverso il controllo onnipotente delle esigenze istintuali. L'anoressica emaciata e la sovrabbondante obesa sembrano non vedere il proprio corpo, ma seguire un bisogno patologico di rappresentarlo secondo un modello di negazione e di controllo finalizzato a mantenere l'integrità del Sé. Le anoressiche che aderiscono alla terapia presentano un maggior numero di drop-out dopo un miglioramento iniziale che, piuttosto che fornire rafforzamenti positivi, minaccia l'assetto difensivo e causa alle pazienti un senso acuto di precarietà. Nei pazienti affetti da obesità grave si evidenzia particolarmente la mancanza di adesione al trattamento psicoterapico con drop-out precoci: per es, optano per soluzioni di tipo chirurgico, scegliendo il rafforzamento della difesa dell'alexitimia. Tacitare il corpo, deprivarlo del piacere, nutrirlo in modo inadeguato, soffocarlo, diventano possibilità di essere; mentre l'attacco al corpo realizza una condizione di rafforzamento dell' identità e di controllo. Il corpo nell'anoressia e nell'obesità diventa la rappresentazione concreta di un conflitto che viene vissuto come scisso, con assenza di integrazione tra funzioni e rappresentazioni; corpo diviso perché la corporeità come simbolo e i suoi correlati sono separati. Il lavoro psicoterapeutico deve favorire l'integrazione mente-corpo e mitigare le connotazioni distruttive, superando una condizione alexitimica e la carenza-assenza di simbolizzazione corporea.
Il trattamento integrato, realizzato nel 30% dei casi, ha consentito di ottenere una riduzione del *drop-out* dopo miglioramento rispetto ai gruppi di controllo, valutato in un periodo di tempo di 4 anni (dal 23 al 15%). Il lavoro di motivazione al trattamento, la riabilitazione nutrizionale, la psicoterapia focale hanno favorito un miglioramento delle percezioni corporee e dei suoi correlati emozionali e la possibilità di sperimentare sia la cura del corpo attraverso l'adeguato nutrimento che il sollievo del dolore mentale.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA DEI CESARI

S47 - Suicidio, convinzioni laiche e religiose

MODERATORI
M. Balestrieri, L. Grassi

Suicidio e religiosità

L. Pavan, E. Toffol, A. Gori

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione Psichiatrica, Università di Padova

Religione e religiosità hanno da sempre influenzato le dinamiche suicidarie secondo molteplici modalità.
Il senso comune fa pensare che sia un fattore protettivo l'appartenere a credi specifici, in particolare alle principali religioni monoteistiche rivelate (Cristianesimo, Islamismo, Ebraismo).
I tassi di suicidio più bassi si hanno nei Paesi islamici, dove spesso il suicidio e il tentato suicidio sono considerati illegali e amorali. Di contro il Corano presenta la figura del martire in chiave attiva, come combattente morto per l'Islam, portando al fenomeno del suicidio-omicidio di numerosi attentati terroristici.
L'Ebraismo condanna ampiamente l'agito dal punto di vista sia morale che religioso ed i tassi di suicidio in Israele risultano significativamente più bassi rispetto a quelli degli stati occidentali.
Tra i Cristiani il suicidio sembra essere meno frequente tra i Cattolici rispetto ai Protestanti, anche se va sottolineata la distinzione tra pratica religiosa e religione come elemento culturale. La letteratura dimostra infatti come sia più influente la partecipazione al culto dell'appartenenza ad una specifica confessione. Un recente studio condotto a Padova ha mostrato come i praticanti siano anche meno proni alla ripetizione del gesto autolesivo.
La religione come modo esistenziale, umanistico e collaborativo di rispondere a interrogativi umani e da sempre senza risposta viene presentata come elemento determinante nella dinamica suicidaria.

Dai Kamikaze ai martiri suicidi

M. Balestrieri

Università di Udine, Azienda Ospedaliero-Universitaria Udine

Nella Seconda Guerra Mondiale approssimativamente 2.800 attaccanti kamikaze affondarono 34 navi della marina, ne danneggiarono altre 368, uccisero 4.900 marinai e ne ferirono oltre 4. 800.
I kamikaze giapponesi agivano in un contesto di guerra regolare, mentre i combattenti islamici colpiscono civili in un contesto di guerra non convenzionale.
La progressione di questa guerra compiuta attraverso gli attacchi suicidi fa parte della storia contemporanea. Nel 1980 l'ayatollah Khomeini inviò decine di migliaia adolescenti inermi a morire contro l'esercito dell'Iraq. Dal 1982 il "martirio volontario" venne esportato dall'Iran agli sciiti libanesi (Hezbollah).
Nel 1987 iniziò l'intifada in Palestina e il movimento radicale Hamas crebbe a spese di Al Fatah (frazione maggioritaria dell'OLP di Arafat). Nel 1993 vi è stato un avvicinamento tra Hezbollah e Hamas e vi è stato il primo attacco suicida in Palestina. Progressivamente, ma soprattutto con gli attentati del 11 settembre 2001 e la diffusione dell'immagine di Osama Bin Laden, il movimento Al Qaeda ha superato i confini nazionali, facendo dei singoli movimenti un aspetto unico di una guerra islamica internazionale.
Questa relazione propone un'analisi del fenomeno dell'attacco suicida, attraverso una disamina di un ipotetico profilo psicologico dell'attentatore, dei fattori socio-culturali che sostengono il fenomeno e delle posizioni espresse dal mondo Islamico rispetto a questo tragico fenomeno.

I suicidi nelle sette religiose

M. Di Fiorino

Ospedale della Versilia e Scuola di Psichiatria di Pisa

Le sette religiose rappresentano un ambito privilegiato per lo studio dei suicidi collettivi.
I meccanismi di identificazione, descritti per l'effetto Werther, trovano un terreno particolarmente fecondo all'interno di un gruppo chiuso, che può abbassare le inibizioni e le angosce concernenti il suicidio.
L'omologazione culturale in Occidente ha lasciato alcune sacche, in cui un capo carismatico, dopo aver raccolto intorno a sé dei seguaci, può condurre gli esperimenti "comunitari" più audaci.
I suicidi-omicidi collettivi, che in epoca classica sono sempre stati espressione di comunità assediate, hanno interessato nel nostro tempo alcuni gruppi religiosi settari.
Il suicidio può essere in linea con la teologia del gruppo (come il "transito" verso livelli superiori) o rappresentare una riaffermazione delle credenze settarie in contrasto con i "traditori" o i "persecutori".
Nei suicidi collettivi a volte si possono distinguere:
a) un suicidio che è poi oggetto di imitazione (in tali casi prevalgono meccanismi di persuasione o induzione);
b) suicidi simultanei, legati ad influenze e suggestioni reciproche e riverberantesi [1].

La persuasione e l'induzione svolgono un ruolo all'interno di gruppi chiusi.
Vanno considerate le credenze, il senso di appartenenza al gruppo, le aspettative di persone che vivono in un rapporto di dipendenza da un capo carismatico o un guru.
Quando le attese non si realizzano scattano dinamiche che permettono comunque di rimanere insieme, anche nella scelta fatale del suicidio.
Anche il linguaggio può piegarsi nella manipolazione ad assumere significati differenti. Addirittura il significato stesso del suicidio invece che alla morte può essere collegato alla sopravvivenza.
Secondo Wessinger (2000) sono maggiormente a rischio di passaggio alla violenza i gruppi "fragili", "assaliti" o "rivoluzionari".
Se il rischio si tradurrà in uno o più incidenti dipende da una molteplicità di fattori:
a) esterni al movimento;
b) interni: vicissitudini percepite come intollerabili ("fragilità") e anche le dinamiche psicologiche che si manifestano all'interno di certi piccoli gruppi.

Bibliografia

[1] Di Fiorino M. *L'illusione comunitaria. La costruzione moderna delle comunità artificiali*. Bergamo: Moretti e Vitali 1998.

Eutanasia e direttive anticipate di trattamento: un dibattito ancora aperto

C. Moreschi, M. Castellani

Cattedra di Medicina Legale, Università di Udine

Negli ultimi decenni il progresso delle Scienze biomediche è stato tumultuoso, ed ha suscitato numerosi e complessi interrogativi della Bioetica.
Verranno trattate, dal punto di vista etico-deontologico, giuridico e medico-legale, e tramite un *excursus* dei modelli legislativi vigenti in alcuni Paesi europei ed extraeuropei, le problematiche in tema di direttive anticipate, sospensione delle cure ed eutanasia, anche alla luce dei disegni di legge in materia di dichiarazioni di volontà anticipate sui trattamenti sanitari presentati alla XII Commissione Permanente (Igiene e Sanità) del Senato italiano.
Dalla discussione emerge la necessità di un rapido intervento del Legislatore nella materia, intervento che dovrebbe quanto meno porre dei punti fissi da cui non si possa prescindere.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA ROSSA

S48 - Psichiatria e Religione

MODERATORI
L.S. Filippi, V. Rapisarda

Domande e risposte "nevrotiche" del teismo e dell'ateismo

L.S. Filippi
Sapienza Università di Roma

Le domande cui si riferisce questo studio sono quelle che riguardano i grandi temi dell'esistenza (il senso della vita, il perché del male e del dolore, l'origine del cosmo e dell'essere umano, la morte e l'oltretomba ecc.). Esse, all'esame del semplice buonsenso, risultano tutt'altro che nevrotiche, dal momento che sembrerebbe assai strano che sia "malato" chi si chiede da dove viene, dove va e via dicendo. Infatti se le pongono da sempre credenti e non credenti: «Felix qui potuit rerum cognoscere causas», felice colui che ha potuto conoscere la causa delle cose, dice Virgilio [1].
Non meraviglia che proprio il fondatore della psicoanalisi, pur ammettendo che forse è effetto del suo pessimismo, in una lettera del 1937 a Maria Bonaparte le abbia ritenute "nevrotiche" [2]. Infatti l'umana realtà del maestro viennese non lo esime dal soggiacere alle dinamiche inconsce che egli stesso ha genialmente studiato (proiezione, razionalizzazione, generalizzazione ecc.). Così, per inciso, sembrano legati ai suoi problemi infantili il suo ateismo e il ritenere che la religione sia solo un soddisfacimento del bisogno di protezione e una riparazione, attraverso i riti, all'ostilità edipica verso il padre ed ai conseguenti, gravosi sensi di colpa [3]. D'altra parte per i credenti cristiani non fa problema che dinamiche inconsce possano stimolare questi importanti interrogativi. La Grazia, infatti, ordinariamente non altera le dinamiche umane, anzi si serve di queste per condurre alla ricerca anche di verità trascendenti. Ricorderemo d'altronde che per Freud la "ricerca del vero" fa parte di quei piaceri "più fini ed elevati" che l'Io sufficientemente maturo è portato a perseguire [4]. Concetto ribadito dal suo discepolo Heinz Hartmann, che ha dato origine al filone di Psicoanalisi dell'Io [5] e che tra l'altro attribuisce l'interesse religioso agli interessi dell'Io [6].
Ma in un congresso di Psicopatologia è opportuno esaminare l'eventuale modalità nevrotica (infantile) di porsi tali domande. Ciò si verifica tutte le volte che non si lascia spazio alla ricerca, all'approfondimento della verità, come quando il soggetto ritenga, trionfalisticamente, che la sua posizione rispetto a tali problemi sia l'unica possibile e non rispetti, anzi magari compianga, le posizioni altrui; oppure viva detta posizione con eccessiva insicurezza; o ancora pretenda delle risposte esaustive, che gli umani limiti non consentono. Per i cristiani infatti vale quanto afferma il grande mistico Giovanni della Croce, che cioè «... (l'Essere divino) non cade sotto pensiero o appetito o senso alcuno, né in questa vita si può conoscere come sia; ché anzi il più sublime che quaggiù si possa sentire e gustare di Dio dista infinitamente da ciò che Dio è nella sua essenza» [7]. Prendiamo, per esempio, il problema del male e del dolore. Per i pensatori teisti (tra cui Biagio Pascal) [8] solo Dio è perfetto: qualunque realtà che non sia Dio è imperfetta, e ciò rende inevitabile la sofferenza. D'altronde, per i cristiani, Dio stesso ha voluto condividere la condizione umana di gioia e di dolore, attraverso l'incarnazione di Gesù Cristo. Ma sarebbe altrettanto una pretesa ritenere che tale argomentazione, in una materia che ha alle spalle millenni di discussioni, Concilii, riforme, controriforme ecc., sia soddisfacente per tutti. In definitiva in queste domande e nelle relative risposte, come del resto nelle altre manifestazioni della vita, si possono presentare gli eventuali tratti di carattere nevrotici (angosciati, dipendenti, depressivi, maniacali, persecutivi, ossessivi, fobici ecc.), che portano a viverle, come già accennato, in modo trionfalistico o rinunciatario, agnostico o relativista acritico, perfezionista o formalista e via dicendo.
In ogni caso tutti, "normali" o nevrotici, se siamo alla ricerca, possiamo giovarci dell'espressione di Pascal [9] (ispirata a Bernardo di Chiaravalle [10] e dai profondi echi agostiniani [11]): "Non Mi cercheresti se non mi avessi già trovato!".

Bibliografia

1 Virgilio. *Georgiche*, II, v. 489.
2 Freud S. *Lettere 1873-1939*. Trad. it. Torino: Boringhieri 1960, p. 402.
3 Rizzuto AM. (1998) *Perché Freud ha rifiutato Dio?* Trad. it. Torino: Centro Scientifico Ed. 2000.
4 Freud S. (1929) *Il disagio della civiltà*. Trad. it. In Opere, vol. X, Torino: Boringhieri 1978, p. 571.
5 Hartmann H. (1939) *Psicologia dell'Io e problema dell'adattamento*. Trad. it. Torino: Boringhieri 1966.
6 Hartmann H. *Psychoanalysis and moral values*. New York: International University Press 1960.
7 S. Giovanni della Croce (1578-1583). *Salita del Monte Carmelo*, libro II, cap. 4, n. 4. In *Opere*. Roma: Postulazione generale dei Carmelitani scalzi 1967, p. 78.
8 Pascal B, (1668-1672*), Pensieri* (raccolta di Léon Brunschvicg), n. 72 e passim.
9 Pascal B., *op. cit.,* n. 553.
10 S. Bernardo di Chiaravalle (circa a. 1126), *De diligendo Deo*, cap. VII, 22.
11 S. Agostino (circa a. 398*), Confessioni*, libro X, cap. 20.

La personalità alla prova della Fede

C. Maffei
Università Vita-Salute San Raffaele, Facoltà di Psicologia, Milano

Numerose concezioni convergono nel considerare la personalità come un complesso sistema di regolazione dell'identità personale e delle relazioni interpersonali, coerentemente con l'idea di considerare lo sviluppo e la realizzazione di ogni umano tra gli umani come un intrinseco, ma assai arduo, compito di ogni essere umano. La capacità di ricono-

scersi adeguatamente negli aspetti positivi e negativi della propria identità, la capacità di relazione empatica con gli altri, la capacità di progettare la propria vita a lunga scadenza in armonia con la società, la capacità di appagamento nel fare la felicità altrui oltre che la propria, sono caratteristiche della personalità evoluta, in contrapposizione con la parzialità dell'immagine di sé e degli altri, la schiavitù imposta dalla realizzazione di mete esclusivamente pulsionali, la relazione egoistica di sfruttamento degli altri per il proprio vantaggio, che tipizzano gran parte delle personalità patologiche. Tuttavia, è lecito chiedersi se non vada considerata, dentro una compiuta teoria della personalità che realmente cerchi di avvicinarsi alla comprensione della natura umana e non sia espressione di costrutti mentali di derivazione sociologica, nella loro transitorietà, la relazione tra personalità evoluta e fede. Contrariamente a quanto il senso comune e, purtroppo, l'esperienza comune spesso dimostrano, con il termine fede non va intesa la cieca credenza intrisa di supersitizioso rapporto con un sovrannaturale idealizzato e manipolato mentalmente a proprio piacimento, bensì l'apertura fiduciosa verso il limite di sé nell'accettazione del mistero, ovvero di quella dimensione dell'esperienza umana definibile come *sacro*. La psicologia scientifica della personalità, infatti, rischia di cadere nello scientismo razionalista nel momento in cui ipotizza che la piena maturazione della personalità possa avvenire prescindendo da quella categoria antropologica, il *sacro* appunto, che ha sempre evidenziato come la pienezza della realizzazione di sé, nel rapporto con sé e con gli altri umani, sia intimamente connessa con il riconoscimento del proprio limite nel confronto con il mistero e la paradossale infinitezza di senso che esso genera.

La diagnostica dei deliri mistici

V. Rapisarda, C. De Pasquale

Clinica Psichiatrica, Università di Catania

Se si ricerca nei testi di Psichiatria più usati in Italia i deliri mistici sono omessi e si dedica loro pochissimo spazio. In realtà anche se si legge che compaiono con minore frequenza (cosa peraltro tutt'altro che dimostrata) rivestono una rilevante importanza assieme agli stati di estasi talora associati, ove non si voglia condividere la tesi di Tanzi che il misticismo ai nostri giorni è tutta patologia mentale.
Certo non è facile esporre in termini sintetici e chiari la diagnosi differenziale tra misticismo autentico e deliri mistici, tra estasi religiosa ed estasi patologica.
Posso solo segnalare la urgenza di recuperare la dimensione religiosa nella teoria e nella prassi psichiatrica per una corretta analisi e per una adeguata interpretazione non solo ai fini diagnostici ma anche terapeutici e persino preventivi.
Il riferimento a Mauthier, G. Russel, Bolgiani, Agnoletto dal lato di chi in qualche modo condivide la posizione del positivista Tanzi e di Michaux, Bezza, Ermanno Pavesi dall'altro che riprendono gli studi di Janet, Charcot e Ribot per affermare la esistenza di un misticismo autentico, ispirato da una religiosità contemplativa che non impedisce l'azione come in Santa Teresa d'Avila [1], che fonda addirittura 18 Conventi, al contrario di ciò che avviene nei deliranti e mistici inautentici, contrassegnati da abulia e mancanza di forze, come la Maddalena descritta da Janet [2].

Si è già detto come in poche righe si esaurisce il tema dei deliri mistici che alcuni (Vita) [3], definiscono anche religiosi, mentre Cassano nel 1994 sostiene che riguardano tematiche religiose spesso in un fondo di grandezza (rivelazione, missione, salvazione) mentre nel 2006 così si esprime: "Si tratta di esperienze a contenuto religioso in un fondo di grandezza … caratteristico è il vissuto mistico di contatto con il divino". Kolb nel 1979 aveva inserito i deliri mistici nei deliri di grandezza [4]. La stessa collocazione si ritrova in H. Ey [5].
Pancheri nel suo trattato li ritiene molto variabili; i pazienti riferiscono di comunicazioni telepatiche con Dio, di esserne messaggeri o addirittura una nuova incarnazione di Cristo. Maggiore difficoltà nel valutare convinzioni mistiche senza un coinvolgimento in prima persona del paziente [6].
Reda descrive un caso di una donna settantenne, parafrenica che asseriva di avere da tempo dimestichezza col papa e che la sua ricca tematica mistica l'aveva dotata di capacità profetiche [7].
La psichiatria più recente, di cui è certamente espressione non trascurabile il DSM, giunto alla sua quarta edizione riveduta, giudica il delirio in rapporto al contesto culturale in cui vive ed è cresciuto il soggetto delirante, elemento decisivo anche nell'ambito dei deliri mistici.
In questo ambito la religione più o meno autentica e la religiosità della comunità in cui è cresciuto il soggetto delirante hanno un ruolo tutt'altro che trascurabile.
Opportuno è accennare alla estasi che Janet e Lopez Ibor citati da Vallejo-Nagera [8], considerano la faccia opposta dell'angoscia e descritta come "un uscire da se stessi per raggiungere uno stato di incoscienza nella fusione con il cosmo". Si parla di beatitudine quando il soggetto ha una sensazione di sublimità derivata dal suo sentire interiore, si accompagna ad inibizione motoria e viene vissuta dal soggetto come uno stato di godimento ineffabile.
Descrizioni più estese e ricche si leggono in Borgna [9] che giustamente rivendica la somiglianza ma non la identità degli stati mistici autenticamente religiosi e quelli propriamente psicopatologici.
Utile altresì leggere sull'estasi in testi dell'Antico Cristianesimo [10 11].
Per la spiegazione di questi fenomeni meritano un cenno gli Autori che sulla base delle nuove conoscenze sui due emisferi (Matte Blanco, Foulkes, citate da Ancona) [12] e sulla irrazionalità che è una componente anche dell'uomo normale (Lenz) ritengono di poter stabilire come afferma Borgna che l'esperienza mistica è una controimmagine della esperienza psicopatologica.
Occorre perciò analizzare meglio questi aspetti non semplici nell'ambito di una rivalutazione della religione e della religiosità nel determinismo della malattia mentale e soprattutto nel suo ruolo sulla prevenzione e quindi per la salute mentale.
Il rapporto psichiatria-religione deve perciò abbandonare le preclusioni e le limitazioni di una scienza positiva ottocentesca che considerava l'anima, la vita spirituale e religiosa fuori dal dominio della osservazione e dell'intervento dello psichiatra o addirittura con Freud considerare la religiosità causa di nevrosi e persino ritenere la religione una nevrosi ossessiva universale.
Occorre altresì ricordare che, contrariamente a quanto avviene in Italia, Francia e Brasile, paesi in cui Freud domina

la psicologia e forse anche la cultura, la psicodinamica non si è fermata al dogma freudiano ma già con Jung, Adler, Fromm e Franckl la religione e la religiosità sono state giustamente riconosciute un fatto positivo, per non parlare della fenomenologia di Binswanger che sottolinea gli aspetti terapeutici della religione e della morale, riprendendo concetti già espressi da Esquirol e Pinel con il loro trattamento morale dei malati di mente.
Queste considerazioni, a partenza da un circoscritto problema semeiotico-psichiatrico, sono un esempio come una corretta clinica psichiatrica non possa prescindere da una visione antropologica e multiculturale in cui la religione ha un posto privilegiato, superando tradizionali contrapposizioni tra laici e cattolici, tra psicodinamisti e biologisti, per confidare nel progresso psichiatrico che comporta la armonica valutazione (che sia vera conoscenza e non solo informazione) di dati biologici, psicologici e sociali, senza trascurare la spiritualità e la religiosità che in senso positivo e in senso negativo condizionano l'esistenza umana.

Bibliografia

1. Cristiani L. *La storia della Chiesa XVII. La Chiesa al tempo del Concilio di Trento*. Torino: SAIE 1977, p. 248.
2. La Delfa E, Rapisarda V, et al. *Psichiatria e misticismo: un rapporto dinamico*. In *Misticismo e Psichiatria*. Catania: Formazione psichiatrica 1985, p. 47.
3. Vita A, Garbarini M. *Psicopatologia generale*. In: *Manuale di Psichiatria e Psicologia clinica*. Milano: McGraw-Hill 2006.
4. Kolb LC. *Psichiatria clinica*. Napoli: Idelson 1979.
5. Ey H, Bernard P, Brisset C. *Manuale di Psichiatria*. Masson 1990.
6. Pancheri P, Brugnoli R, Marconi DL, Carilli L. *Pensiero*. In: *Trattato italiano di Psichiatria*. Milano: Masson 1999; vol. I, p. 413.
7. Reda GC. *Psichiatria*. Torino: UTET 1993.
8. Vallejo Nagera JA, Vizioli R. *Introduzione alla Psichiatria*. Roma: Il Pensiero scientifico 1970.
9. Borgna E. *L'esperienza mistica come controimmagine della esperienza psicopatologica*. In: *Misticismo e Psichiatria*. Catania: Formazione psichiatrica 1985, p. 2.
10. Di Bernardino A. *Dizionario patristico di antichità cristiane*. Marietti 1983, vol. I.
11. Kraft H. *La teologia dei Padri*. Roma: Città nuova 1976.
12. Ancona L. *Il debito della Chiesa alla psicoanalisi*. Milano: F. Angeli 2006.

Il sacro e la follia

S. Zipparri

IHG, Istituto di scienze neurologiche e psichiatriche, Italian Hospital Group, Roma

Viene inizialmente descritta una situazione clinica che l'autore sta seguendo in psicoterapia da più di due anni presso la CTR "Villaggio Adriano" dell'Istituto IHG presso cui lavora. Si tratta del caso di una giovane madre di circa 22 anni che, a causa di un disturbo mentale che fu in seguito diagnosticato come "Disturbo psicotico breve", in preda ad uno stato delirante per il quale sentiva che lei e la sua bambina di due mesi erano "*spacciate*" e sarebbero finite per sempre all'inferno, a meno che non avesse procurato la morte ad entrambe, trafisse con un coltello da cucina la sua piccola al ventre, uccidendola, e poi tentò di trafiggere se stessa in prossimità del cuore con un secondo coltello, senza tuttavia morire e rafforzandosi così nell'idea di essere per davvero nelle mani di Satana.
Il caso* si presta molto bene alla discussione dei rapporti tra alcune modalità di espressione dell'esperienza religiosa e i sentimenti di onnipotenza e persecutorietà che, uniti a meccanismi di scissione, caratterizzano questo tipo di produzioni deliranti, così come è stato evidenziato fin dai tempi ormai remoti della pubblicazione freudiana del caso Schreber.
Ma ancora di più, e per i suoi contenuti specifici, consente di affrontare la tematica del "*sacrificio*" (e soprattutto del "*sacrificio filiale*") non solo per come la si ritrova in molte narrazioni mitologiche e religiose (come ad esempio nel racconto biblico di Abramo e Isacco) ma anche e soprattutto per come è stata trattata dall'antropologia contemporanea e, in particolar modo, da René Girard.
Più ancora che nella tragedia di Medea, se già nel mito dei Titani un Dioniso ancora bambino viene smembrato e divorato crudo, è però soprattutto nelle "*Baccanti*" di Euripide che, a causa delle illusioni e degli inganni tesi da questo stesso dio della mistificazione e del travestimento, la madre del re Penteo, assieme alle altre "menadi" (come lei stregate da Dioniso ed in preda alla follia delirante) si getterà sul corpo del proprio figlio non riconosciuto e scambiato per quello di un animale feroce, per straziarlo e dilaniarlo con furia accecata.
In questo contesto si ricorderà che non è mancato chi ha visto nella morte di Penteo sul monte Citerone un *sacrificio filiale* che per certi versi ricorda la "passione" di Cristo; che Nietzsche aveva intuitivamente intravisto un profondo legame di continuità esistente tra Dioniso e Cristo ("*questo Dioniso crocifisso*"); e che, infine, la scrittrice e pensatrice francese Simone Weil ebbe sempre particolarmente a cuore l'idea di una Grecia antica che avrebbe pre-sentito, seppure in un modo ancora confuso, l'avvento della "*rivelazione*" cristiana.
Ma ciò non sarà affatto per diminuire in alcun modo la contrapposizione *antitetica* tra l'irrazionalismo pagano e la religiosità cristiana aperta al *logos*, quanto piuttosto per rimarcare come tale *antiteticità* rimandi, in ultima analisi, proprio alla stessa natura *ambivalente* del sacro, che se da un lato sembra condurre ad una sorta di superiore *conoscenza* dall'altro contiene in sé i rischi del *misconoscimento* e laddove sembra operare un *disvelamento*, al tempo stesso impedisce l'accesso alla percezione di certi aspetti della realtà.
Un' *ambiguità* analoga a quella che si ritrova nella *follia* e in special modo nel delirio: tanto da indurre lo psicopatologo contemporaneo ad assumere quella difficile e delicatissima posizione di equilibrio che, se da un lato, non lo fa precipitare in una deriva "spiritualista" che sbocchi in una sorta di "elogio della follia", dall'altro si discosti ugualmente da quel rigido "scientismo" che liquida semplicisticamente come fasulla e insensata tutta l'irrazionalità di cui appaiono intrisi sia il *sacro* che la *follia*.

* Dopo il ricovero d'urgenza e le prime cure psicofarmacologiche, come avviene di norma nelle sindromi psicotiche a carattere transitorio, la paziente ha recuperato completamente e più o meno spontaneamente i suoi livelli di funzionamento psichico premorboso che, a tre anni di distanza, ancora si mantengono stabili e le stanno consentendo di elaborare psicoterapeuticamente con un certo successo gli aspetti più tragici della sua esperienza.

Bibliografia

[1] Fornari G. *Fra Dioniso e Cristo*. Bologna: Pitagora Editrice 2001.
[2] Friedman SH, Horwitz SM, Resnick PJ. *Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda*. Am J Psychiatry 2005;31:154-9.
[3] Girard R. *La violenza e il sacro (1972).* Milano: Adelphi 1980.
[4] Girard R. *Il sacrificio (2002).* Milano: Raffaello Cortina 2004.
[5] Marzagora Betsos I. *Demoni del focolare*. Torino: Centro Scientifico Editore 2003.
[6] Otto R. *Il sacro. L'irrazionale nell'idea del divino e la sua relazione con il razionale (1917, 1920).* Milano: Feltrinelli 1981.
[7] Zipparri S. *Nel nome del Padre e di Edipo. Appunti di psicoanalisi e religione per il nuovo millennio.* Roma: Armando 2000.
[8] Zipparri S. *Psicoanalisi e cultura*. Roma: Armando 2003.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 18.30-20.00
SALA CAVALIERI 1

S49 - Violenza domestica e strategie di prevenzione

MODERATORI
V. Mastronardi, G.B. Palermo

Strumenti di valutazione del rischio nella prevenzione primaria e secondaria

E. Caffo
Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: sotto la comune denominazione di violenza domestica rientrano diverse tipologie di comportamenti che avvengono all'interno del nucleo familiare e che possono configurarsi come violenza tra partner (fisica, psicologica e sessuale) e violenza sui bambini (abuso fisico, sessuale, psicologico e trascuratezza). Sono numerose le questioni aperte ed ampio è il dibattito sul tema della violenza domestica, in particolare sugli strumenti che consentono una sua precoce identificazione e, conseguentemente, un rapido intervento sul nucleo familiare.
Metodologia: analisi della letteratura più recente, in particolare di quella epidemiologica e basata su evidenze scientifiche, relativamente a: fattori di rischio e fattori protettivi della violenza domestica; strumenti di *assessment* ed efficacia degli interventi preventivi. In particolare, sarà indagato il ruolo del disturbo mentale quale fattore di rischio della violenza domestica.
Risultati: saranno presentati i principali fattori di rischio e fattori protettivi delle diverse forme di violenza domestica. Saranno anche presentate alcune interessanti esperienze a livello internazionale sulla prevenzione e la rilevazione precoce del fenomeno. In particolare, esperienze nella formazione dei medici di base.
Conclusioni: in accordo con il paradigma della psicopatologia dello sviluppo, la conoscenza dei fattori di rischio e dei fattori protettivi della violenza domestica non è utile solo allo sviluppo di programmi di prevenzione primaria e secondaria, ma anche alla valutazione dell'efficacia degli interventi di cura. Sono necessari ulteriori sforzi di ricerca che possano sostanziare la prevenzione e il tempestivo riconoscimento di queste forme di violenza.

Traiettorie evolutive a rischio

G.V. Caprara, M. Gerbino, M. Paciello
Facoltà di Psicologia 2, Sapienza Università di Roma

Verranno presentati dati recenti relativi a stabilità, cambiamento, e esiti problematici di irritabilità, ruminazione ostile e disimpegno morale dalla prima adolescenza all'inizio dell'età adulta.
Ne verranno discusse le implicazioni ai fini di una efficace azione preventiva e correttiva.

Crimini in famiglia: strategie di monitoraggio e prevenzione

V.M. Mastronardi
Sapienza Università di Roma

Dell'onnicomprensivo ambito degli omicidi intrafamigliari, sono stati presi in considerazione 324 casi di *family mass murder* dal 1900 al dicembre 2005 in Italia accertando se realmente trattasi di omicidi di massa familiare caratterizzati dal "pay-back time" o "ricompensa a posteriori", narcisismo esasperato, depressione e bassa soglia di tolleranza allo stress (sindrome del Berserck) esaminando quindi quelle stragi compiute su 2 o più vittime. Al proposito sono stati esaminati diversi fattori in grado di fornirci un valido ausilio nella stessa attività di prevenzione ivi incluso lo stato civile, quindi se trattasi di coniugati, celibi, nonché disoccupati, immigrati, ecc., se sono state utilizzate armi da fuoco, arma bianca, strangolamento, ecc., il tipo di occupazione, il luogo della commissione dell'atto (se presso la propria residenza o in un luogo pubblico, il comportamento after crime e la condizione giuridica (se confessa, se non confessa immediatamente, ecc.). I profili comparatistici con gli USA completano la disamina.
Lo studio sul Profilo dell'omicida di massa familiare condotto con il collega George B. Palermo nonché le ricerche sulle madri omicide condotte da chi scrive in collaborazio-

ne con la Direzione sanitaria dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere e vieppiù, la disamina dei *paleopatterns* e quindi degli indicatori di rischio già testati su 1500 allievi di una "scuola a rischio" dell'interland laziale, ci ha concesso di meglio focalizzare quelle strategie relative alle attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria che in una rappresentazione prospettica renderebbe possibile la predizione dei comportamenti aggressivi etero ed autodiretti.

Il *crimeclock* (l'orologio del crimine in famiglia) ci ha condotto peraltro allo studio:

1) della tipologia degli omicidi in famiglia (matricidio, patricidio, uxoricidio, neonaticidio, lattanticidio, figlicidio, fratricidio);
2) della criminogenesi delle stragi famigliari;
3) della classificazione psicodinamica secondo il movente, distinguendo i *family mass murder* adolescenti in:

a) patologici propriamente detti (depressi, bugiardi patologici, affetti da disturbi mentali);
b) strumentali (libertari, tossicomani, ereditieri, passionali gelosi, passionali vendicativi-persecutori).

4) dei 200 mass murder adolescenti esaminati è risultato che:

– hanno un'età compresa tra gli 11 e i 17 anni;
– sono caratterizzati da bassa soglia di tolleranza alle frustrazioni;
– non sembrano in grado di contenere la loro ostilità distruttiva;
– le loro crude emozioni non appaiono razionalizzate come quelle dei *mass murder* adulti;
– appaiono timidi, sottomessi e talvolta assenti e di contro con forte necessità di autoaffermazione;
– vi compare peraltro la caratteristica fortemente ludica del loro atto omicida;
– "ossessionati dalla cultura popolare violenta dei programmi televisivi e dalla conseguente attività aggressivo-omicidiaria per imitazione" (Newman, 1978; Surette, 1992; Bailey et al., 1998):
– non compare immediatamente tendenza manifesta ad atteggiamenti depressivi come per i *mass murderer* adulti e la caratteristica distintiva per eccellenza è che
– abitualmente non compare "ruminazione mentale" verso il suicidio né l'attuazione dello stesso successivamente alla strage, eccettuato un limitatissimo numero di casi.

Secondo più autori, riportati nella recentissima letteratura sull'argomento, il problema cardine della distinzione fra i *mass murderer* adulti e quelli adolescenti, risiederebbe nella non adeguata evoluzione della coscienza morale e sociale e quindi nell'impossibilità a considerare adeguatamente il vero valore e le conseguenze delle proprie azioni distruttive, che vengono quindi compiute come un'attività ludica di rivalsa e di narcisistica autoaffermazione.

Questi ragazzi, non sembrano in grado di contenere la loro ostilità distruttiva per ragioni di particolare distonia fra le frustrazioni subite da un lato e la più profonda necessità e volontà di autoaffermazione dall'altro, unitamente alla non adeguata evoluzione della coscienza morale.

Bibliografia

Palermo GB, Mastronardi VM. *Il profilo criminologico: dalla scena del crimine ai profili socio-psicologici.* Milano: Giuffrè Ed. 2005.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 18.30-20.00
SALA MONTEMARIO

S50 - La regolamentazione della psichiatria nella società che cambia

MODERATORI
F. Bruno, N. Fusaro

Analisi del funzionamento della legge psichiatrica in Italia: prospettive

F. Bruno, M. Gaiti

Università di Salerno, Facoltà di Scienze della Formazione, Insegnamento di Psicopedagogia della devianza

L'analisi interpretativa delle cifre ufficiali e dei dati statistici nazionali ed internazionali, quei pochi esistenti, dimostra l'esigenza di una riforma urgente e profonda della normativa sulla salute mentale in Italia.

Sulla base dei dati a nostra disposizione, si è tentato di fornire una risposta riguardo alla sorte dei malati psichiatrici: con la progressiva chiusura dei manicomi, dove si trova, dove vive, quella fascia di popolazione bisognosa di cure psichiatriche?

Si è altresì provveduto a riflettere sui principali e possibili lineamenti di riforma, tenendo presente come sia necessario che l'attenzione non venga più limitata alle malattie croniche o agli episodi acuti della patologia psichiatrica, bensì estesa a tutti i disturbi mentali delle diverse fasce della popolazione a rischio come l'infanzia, l'adolescenza, gli anziani, i tossicodipendenti, i detenuti.

In ultimo, si è voluto porre l'attenzione sull'allarmante e crescente numero di omicidi commessi da assassini patologici dimostrando come, purtroppo, la malattia mentale spesso si esprima con comportamenti eteroaggressivi.

I dati statistici ci dicono che i disturbi mentali riguardano un

adulto ogni cinque, coinvolgendo circa 450 milioni di persone a livello mondiale, 93 milioni nella sola Europa. In Italia i disturbi psichiatrici costituiscono un problema per oltre 10 milioni di persone e coinvolgono una famiglia su due.
I dati esaminati dimostrano come "la 180" sia stata ed è tuttora una legge funzionante e di effettiva applicazione e che proprio il suo funzionamento, realizzato attraverso le strutture disponibili, non solo non è in grado di fornire risposte terapeuticamente efficaci alla malattia mentale, ma nemmeno di svolgere in alcun modo le funzioni di prevenzione e di riabilitazione previste. La situazione attuale evidenzia paradossalmente una domanda psichiatrica crescente, almeno tripla rispetto ai tempi d'oro del manicomio che genera però risposte qualitativamente insufficienti. Si stima infatti che i servizi psichiatrici trattino solo il 10% delle persone che in un anno presentano disturbi psichiatrici. Nel 1978 vi erano almeno 80.000 ricoverati in media presso le strutture pubbliche e private allora esistenti ed oggi i ricoverati in media si possono calcolare in circa 30.000, essendo tra l'altro la popolazione italiana cresciuta di almeno 5.000.000 di unità, dove sono finiti gli altri 50.000? Probabilmente una parte non trascurabile è ricoverata sotto mentite spoglie presso i numerosissimi presidi residenziali socio-assistenziali non psichiatrici, un'altra porzione è per così dire "desaparecida", almeno 10.000 di loro sono in carcere, altre migliaia vivono nella società.
La legge 180 ha determinato in alcuni suoi principi ispiratori un grande progresso culturale della nostra società che ha avuto il coraggio di porre termine alla mostruosità dell'esclusione e della separazione, ma ha anche sposato acriticamente un'ideologia evidentemente sbagliata e non condivisa, ne dalla scienza, ne dalla politica internazionale. La legge è anomica, pericolosa ed oscurantista là dove suggerisce implicitamente ed esplicitamente modelli inesistenti di comportamento terapeutico. È ora che cambi.

Libertà di scelta e di cura in psichiatria: quali prospettive

C. Mencacci

Dipartimento di Psichiatria, A.O. Fatebenefratelli-Oftalmico, Milano

Sono passati quasi 28 anni dalla Legge di riforma, il Paese è profondamente cambiato, sono cambiati gli utenti afferenti ai servizi, sono cambiati i bisogni delle famiglie e della società ma non sono ancora cambiati i servizi
Se curare significa ricondurre il cittadino nel contesto del vivere sociale attivando tutti gli interventi che possano eliminare o ridurre ai minimi termini la disabilità originata dalla patologia psichica, non possiamo operare senza un libero, consapevole ed informato consenso dell'utente.
I riferimenti normativi alla libertà di scelta sono:
– Costituzione della Repubblica art. 32 (riconosciuto nel D.L. 502/92 e 517/93);
– Legge Carta dei Servizi (D.L. 163 del 12/5/1995);
– Legge 31 Regione Lombardia del luglio 1997.

La libertà di scelta si articola con:
– *aspetti socioculturali*: si afferma la "centralità dei cittadini singoli o associati", non più "oggetto" di programmazione o di beneficialità, ma "soggetto" consapevole dei propri diritti.
– *aspetti etici*: promozione della "autodeterminazione" dei cittadini, superamento del paternalismo e promozione del principio di autonomia.

Il modello esistente si basa sul superamento della condizione manicomiale con la legge 180 ha creato una modalità di psichiatria di comunità fondata su rigidi ambiti territoriali di riferimento spesso caratterizzati da impostazioni "ideologiche" che fondano l'intervento su continuità terapeutica e presa in carico di pazienti gravi "territorialmente competenti".
La psichiatria di comunità ha alcuni punti critici quali:
– lo scarto fra i risultati della de-istituzionalizzazione e della psichiatria di comunità e la loro immagine sociale;
– la scarsa soddisfazione di utenti e familiari;
– la naturale "invisibilità" del servizio psichiatrico territoriale, a fronte dell'estrema visibilità dei pazienti gravi e dei comportamenti disturbanti;
– le vecchie e nuove domande di cura;
– la fragilizzazione/indebolimento delle reti sociali;
– la perdita della qualità della vita per vaste aree di popolazione, tra cui quelle maggiormente a rischio per vulnerabilità e/o malattia;
– la spinta all'istituzionalizzazione di persone e problemi di difficile gestione in territori frammentati e poco solidali.

Il modello esistente esprime altri limiti riconoscibili in:
– ingessamento di un libero dispiegamento della domanda;
– minore libertà di scelta da parte del cittadino e del medico;
– aree territoriali rigide anziché fluide e flessibili;
– poca informazione e scarso orientamento verso il "contratto terapeutico";
– funzionamento quasi in monopolio;
– ridotta spinta verso il miglioramento della qualità;
– poca attitudine a valutare gli esiti degli interventi;
– scarsa applicazione delle evidenze cliniche;
– forte tendenza all'autoriferimento autarchico;

Problemi che attendono risposte:
– il miglioramento dell'*accessibilità dei servizi, quale garanzia per la tempestività delle risposte.*
– la *flessibilità* dei percorsi di cura;
– il potenziamento degli *interventi domiciliari* (ordinari e di urgenza);
– la garanzia della *continuità terapeutico-assistenziale*;
– l'*intervento precoce*;
– lo sviluppo di programmi di *sostegno alle famiglie*;
– il funzionamento in *rete* e la reale *integrazione* tra DSM e servizi accreditati-Privato Sociale-Privato;
– il *coinvolgimento* dei pazienti e delle associazioni di familiari nelle scelte dei servizi;
– *formazione e aggiornamento* continuativi (competenza e motivazione).

Quale il ruolo del D.S.M.
– Il D.S.M. assume il ruolo di Agenzia, potenzia la funzione di collegamento e coordinamento, ruolo di "governance".
– "Pubblico è il servizio, non necessariamente chi lo eroga".
– Offre pacchetti di prestazioni in un programma personalizzato di cura.
– Individua pazienti con bisogni di cura semplici e pazienti con bisogni complessi.
– Garantisce la continuità degli interventi secondo un modello di responsabilità.

– Assume l'onere del controllo della spesa.

Perché allora libertà di scelta?

– Per garantire alle persone sofferenti di disagio psichico ciò che per i cittadini con altre malattie è già un diritto acquisito.
– Per migliorare la qualità del servizio offerto al singolo cittadino.
– Per portare il cittadino al ruolo di soggetto di cura che, informato in modo completo delle possibilità di intervento, proposto secondo i parametri dell'*evidence based medicine* e della buona pratica clinica, esprima un consenso al trattamento, che ritiene più adeguato (consenso informato).

Politiche sanitarie in psichiatria: modelli organizzativi e di funzionamento

T. Cantelmi

Associazione Italiana Psicologi e Psichiatri Cattolici

È in corso una sostanziale trasformazione dei DSM italiani che riguarda sia gli aspetti gestionali che quelli tecnicoprofessionali nella direzione di modelli non ancora ben definiti I modelli organizzativi e di funzionamento del futuro debbono rispondere ad alcuni quesiti:

– servizi o programmi? Strutture o obiettivi?
– andrebbe attribuito valore non più tanto all'assetto organizzativo statico delle strutture, quanto a quello dinamico per progetti?
– il D.S.M. come momento aggregante di tutte le risorse formali ed informali, attraverso Organismi di Coordinamento, inteso come una area funzionale di ampie dimensioni?
– incentivare il lavoro sul territorio attribuendo ai C.S.M. la presa in carico degli utenti più gravi in collaborazione con famiglie, associazioni, volontariato, no profit e attribuendo sempre al C.S.M. i percorsi di cura per le altre patologie attraverso la collaborazione con i MMG?

Tuttavia il servizio centrato sulla domanda (utente attivo) non può non fornire prestazioni rispondenti a standard professionali di provata efficacia, con ineludibili riferimenti nazionali ed internazionali.

Due riferimenti essenziali:

– l'organizzazione del lavoro deve essere funzionale alla qualità delle prestazioni erogate;
– la necessità di rispondere in modo differenziato e specializzato ai differenti bisogni di salute mentale dei pazienti.

Luci ed ombre del ruolo psichiatrico nella relazione clinica ambulatoriale

A. Boldrini

D.S.M. Roma E

Abbiamo analizzato i dati forniti dal servizio epidemiologico della Roma E per quello che riguarda l'attività ambulatoriale del C.S.M. di Via Ventura, 60. Rispetto alle richieste di presa in carico afferenti solo il 40% viene poi seguito e di questi solo il 30% ha, secondo l'ICD 10, diagnosi di psicosi, disturbo bipolare, grave disturbo di personalità.

Altri dati ci riferiscono di aumento di pazienti con concomitante consumo di alcol e altre sostanze di abuso. Si sta inoltre presentando in modo sempre più significativo una problematica di pazienti che perdono il supporto familiare e necessitano di assistenza totale da parte del servizio.

Questi dati inseriti nella pratica clinica ci portano a concludere come sia ancora molto presente una richiesta di controllo sociale e di problematiche di tipo assistenziale dovute anche alle carenze generali della popolazione di strutture di sostegno. Si propone quindi un modello operativo maggiormente integrato con i vari servizi che possa permettere una maggiore caratterizzazione della "competenza psichiatrica".

Legge psichiatrica: che fare? (De jure condendo)

N. Fusaro

Sapienza Università di Roma, Coordinatore Scientifico del Master di II Livello in Scienze Forensi

Il contributo riguarda l'analisi della legge 180 e le proposte di modifica alla stessa presentate mediante diversi progetti di riforma e disegni di legge.

Partendo dal presupposto che la legge 180 ha determinato in alcuni suoi principi ispiratori un notevole progresso culturale all'interno della nostra società, si procederà alla evidenziazione degli aspetti critici conseguenti alla sua ideologia di fondo.

Si cercherà soprattutto di mettere in risalto le disarmonie esistenti tra la legge 180 e le altre disposizioni normative inerenti il settore della malattia mentale e del suo trattamento.

Il tutto in una prospettiva *de iure condendo*, di breve e immediato periodo utile da un lato a salvaguardare i principi di civiltà giuridica ispiratori della legge stessa, ma anche utile a risolvere i numerosi problemi che i malati psichiatrici e le famiglie di questi ultimi sono costretti ad affrontare da anni.

Scopo del contributo sarà infine quello di delineare delle proposte utili ad apportare i necessari correttivi all'attuale assetto normativo.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 18.30-20.00
SALA LEONARDO

S51 - Psichiatrie e psicoterapie al cinema

MODERATORI
L. Tarsitani, V. Volterra

Stravaganze e lepidezze in psicoterapia nel cinema

V. Volterra

Bologna

Passato il periodo d'oro in cui la psicoterapia ed, in particolare, la psicoanalisi, per quanto edulcorata e semplificata, apparivano nel cinema il rimedio sovrano e straordinario di ogni malattia mentale, soprattutto se originata da un trauma rimosso o soppresso, in seguito, sullo schermo, sono comparse le figure più strane ed incredibili di psicoterapeuti, non solo più matti dei matti ed autori di crimini efferati e di transfert erotizzati agiti, ma anche come cialtroni, incapaci, incompetenti e buffoni caricaturali. Di questi "ritratti" che per i loro eccessi suscitano più ilarità che stigma (ma qualcosa di vero emerge nell'attuale bazar delle psicoterapie), si è voluta allestire una breve e divertente rassegna di una quindicina di "blogs".

Risate sul lettino

I. Senatore

Dipartimento di Neuroscienze, Università Federico II di Napoli

Gli "analisti in celluloide" fanno capolino in ogni genere cinematografico dai musical (*Girandola …*) al thriller *(Vestito per uccidere …*) dal drammatico (*La signora della porta accanto …*) all'erotico (*Emmanuelle nera 2 …*) ma sono certamente le commedie a fare la parte del leone e con la loro copiosa produzione sul tema alimentano, da decenni, la rappresentazione caricaturale degli scrutatori dell'anima.
In alcuni film gli psicoterapeuti/psicoanalisti appaiono come dei seri ed affidabili professionisti che, facendo appello a delle teorie fumose e strampalate, elargiscono consigli e ricette sul mal di vivere ma nel corso della vicenda sono impunemente sconfessati. Ad un secondo gruppo appartengono quegli psicoterapeuti/psicoanalisti che discettano amorevolmente e con aria filosofale sull'amore e sui rischi legati ai rapporti di coppia ma, incapaci di mettere ordine nella loro vita privata e sentimentale, si invaghiscono delle loro pazienti e finiscono per andare a letto con loro e mettersi ancora di più nei pasticci. Ad un terzo gruppo fanno riferimento quelle commedie nelle quali un ex paziente si spaccia per psicoterapeuti/psicoanalista. Questi presunti indagatori della psiche, pur non avendo mai effettuato nessun training specifico, mostrano una notevole capacità d'ascolto, appaiono più bravi, più sensibili e più competenti degli psicoterapeuti/psicoanalisti ed in poche sedute, facendo appello alla loro sensibilità ed umanità, riescono ad aiutare il paziente a sbarazzarsi delle loro paure ed ossessioni ed a vivere più serenamente.
All'ultimo gruppo appartengono quelle pellicole che mostrano un paziente, disteso sul lettino. Dopo qualche battuta si scopre che il paziente sta parlando da solo perché lo psicoanalista, nel frattempo, si è allontanato di soppiatto dalla stanza della terapia per farvi ritorno successivamente, senza essere stati scoperti dai loro pazienti. In tutti i miei volumi ho sempre ribadito che, grazie a questa stereotipata rappresentazione, lo spettatore in sala può sentirsi rassicurato ed essere certo di essere meno folle degli analisti comparsi sullo schermo. Generalmente queste commedie, pur non essendo sempre irresistibili, strappano sempre qualche sorriso e sono punteggiate da battute gustose e divertenti. La più graffiante di tutte? *La tela del ragno*, film diretto nel 1955 da Vincente Minnelli si apre con Steven, un giovane paziente ricoverato in una clinica per malattie mentali che si rivolge a Karen, la moglie del direttore della struttura e le dice: "*Nella clinica sono tutti matti … Non si distinguono i pazienti dai medici*". Karen gli sorride e prontamente gli ribatte*:"Io si, i pazienti migliorano."*

Bibliografia

Senatore I. *L'analista in celluloide: la figura dello psicoterapeuta nello schermo.* Franco Angeli Editore 1995.
Senatore I. *Curare con il cinema*. Centro Scientifico Editore 2001.
Senatore I. *Il cineforum del Dottor Freud*. Centro Scientifico Editore 2004.
Senatore I. *Psycho cult - Psicodizionario dei film di genere*. Centro Scientifico Editore 2006.
Senatore I. *1000 Film Cinema e psicopatologia*. Centro Scientifico Editore (in corso di stampa).

Aspetti clinici dello psichiatra sul grande schermo

E. Tarolla

Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

L'industria cinematografica è stata caratterizzata, dall'inizio del ventesimo secolo fino ai tempi attuali, da un notevole uso di stereotipi per rappresentare l'immagine dello psichiatra. Verranno illustrati e discussi i risultati di uno studio effettuato su 134 film di ampia distribuzione in cui appare un professionista della salute mentale. In particolare, l'aspetto fisico e l'età in relazione al genere, l'atteggiamento, la professionalità e la presenza di disturbi mentali, permettono di descrivere un ritratto inquietante della figura dello psichiatra cinematografico. È probabile infatti che le immagini degli psichiatri mostrate nei film abbiano un impatto cruciale sulle convinzioni e le attitudini delle persone a proposito della psichiatria.

Bibliografia

Gharaibeh NM. *The psychiatrist's image in commercially available American movies.* Acta Psychiatr Scand 2005;111:316-9.

Tarsitani L, Tarolla E, Pancheri P. *Psychiatry and psychiatrists in the U.S.A. cinema*. Recenti Prog Med 2006;97:165-72.
Schneider I. *Images of the mind: psychiatry in the commercial film*. Am J Psychiatry 1977;134:613-20.

Le cure psichiatriche al cinema

L. Tarsitani

Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma

Al pari dello psichiatra, anche la rappresentazione delle cure psichiatriche sul grande schermo sembra deviare notevolmente dalla realtà, dando luogo a raffigurazioni stereotipate, che potrebbero generare dannose convinzioni negli spettatori. I dati provenienti da uno studio sistematico di 134 pellicole di produzione statunitense in cui compare uno psichiatra saranno utilizzati per descrivere i luoghi e le modalità della terapie dei disturbi mentali. La rarità delle farmacoterapie, le frequenti violazioni del setting, l'utilizzo di improbabili terapie fisiche e gli esiti poco incoraggianti delineano uno scenario allarmante per la psichiatria.

Bibliografia

Tarsitani L, Pancheri P. *Cinema e psichiatri: dagli oracoli al cannibalismo*. Ital J Psychopathol 2004;10:3-10.
Tarolla E, Tarsitani L, Brugnoli R, Pancheri P. *La rappresentazione della malattia mentale nel cinema. Uno studio sistematico*. Ital J Psychopatol 2006;12:244-50.
Gabbard GO, Gabbard K. *Psychiatry and the cinema*. Washington-London: American Psychiatric Press Inc. 1999.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 18.30-20.00
SALA SAN PIETRO

S52 - La coscienza in neuropsichiatria

MODERATORI
F. Monaco, G. Giorello

Epilessia. Una finestra sulla coscienza

F. Monaco, A. Cavanna

Clinica Neurologica, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro"

Nel corso degli ultimi decenni si è assistito a un rinnovato interesse per lo studio scientifico della coscienza. La nostra comprensione della natura e delle basi neurobiologiche della coscienza ("anima" nel pensiero filosofico e religioso) è ancora agli inizi, e ciò è in parte dovuto alla presenza di intrinseche ambiguità concettuali. Le patologie neuropsichiatriche, e in particolare l'epilessia, rappresentano una finestra privilegiata da cui è possibile indagare i correlati cerebrali delle alterazioni del normale stato di coscienza.
Le sistemazioni nosografiche adottate nel corso degli ultimi decenni hanno decretato che il concetto di coscienza è di importanza fondamentale in epilettologia, nonostante le difficoltà connesse alla sua applicazione alle diverse sfaccettature della fenomenologia ictale. Un recente lavoro di Monaco et al. (2004) ha proposto un modello di tipo bidimensionale per la descrizione delle alterazioni dello stato di coscienza indotte dalle crisi epilettiche. Tale modello prende in considerazione, su assi separati, il livello generale ed i contenuti specifici dello stato di coscienza. I correlati neurofisiologici delle alterazioni del livello e dei contenuti di coscienza corrispondono a determinati pattern di attività epilettiforme generalizzata e focale, rispettivamente. È stato proposto che le esperienze soggettive associate a particolari forme di epilessia del lobo temporale mesiale possano costituire un valido modello per lo studio dei correlati neurali dei cosiddetti "qualia" emozionali. Di converso, l'analisi delle modificazioni dell'attività cerebrale in corso di crisi associate a tali fenomeni esperienziali potrebbe contribuire a gettare luce sulla natura della dimensione più elusiva della coscienza, quella soggettiva o "fenomenica".

Bibliografia

Monaco F, Mula M, Cavanna AE. *Alterazioni della coscienza e "qualia" emozionali in epilessia*. Giorn Ital Psicopat 2004;10:459-67.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 18.30-20.00
SALA VERDE

S53 - Esercizio fisico aerobico come modulatore della salute mentale

MODERATORI
G. Perna, D. Caldirola

The acute antipanic activity of aerobic exercise

A. Ströhle

Department of Psychiatry and Psychotherapy, Campus Charité Mitte, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Germany

Objective: regular physical activity is anxiolytic in both healthy subjects and patients with panic disorder. In addition, studies in healthy subjects suggest that an acute bout of exercise is anxiolytic as well. However, acute exercise may induce panic attacks or increase subjective anxiety in patients with panic disorder more than in other people. The potential acute antipanic activity has not been studied systematically. Because exercise increases the concentrations of atrial natriuretic peptide (ANP) and this peptide has been shown to have an anxiolytic activity we also studied whether the anxiety modulating effects of exercise are associated with ANP concentrations.
Method: the effects of quiet rest or an aerobic treadmill exercise (30 minutes; 70% VO_{2max}) on cholecystokinin tetrapeptide (CCK-4) induced panic attacks were studied in a crossover design in healthy subjects and patients with panic disorder. The effects of CCK-4 were measured with the Acute Panic Inventory and plasma ANP concentrations were studied before and after exercise.
Results: in both conditions CCK-4 administration was followed by a significant increase in Acute Panic Inventory scores, however, prior exercise resulted in significantly lower Acute Panic Inventory scores than quiet rest. In addition, the rate of induced panic attacks was reduced by prior exercise. The exercise induced anxiolytic activity was correlated to the exercise induced increase in plasma ANP concentrations.
Conclusions: aerobic exercise has an acute antipanic activity in healthy subjects and in patients with panic disorder. There is further evidence that the anxiolytic activity of exercise is associated with the exercise induced increase in ANP concentrations. Further studies should characterize the optimum intensity and duration of acute exercise for achieving antipanic effects.

Risposta cardiorespiratoria all'esercizio fisico nel Disturbo di Panico

D. Caldirola, C. Namia, C. Carminati, L.Bellodi, G. Perna

Centro Disturbi d'Ansia, Università Vita-Salute, Ospedale S. Raffaele, Milano

Introduzione: i soggetti con disturbo di panico (DP) sembrano caratterizzati da un'efficienza cardio-respiratoria durante prove da sforzo inferiore ai soggetti senza DP. Lo scopo del nostro studio era valutare il livello di fitness e la risposta cardiorespiratoria durante esercizio fisico in pazienti con DP e l'effetto di variabili emotive/cognitive su tale risposta.
Metodologia: dieci soggetti con DP e 10 soggetti sani (sovrapponibili per età, genere, abitudine al fumo e pratica sportiva) sono stati sottoposti a esercizio fisico aerobico sottomassimale, su pedana rotante a velocità costante (4 km/h) e a inclinazione progressiva, fino al raggiungimento di una frequenza cardiaca bersaglio (formula di Karvonen, pesata per età e frequenza cardiaca di base. Durante lo svolgimento dell'esercizio sono state valutati i livelli soggettivi di ansia e di percezione dello sforzo.
Risultati: i soggetti con DP e i controlli sani non differivano per i valori di frequenza cardiaca (FC) basale a riposo (rispettivamente, mediana 82; mediana 74) e per il valore di FC bersaglio da raggiungere durante l'esercizio (rispettivamente mediana 146; mediana 146,5). Il livello di inclinazione della pedana (espresso in %) in cui i soggetti hanno raggiunto la FC prevista è significativamente inferiore nel gruppo di pazienti (mediana 12%) rispetto ai controlli sani (mediana 16,5%) ($p < 0,05$). I pazienti hanno riportato una FC significativamente maggiore rispetto ai controlli ($p < 0,05$) nella fase di riscaldamento, di inclinazione al 3, al 6 e al 9% (rispettivamente, mediana 111,7, 118, 131, 131,6 e 96,2, 104,1, 110,8, 118,4). I pazienti con DP hanno mostrato una Deviazione Standard intra-soggetto della FC media significativamente inferiore rispetto ai soggetti di controllo nelle fasi di dimezzamento della pendenza massima raggiunta ($p < 0,01$) e in quella di cammino con pendenza 0% ($p < 0,05$) (rispettivamente, mediana 5,1, 4,2 e 6,8, 5,4). I valori medi dei parametri respiratori non hanno mostrato differenze significative tra i due gruppi. I pazienti hanno percepito lo sforzo fisico come più intenso rispetto ai controlli. L'ansia durante la prestazione e diverse variabili cognitive misurate non hanno mostrato un'influenza diretta sui risultati.
Conclusioni: i risultati sono discussi secondo diverse ipotesi interpretative: a) l'ipotesi dell'anomala regolazione del sistema cardiovascolare; b) l'ipotesi del condizionamento enterocettivo; c) l'ipotesi dell'ansia anticipatoria.
I nostri risultati suggeriscono l'opportunità di inserimento di programmi di esercizio fisico nei protocolli terapeutici per il DP.

Esercizio fisico aerobico come modulatore della salute mentale

G. Perna, D. Caldirola, S. Biffi, C. Carminati, R. Menotti, L. Bellodi

Centro per i Disturbi d'Ansia, San Raffaele Turro, Milano

Nell'accezione più moderna del termine, la salute è "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale". Il benessere psicofisico esprime quindi nella sua pienezza il concetto di salute. Lo stato di salute dell'individuo, pur rimanendo entro i limiti segnati dalle sue caratteristiche genetiche, fluttua in funzione dei numerosi fattori ambientali cui ciascuno è esposto, in funzione quindi della sua professione, dei suoi rapporti sociali e, in altri termini, del suo modo di vivere e delle sue caratteristiche comportamentali. È proprio su questi ultimi fattori che si inserisce il concetto di fitness e di forma fisica e psichica, essenziale per la salute ed quindi per la "qualità" della sua vita.
Il ruolo dello sviluppo di un equilibrio psico-fisico ottimale come fattore protettivo sullo sviluppo di condizioni patologiche è un concetto che trova sempre maggiori supporti nell'ambito scientifico. Esistono evidenze che un'adeguata fitness fisica può controllare i fattori di rischio delle principali patologie mediche che colpiscono la popolazione quali ipertensione arteriosa, patologie respiratorie ostruttive ed alcune condizioni neuropsichiatriche quali il disturbo di panico e le patologie neurodegenerative. L'esercizio fisico aerobico si è inoltre dimostrato in grado di ridurre la "anxiety sensitivity", un costrutto mentale che è stato ipotizzato essere un precursore fondamentale dei disturbi d'ansia. Esistono inoltre numerose evidenze sperimentali che indicano come l'incremento della fitness aerobica ha effetti positivi sia a breve che a lungo termine sul benessere mentale dei soggetti sani e recenti sviluppi delle neuroscienze suggeriscono che l'esercizio fisico possa potenziare la plasticità e la salute mentale stimolando la produzione di fattori di crescita cerebrale (quali la BDNF), promuovendo la neurogenesi cerebrale e la vascolarizzazione cerebrale e favorendo l'apprendimento ed in ultima analisi contrastando i processi di invecchiamento cerebrale.

Bibliografia

Di Lorenzo TM, Bargman EP, Stucky-Ropp R, Brassington GS, Frensch PA, La Fontaine T. *Long-Term effects of aerobic exercise on psychological outcomes*. Preventive Medicine 1999;28:75-85.

Churchill JD, Galvez R, Colcombe S, Swain RA, Kramer AF, Greenough WT. *Exercise, experience and the aging brain*. Neurobiol aging 2002;23:941-55.

Cotman CW, Berchtold NC. *Exercise: a behavioral intervention to enhance brain health and plasticity*. Trends Neurosci 2002;25:295-301.

Mattson MP. *Neuroprotective signalling and the aging brain: take away my food and let me run*. Brain Res 2000;886:47-53.

van Praag H, Christie BR, Sejnowski TJ, Gage FH. *Running enhances neurogenesis, learning, and long-term potentiation in mice*. Proc Natl Acad Sci USA 1999;96:13427-31.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 18.30-20.00
SALA NUREYEV

S54 - Le componenti cronobiologiche dei Disturbi dell'Umore: aspetti clinici e neurobiologici

MODERATORI
F. Pacitti, G. Bersani

Ritmi biologici delle neurotrofine, correlati neuropsicologici e risposta al trattamento nella sottotipizzazione dei Disturbi dell'Umore

A. Iannitelli[*,**], G. Bersani[*]

[*] *Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma;* [**] *Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biomediche, Università di L'Aquila*

I disturbi dell'umore presentano una sintomatologia che richiama alterazioni del ritmo circadiano di diverse funzioni fisiologiche quali il ritmo sonno-veglia, l'appetito, la temperatura corporea, i livelli plasmatici di cortisolo, di NA, del TSH, della pressione del sangue, delle pulsazioni, dei livelli di melatonina e anche dei rapporti sociali. Terapie efficaci sui disturbi dell'umore sembra possano ristabilire i ritmi circadiani così come avviene con la terapia della luce e la deprivazione di sonno.

Le neurotrofine (NTs) promuovono la sopravvivenza, il differenziamento e l'attività funzionale di cellule bersaglio agendo come fattori chiave nel regolare la plasticità neuronale durante lo sviluppo e la vita adulta, sia in condizioni normali che patologiche. Dati ottenuti dalla ricerca di base e dalla sperimentazione clinica evidenziano un ruolo chiave delle NTs nei modelli animali di depressione e di stress e nella patogenesi e terapia dei disturbi depressivi, ipotizzando per queste molecole un ruolo chiave nella patogenesi neurobiologica dei disturbi dell'umore.
Lavori recenti hanno mostrato un coinvolgimento delle NTs nei meccanismi luce-buio dell'orologio circadiano e nella regolazione del sonno in modelli animali. Una alterazione del ritmo ultradiano del NGF in soggetti con schizofrenia è stata da noi recentemente evidenziata. Alla luce di questi nuovi dati, è possibile ipotizzare per le NTs una implicazione nell'alterazione dei ritmi biologici che costituiscono un fattore importante dei disturbi dell'umore.

Determinanti genetiche della produzione di neurotrofine e loro influenza sulla neuroanatomia funzionale nel paziente depresso

F. Benedetti

Dipartimento di Scienze Neuropsichiatriche, Istituto Scientifico e Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Disfunzioni nella plasticità o nel rimodellamento neuronale possono contribuire alla patofisiologia dei disturbi dell'umore. Alterazioni anatomiche e funzionali a carico di diverse strutture cerebrali sono probabilmente causati da un eccesso di perdita neuronale e dunque da un alterata regolazione dei processi neurotrofici. Un deficit nella sintesi di neurotrofine (NTs), quali il BDNF, il NGF e l'NT-3, potrebbe causare l'aumentata apoptosi cerebrale, correlata con l'impairment cognitivo tipico della sindrome depressiva.
A favore di un ruolo chiave di determinanti genetiche della produzione delle NTs, sia nella patofisiologia che nel processo di guarigione dei disturbi dell'umore, vi sono numerosi dati provenienti dalla clinica. Il polimorfismo Val66Met nel BDNF sembra influenzare la secrezione di BDNF nonché la funzione ippocampale in test di memoria. In pazienti con sindrome depressiva è stato dimostrato che i portatori dell'allele Met-BDNF sono a rischio di sviluppare un ippocampo ridotto e più vulnerabili allo sviluppo della malattia. Il trattamento antidepressivo è in grado di normalizzare i livelli di NTs. Tecniche di manipolazione del sonno come la deprivazione totale e l'avanzamento di fase attivano un meccanismo antidepressivo endogeno suggerendo così l'esistenza di un legame tra lo stato clinico e il timing dei ritmi circadiani.
È ipotizzabile che, a livello molecolare, diversi geni interagiscano attraverso circuiti autoregolatori a feedback di trascrizione-traduzione, all'interno dei quali i diversi attori, come il gene CLOCK, regolano la sequenza di trascrizione al fine di produrre un ritmo circadiano.

Variazioni cronobiologiche delle neurotrofine e delle caratteristiche neuropsicologiche in pazienti con Disturbo Affettivo Stagionale e Sindrome Premestruale

F. Pacitti, M. Mazza, A. Iannitelli, G. Bersani, M. Casacchia

Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica, Università dell'Aquila

È noto fin dall'antichità che le variazioni climatiche possono influenzare l'andamento dei disturbi mentali. Solo nella metà degli anni ottanta viene identificato il Disturbo Affettivo Stagionale (SAD) come un disturbo psichiatrico specificamente correlato alle variazioni ambientali stagionali. Il SAD è un disturbo che si manifesta con sintomi affettivi e comportamentali, le cui variazioni d'intensità presentano una periodicità tipicamente circannuale. Si presenta clinicamente in due forme, la più frequente Winter-SAD e la forma meno diffusa, la Summer-SAD. Clinicamente il SAD si configura come un disturbo dell'umore caratterizzato da sintomi depressivi "atipici (umore deflesso ma reattivo, peggioramento nelle ore serali, ipersonnia, aumento ponderale e assunzione compulsiva di cibi ricchi di carboidrati).
Per quello che concerne l'eziologia, il SAD sembrerebbe un disturbo caratterizzato da una forte connotazione organica: secondo la "Ipotesi del Fotoperiodo" di Rosenthal, infatti, la patologia sarebbe determinata da un aumento della suscettibilità individuale all'accorciamento del fotoperiodo.
Oltre al SAD, un altro disturbo che presenta un andamento tipicamente ciclico e che presenta il maggior numero di analogie con il SAD è la Sindrome Premestruale (PMS). Si tratta di un disturbo molto frequente nella popolazione e caratterizzato dalla presenza di sintomi ricorrenti che si presentano esclusivamente durante la fase premestruale o nei primi giorni del ciclo. La PMS è caratterizzata da sintomi fisici e psichici. I più frequenti sono: deflessione del tono dell'umore con peggioramento nelle ore serali, ansia, labilità affettiva, iperfagia, ipersonnia, craving per i carboidrati, aumento ponderale, anergia, difficoltà di concentrazione, mal di testa e tensione mammaria.
Sebbene il SAD e la PMS siano disturbi appartenenti allo spettro depressivo molto frequenti nella popolazione generale ancora poco è noto della loro eziopatogenesi.
È ormai un dato assodato che le neurotrofine ricoprono un ruolo importante nei disturbi dell'umore e nella risposta agli antidepressivi. Inoltre, studi recenti,soprattutto della nostra scuola, hanno dimostrato sia in modelli animali che nell'uomo, la presenza di un ritmo ultradiano e circadiano delle neurotrofine NGF e BDNF. Tale ritmo appare alterato in pazienti schizofrenici mentre, non esistono dati sulle alterazioni di questo ritmo in pazienti con SAD e PMS e, più in generale, in pazienti con disturbi dello spettro affettivo.
Sono molte le funzioni del nostro organismo che seguono un ritmo giornaliero. Una delle più importanti è il livello delle funzioni cognitive come l'attenzione, le capacità esecutive, la destrezza manuale e la coordinazione neuromuscolare. Queste capacità presentano il minimo nelle prime ore del mattino, ed il massimo nelle ore pomeridiane. Gli studi sulla cronobiologia ha permesso inoltre di comprendere meglio il funzionamento dell'organismo e delle funzioni esecutive tra cui le capacità di planning e di attenzione.
Obiettivi dello studio sono valutare l'espressione delle neurotrofine NGF, BDNF e NT-3 e il loro ritmo ultradiano in pazienti affetti da SAD e PMS e studiare gli aspetti neuropsicologici correlati ad un impairment ippocampale come le componenti delle funzioni esecutive quali pianificazione, flessibilità e controllo, accesso lessicale e capacità di shift, attenzione selettiva spaziale e attenzione sostenuta.

Andamento circadiano dei livelli di neurotrofine e geni clock nell'uomo e in modelli animali: un paradigma per individuare fattori di rischio e valutare l'efficacia dell'approccio terapeutico nei disturbi dello spettro dell'umore

P. Tirassa

Istituto di Neurobiologia e Medicina Molecolare (CNR), Roma

Gli studi condotti sui pazienti psichiatrici hanno dimostrato una stretta relazione funzionale tra livelli plasmatici di

NTs, le caratteristiche psicopatologiche e la risposta al trattamento farmacologico, prospettando il coinvolgimento delle NTs nella patogenesi e nel trattamento dei disturbi psichiatrici.
Risultati analoghi sono stati ottenuti utilizzando i modelli animali di stress, di maldevelopment e/o farmacologici, confermando quindi la validità predittiva e l'alto livello di trasferibilità dei dati sperimentali. Nonostante ciò, la natura ed il significato del legame tra le NTs e gli elementi di rischio delle patologie psichiatriche non è ancora chiaro. Una rilettura dei dati acquisiti sulla neurobiologia delle NTs e la valutazione delle strategie sperimentali, incluso l'uso dei modelli di stress psicosociale come paradigmi atti allo studio dei disturbi dell'umore, suggeriscono l'interessante ipotesi di lavoro che le variazioni dei livelli di NTs nel plasma e/o nei tessuti periferici e centrali possano riflettere le modifiche e/o modulare l'attività dell'orologio biologico. Infatti, gli individui che soffrono di disturbi dell'umore hanno un orologio molecolare che non è più propriamente in grado di adattarsi e certe variazioni ambientali o emotive, così che alterazioni della normale routine o lo stress possano costituire elementi precipitanti o influenzare l'efficacia e la risposta alla terapia. In questo scenario è prospettabile l'uso delle NTs come marcatori prognostici e terapeutici in psichiatria.

Caratteristiche cronobiologiche della Night Eating Syndrome

M. Caredda, C. Fini, F. Pacitti, C. Roscioli, M. Mistretta, M. Biondi

SPDC, Policlinico Umberto I, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

La Nocturnal Eating Syndrome (NES) è un disturbo caratterizzato da una distribuzione circadiana dell'assunzione di cibi peculiare. Originariamente il disturbo è stato descritto da Stunkard nel 1955 in un campione di pazienti obesi che presentavano una maggiore difficoltà a perdere peso.
La NES è caratterizzata dall'assunzione di cibo in quantità limitata durante la giornata e crescente nella serata, insonnia e alimentazione notturna durante i risvegli. La prima descrizione di questa sindrome sottolineava l'alterazione circadiana del ritmo dell'assunzione del cibo, l'alterazione del ritmo del sonno e l'alterazione del tono dell'umore in risposta allo stress.
Il disturbo NES è associato caratteristicamente ad una condizione depressiva tanto che, da alcuni autori, è stato considerato come una variante della depressione. Ma la clinica mette in evidenza che le due sindromi sono differenti: l'andamento dell'umore durante la giornata è opposto. L'evoluzione circadiana dell'umore nella NES è opposta a quanto si apprezza nella depressione maggiore, infatti il paziente con NES presenta al risveglio un umore elevato che tende ad affievolirsi durante la giornata in misura tale che egli è spinto a compensare il disagio con il cibo.
Lo stress svolge un ruolo importante nell'insorgenza del disturbo: circa il 74% di soggetti ne riferisce l'inizio durante un periodo di alta concentrazione di eventi vitali stressanti. I disturbi dell'asse ipotalamo-ipofisi-corticosurrene costituiscono un altro elemento caratterizzante.
I parametri neuroendocrini che si ritrovano caratteristicamente nel disturbo sono elevati livelli di cortisolo e una riduzione dell'incremento notturno dei livelli di melatonina e leptina4, suggerendo che questi ormoni non adempiono alla loro normale funzione, nel tempo, rispettivamente, di mantenimento del sonno e di soppressione della fame.
Come emerge dalla letteratura la NES è un disturbo poco indagato e ancor meno nella popolazione generale poiché, inizialmente, fu considerata appannaggio esclusivamente di soggetti soprappeso, mentre studi più recenti ne hanno descritto la presenza anche in soggetti normopeso.
L'obiettivo del nostro studio è stata la valutazione delle relazioni esistenti tra i livelli di stress e supporto sociale percepiti, il BMI e la vulnerabilità allo sviluppo della sindrome in un campione di pazienti psichiatrici ambulatoriali e in un campione di soggetti sani.

GIOVEDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 18.30-20.00
SALA S. GIOVANNI

S55 - Amigdala e psicopatologia

MODERATORI
L. Bossini, A. Rossi

Amigdala e personalità

A. Bertolino

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Introduzione: nell'ultimo decennio l'accrescersi dell'interesse nei confronti degli aspetti neurobiologici dell'emozioni e della personalità ha prodotto una vera rivoluzione nell'ambito delle neuroscienze cognitive. Sempre più studi di *neuroimaging* si sono proposti di esplorare i circuiti neurali alla base del riconoscimento o della regolazione emozionale enfatizzando il ruolo svolto dall'amigdala e dalla corteccia prefrontale in questi processi. Studi recenti hanno anche permesso di valutare come tratti temperamentali o stili di personalità possano entrare in gioco nel modulare l'attività e le interconnessioni funzionali tra le suddette strutture, aiutando a comprendere le basi biologiche delle differenze in-

dividuali nell'esperire le emozioni. Insieme alla personalità, semplici variazioni genetiche che controllano il *signaling* dopaminergico e serotoninergico sembrano svolgere un ruolo chiave nella modulazione di questi circuiti.
Metodologia: utilizzando la risonanza magnetica funzionale (fMRI) abbiamo studiato due gruppi di soggetti sani durante valutazione implicita ed esplicita di stimoli minacciosi. I soggetti sani sono stati categorizzati in due seguendo un modello cognitivista post-razionalista. I due gruppi sono stati distinti in base al ruolo svolto dall'emozione della paura come elemento centrale all'identità della personalità. I due gruppi di soggetti erano comparabili per diverse variabili sia comportamentali che genetiche. Risultati. I soggetti che riconoscono la paura come elemento centrale dello stile di personalità ingaggiano in maggior misura l'amigdala durante il riconoscimento implicito di stimoli minacciosi e la corteccia prefrontale mesiale durante il riconoscimento esplicito.
Conclusioni: questi dati suggeriscono lo stile di personalità può essere associato a reclutamento differenziale di strutture cerebrali centralmente coinvolte nell'elaborazione degli stimoli minacciosi e della paura.

Amigdala e umore

P. Brambilla

Centro Interuniversitario di Neuroscienze Comportamentali (CIUNC), Università di Udine e Università di Verona

L'amigdala è una struttura fondamentale per la regolazione delle risposte emotive e dell'umore nell'uomo.
Molti studi recenti con *neuroimaging* strutturale e funzionale hanno evidenziato il ruolo dell'amigdala nei disturbi dell'umore, in particolare nel disturbo bipolare.
Dopo una revisione del ruolo dell'amigdala nella modulazione delle emozioni e della memoria emotiva nell'uomo, verranno presentati i principali dati in letteratura che suggeriscono il ruolo primario di questa struttura nei disturbi affettivi.

Amigdala e ansia/paura

L. Bossini, M. Tavanti

Università di Siena

In caso di pericolo l'amigdala prende il controllo della parte razionale per dare una risposta immediata. Mentre in situazioni più normali, la razionalità può controllare le emozioni. L'amigdala rappresenta una delle parti più antiche del cervello, controlla emozioni ancestrali come la rabbie e la paura, l'ansia indispensabili per la sopravvivenza. Le informazioni sul pericolo passano solo successivamente alla corteccia. Questo significa che si può prendere coscienza e controllo di un emozione solo dopo che questa si è scatenata. In caso di emozioni molto forti, o se non allenata, la corteccia fa fatica a riprendere il controllo; ciò è quello che sembra accadere in caso di disturbo post-traumatico da stress (PTSD) dove un evento traumatico può improvvisamente bloccare il normale funzionamento cerebrale a livello dei circuiti deputato al controllo e alla gestione del pericolo. Numerosi sono gli studi che riportano un'iperattivazione dell'amigdala nei soggetti con PTSD, in particolare a livello dell'emisfero destro.
Scopo di questo studio è valutare se all'eccessivo coinvolgimento funzionale dell'amigdala nei soggetti con PTSD corrisponda un'alterazione strutturale, in termini quantitativi assoluti, relativi o di asimmetria.
A tale scopo abbiamo reclutato 10 soggetti con PTSD puro e 10 controlli sani *matchati* per sesso, età peso ed altezza al gruppo dei pazienti. Ogni soggetto è stato valutato tramite una batteria di test psicometrici. Ad ogni soggetto è stata effettuata una Risonanza Magnetica Cerebrale per misurare l'ippocampo, l'amigdala e il volume cerebrale totale e calcolati gli indici di asimmetria.
Vengono presentati i risultati relativi alle misurazioni cerebrali e le correlazioni con i parametri clinici riferiti al disturbo specifico (*Davidson Trauma Scale*) ed ai questionari relativi ai sintomi di ansia (HAM-A) e di rabbia-aggressività (QTA).

Riconoscimento emotivo delle espressioni facciali, sistemi emozionali di base e potenziali evocati visivi

D. Tempesta, A. Rossi*

* *Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila*

Il Riconoscimento delle Espressioni Facciali (REF) rappresenta un importante aspetto nella comunicazione interpersonale ed è governato da substrati neurali specifici. Più recentemente l'attenzione della ricerca si è rivolta allo studio dei correlati neuropsico-fisiologici di tale processo evidenziando l'esistenza di alcuni sottosistemi neurali dedicati all'elaborazione dei volti.
Questo processo sembra riconoscere una correlazione con specifici stili affettivi di base come riportato dalle valutazioni condotte con strumenti quali il *Multi-dimensional Inventory*, *The affective Neuroscience personality Scale* (Davis et al., 2003) specificamente sviluppato per la misurazione degli stili affettivi.
In ambito clinico sono state riportate variazioni/anomalie del REF in differenti popolazioni cliniche così come il *neuroimaging* funzionale ha riportato variazioni/anomalie del funzionamento delle aree neuroanatomiche sottese a tale processo come l'amigdala ed il giro fusiforme.
L'ulteriore indagine neurofisiologica con potenziali evocati può fornire ulteriori elementi di conoscenza al modello delle interazioni REF *vs.* stili affettivi di base sia nella popolazione generale che in quelle cliniche.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA CAVALIERI 1

S56 - Do antidepressant drugs induce mania?

MODERATORI
L. Tondo, J. Angst

La mania. Una psicosi endogena scatenata da fattori esterni

A. Koukopoulos
Centro Lucio Bini

La maggior parte delle manie insorgono in coincidenza di fattori di notevole potenza scatenante cioè fattori stimolanti il sistema nervoso oppure come rimbalzo che segue alla sospensione di stabilizzatori dell'umore. È da sottolineare il fatto che molti fattori che scatenano la mania scatenano anche le crisi convulsive: la privazione del sonno, le sostanze stimolanti, la caffeina, l'alcool. In uno studio di 100 manie consecutive (54 donne e 46 uomini) nel Centro Lucio Bini abbiamo trovato che 16 manie erano insorte in seguito a trattamenti con triciclici, 14 con SSRI's, 12 in seguito a sospensione di litio, 4 per sospensione di antipsicotici, 1 per sospensione di carbamazepina, 1 per abuso di alcool, 1 per abuso di caffè, 6 per uso di cocaina, 6 di cannabis, 4 per poliabuso di sostanze, 3 per privazione del sonno, 1 per jet-lag, 3 in seguito a cortisone, 2 per lutto, 1 per divorzio, 2 per parto, 1 per eccesso di tiroxina, 1 per trauma cranico e 1 per pellegrinaggio religioso. Indubbiamente tali fattori scatenanti provocano la mania perchè agiscono su sitemi nervosi predisposti. Il temperamento di questi pazienti era: iperthimico in 69, ciclothimico in 12, irritabile in 4, ansioso in 5, distimico in 8 e normale in 2.

Do antidepressants induce hypomania/mania?

J. Angst
Zurich University Psychiatric Hospital

Background: most influential treatment guidelines recommend avoiding treating bipolar depression with antidepressants and bipolar patients are usually excluded from antidepressant trials. It is generally assumed that antidepressants induce hypomania.
Basic methodological issues: it is high time this assumption was questioned as being methodologically unsound: 1) natural phenomenon: a switch from depression to hypomania/mania has been a fundamental component of bipolar disorder since the concept was formulated [1]; similarly, the development of depression into mixed states was observed early on [2]. According to the literature the possible predictors of switches are variables associated with bipolarity: (e.g. previous history of mania/hypomania/ hypomanic symptoms, mixed features, hyperthymic temperament, substance abuse); 2) treatment versus placebo and switch: there is no controlled study of antidepressants *vs.* placebos demonstrating a significantly higher switch rate under active treatment nor has any meta-analysis demonstrated a significant difference; switch rates have however been shown to differ significantly between drugs [3 4]; 3) trial methodology: during a trial spanning a defined time period switches cannot by definition occur among non-responders; responders are generally more frequent under antidepressants than placebo. A switch is course-dependent: before it occurs it requires considerable improvement/response in the disorder. Switch rates are thus statistically *dependent events* (Bayes theorem) and it is wrong to calculate differences in switch rates as a function of the total number of patients non-responders included [5].
Conclusion: switches are to be understood as a sign of treatment efficacy; the more responders the more switches (ECT > TCA > SSRI > PLO). Bipolar depression can and should be treated by antidepressants, but these should be combined with mood stabilisers at the first sign of improvement in the depression in order to minimise the natural risk of a switch.

References

1 Baillarger J. *De la folie à double forme*. Ann Med Psychol 1854;6:369-84.
2 Pohl E. *Die Melancholie nach dem neuesten Standpunkte der Physiologie und auf Grundlage klinischer Beobachtungen*. Prag: Verlag der J.G. Calve'schen Buchhandlung 1852.
3 Gijsman HJ, Geddes JR, Rendell JM, Nolen WA, Goodwin GM. *Antidepressants for bipolar depression: a systematic review of randomised controlled trials.* Am J Psychiatry 2004;161:1537-47.
4 Visser HM, Van Der Mast R. *Bipolar disorder, antidepressants and induction of hypomania or mania. A systematic review.* World J Biol Psychiatry 2005;6:231-41.
5 Angst J, Gamma A. *A new bipolar spectrum concept: a brief review*. Bipolar Disord 2006;4:S11-4.

Ipo/manie durante trattamento con antidepressivi

L. Tondo[*], G. Vazquez[**], B. Lepri[***]
[*] *Dipartimento Psicologia, Università di Cagliari; McLean Hospital-Harvard Medical School;* [**] *Departamento de Neurociencias, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina;* [***] *Centro Lucio Bini, Cagliari*

Introduzione: non risulta ancora ben chiaro se l'uso di antidepressivi possa provocare stati ipo/maniacali in pazienti in trattamento per depressioni unipolari o bipolari visto che episodi ipo/maniacali possono comparire sia nei disturbi depressivi maggiori (con conseguente modifica della diagnosi) sia spontaneamente nei disturbi bipolari. Una metanalisi derivata in parte da una recente review della letteratura [1] e presentata in questo congresso come poster [2], mostra una tendenza a un

aumento di stati ipo/maniacali associati durante uso di antidepressivi, in alcuni casi, nonostante l'uso di stabilizzanti dell'umore.
Metodologia: tutti i pazienti visitati presso il Centro Lucio Bini di Cagliari, sono stati valutati per l'uso di antidepressivi e la possibile induzione di episodi ipo/maniacali durante il trattamento. Vengono presentati i risultati preliminari dello studio.
Risultati: dei 771 pazienti visitati, 529 (68,6%) hanno ricevuto almeno un trattamento antidepressivo. Di questi, il 20% ha presentato un episodio ipomaniacale, l'8% un episodio maniacale. Come prevedibile, episodi ipo/maniacali si sono verificati nel 95% di pazienti con disturbi dell'umore e nel 5% dei pazienti con disturbi d'ansia. Episodi ipomaniacali si sono presentati nel 10% dei pazienti con disturbo depressivo maggiore (DDM), nel 60% di pazienti BP-II e nel 30% dei pazienti BP-I. Episodi maniacali si sono verificati nell'8% di pazienti BP-II e nel 92% di pazienti BP-I, mentre in nessun paziente con DDM. Non è stata osservata una differenza nella comparsa di episodi ipo/maniacali durante trattamento con antidepressivi di I (prevalentemente triciclici) o di II generazione (prevalentemente serotoninergici). Il concomitante uso di terapie a lungo termine non ha mostrato un effetto preventivo sulla comparsa di episodi ipo/maniacali. La durata del trattamento con antidepressivi non è stata significativamente diversa per la comparsa di episodi ipo/maniacali.
Conclusioni: la comparsa di episodi ipo/maniacali durante trattamento con antidepressivi è un evento che interessa circa il 30% di pazienti con disturbi dell'umore, in particolare BP-I o BP-II. Sulla base di questi dati preliminari il concomitante trattamento con stabilizzanti dell'umore non sembra prevenire la comparsa di episodi ipo/maniacali.

Bibliografia

1 Visser HM, van der Mast RC. *Bipolar disorder, antidepressants and induction of hypomania or mania: a systematic review*. World J Biol Psychiatry 2005;6:231-41.
2 Tondo & Vazquez. Giorn It Psicopat 2006.

Switch rates across treatment options for bipolar depression

E. Vieta, J. M. Goikolea

Hospital Clinic, Università di Barcelona, Barcelona, Spagna

Introduction: bipolar depression, or the depressive phase of bipolar disorder, represents a difficult-to-treat and disabling form of depression. Although mania and hypomania are the distinctive mood disturbances in bipolar disorder, it is becoming increasingly apparent that depression is the predominant mood alteration in bipolar disorder, and the main cause of dysfunction and mortality for patients. However, despite the clear clinical and public health implications of these facts, research has traditionally neglected bipolar depression, and clinicians continue to encounter many difficulties in the management of patients. One of the most worrysome aspects of the treatment of bipolar depression is the risk of treatment-induced mania or hypomania.
Methodology: the main controlled trials in the area of bipolar depression were scrutinized. Switch rates were systematically recorded.
Results: lithium and anticonvulsants, with the exception of lamotrigine, appear to be more effective in mania than in depression. Antidepressants, particularly tricyclics and dual acting compounds, may induce mania, especially when used in the absence of an antimanic drug. The evidence on this safety concern is less compelling as far as SSRIs are concerned. Changes in dopaminergic activity have been implicated in the pathogenesis of bipolar depression and now two apparently opposite strategies are being used to improve depressive symptoms in bipolar patients: adjunctive dopamine agonists, such as pramipexole, or dopamine antagonists, such as atypical antipsychotics. Three recent placebo-controlled studies support the use of olanzapine, and particularly quetiapine, in the treatment of bipolar depressed patients. Electroconvulsive therapy remains as an option in treatment-resistant patients. Cognitive-behavioral therapy and psychoeducation seem much better for the prevention of relapse than for the treatment of acute episodes. Although the definition of switch may vary across trials, switch rates with drugs other than tricyclic antidepressants were not higher than placebo in any of the studies.
Conclusions: mania or hypomania may be induced by drugs or other interventions during the treatment of bipolar depressive episodes, but evidence is only available for tricyclic antidepressants. Neither lithium, nor valproate, lamotrigine, olanzapine, quetiapine, nor even dopamine agonists and SSRIs appear to increase switch risk in a statistically significant way.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA CAVALIERI 2

S57 - La dimensione disorganizzazione

MODERATORI
P. Rocca, R. Brugnoli

La valutazione clinica

R. Brugnoli, A. Iannitelli, F. Pacitti, A. Scarciglia, P. Pancheri

Fondazione Italiana per lo Studio della Schizofrenia, Roma; SPDC, Policlinico Umberto I, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

Introduzione: la "sindrome da disorganizzazione" è stata descritta per la prima volta da Bleuler che utilizzava il termine "dissociazione", attribuendogli una funzione core nella schizofrenia.
La "disorganizzazione" è caratterizzata dalla presenza di tre elementi fondamentali: a) disgregazione delle caratteristiche fondamentali della comunicazione con relativa impossibilità della decodifica del messaggio; b) perdita di nessi logici di collegamento fra concetti della comunicazione; c) sconnessione tra comunicazione verbale e non verbale a connotazione emozionale. Il fattore "disorganizzazione" si riferisce dunque alle manifestazioni osservabili di una disgregazione e destrutturazione della comunicazione verbale e non verbale che si presume essere una espressione sintomatica di perdita delle capacità di organizzare e strutturare un messaggio interno a fini comunicativi.
Negli ultimi anni si è rafforzata l'ipotesi Bleuleriana, secondo la quale i cluster sintomatologici che coinvolgono la disorganizzazione e le funzioni cognitive rappresentano un core eziopatogenetico primario nella malattia schizofrenica, da cui avrebbero origine le altre dimensioni sintomatologiche. La valutazione della disorganizzazione assume una notevole importanza per vari motivi nella schizofrenia dove il livello di disorganizzazione ideativa condiziona ampiamente sia i programmi di riabilitazione che di intervento psicoterapeutico.
Materiali e metodi: all'interno del nostro studio sono stati inseriti 161 soggetti con diagnosi di Schizofrenia secondo i criteri del DSM IV-TR. Questi pazienti sono stati consecutivamente reclutati presso i centri clinici universitari dei Servizi di Psichiatria de "La Sapienza" di Roma, di Roma "Tor Vergata" e della Struttura Ospedaliera "S. Salvatore" de L'Aquila. Tale reclutamento ha previsto da parte di tutti i soggetti inclusi nello studio la compilazione di un consenso informato scritto. Per ognuno è inoltre stata compilata una scheda di raccolta dati anamnestica e socio-demografica (nome, età, sesso, stato civile) e una di dati relativi alla malattia (esordio, durata di malattia, terapie assunte in passato e in atto,eventuali note aggiuntive). Criteri generali di esclusione per i soggetti inclusi nello studio sono stati: età inferiore ad anni 18 o superiore ad anni 65, comorbilità con patologie di carattere psichiatrico di Asse I e/o di Asse II, la presenza accertata di disturbi di tipo neuro-cognitivo. Altra caratteristica del campione era che tutti i soggetti fossero in trattamento farmacologico stabilizzato da almeno un anno (sono stati esclusi i casi di "esordio psicotico e/o riacutizzazione"). Lo studio è stato condotto dal Febbraio 2004 al Luglio 2006.
Risultati: il nostro campione era costituito da una popolazione di 161 soggetti, 118 maschi (pari al 73,3% del totale) e 43 femmine (26,7%), di età media 29,13 anni (DS 10,15). Tutti i soggetti arruolati nello studio soddisfacevano i criteri diagnostici DSM IV-TR per la diagnosi di Schizofrenia ed erano in trattamento stabilizzato da almeno un anno con antipsicotici. Dal campione esaminato non sono emerse differenze significative rispetto alle variabili di carattere sociodemografico (stato civile, anni di malattia, ospedalizzazioni ecc.). Per l'intero campione dei soggetti la durata di malattia andava da un minimo di un anno a 42 anni con un età media a partire dalla prima diagnosi di 16,39 anni.
La parte più cospicua dei soggetti facenti parte del campione, risultava essere single all'atto del reclutamento (119 pari al 73,9%), della restante parte, 15 erano coniugati (9,3% del totale), 5 divorziati (3,1%) e 2 vedovi (1,2%).
L'analisi delle scale di valutazione sintomatologiche adoperate (PANSS, 3TRE e SCADIS), ha mostrato punteggi medi moderati mentre i punteggi medi ottenuti ala scala GAF sono risultati indicativi di una grave compromissione del funzionamento sociale dei soggetti (media 39,62 DS 12,48).
L'analisi dei singoli item della SCADIS ha potuto mettere in evidenza come tutti possano essere raggruppabili in un unico fattore (Disorganizzazione) in grado di spiegarne il 46% della varianza. Tale dato dimostrerebbe che la scala sia fondamentalmente monotonica rispetto a tale fattore quindi di grande ausilio nella valutazione di questa dimensione.
La correlazione effettuata fra i singoli item della PANSS con il punteggio totale della SCADIS ha inoltre potuto mettere in risalto come quest'ultimo correli in maniera estremamente significativa ($p < ,001$) con il cluster Disturbi del pensiero della PANSS ($r = 0,331$) e con l'item Disorganizzazione concettuale della stessa scala ($r = 0,732$). Il punteggio della SCADIS è inoltre risultato significativamente correlato ($p < ,001$) all'item Disorganizzazione ideativa della 3TRE ($r = 0,732$). Questi dati confermerebbero la sensibilità della SCADIS nella valutazione della dimensione Disorganizzazione. L'indagine rivolta alla componente disorganizzazione rispetto al funzionamento sociale dei soggetti ha messo in evidenza come la prima correli inversamente, in modo statisticamente significativo con la seconda.
Nello specifico, la GAF ha presentato punteggi piu bassi quando correlava con gli items Sistema simbolico di riferimento ($r = -0,56$), Qualità della comunicazione ($r = -0,56$) e Finalizzazione ($r = -0,55$) della SCADIS, mentre non risultavano significativamente correlati gli item tesi ad esplorare la Logica di riferimento, la Ridondanza procedurale, Procedura di controllo e Capacità di astrazione. Ulteriore conferma della stretta relazione fra funzionamento sociale e disorga-

nizzazione è stata la correlazione inversa significativa tra i punteggi della GAF e il punteggio totale della sottoscala positiva (r =-0,247) e del cluster Disturbi del pensiero (r =-0,241) della PANSS. Il Funzionamento sociale è inoltre risultato significativamente ed inversamente correlato con la dimensione Sintomi posivi della 3TRE (r = -0,688).

La schizofrenia

P. Rocca, F. Castagna, C. Montemagni, F. Bogetto

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

L'eterogeneità della schizofrenia è un problema riconosciuto da sempre, come già preannunciato quando è stato introdotto il termine schizofrenia da Bleuler [1] che aveva dato al suo autorevole lavoro il titolo di "Dementia Praecox, il gruppo delle schizofrenie". L'inquadramento delle eterogenee manifestazioni cliniche della schizofrenia ha previsto l'applicazione sia del modello categoriale sia di quello dimensionale. L'identificazione di distinti sottotipi o di distinte dimensioni sintomatologiche è importante sia per definire i percorsi diagnostici-terapeutici sia per identificare i meccanismi patogenetici alla base dello specifico quadro clinico. Sia la nosografia classica sia quella attuale hanno rappresentato approcci univariati al problema dell'eterogeneità. La disorganizzazione è considerata nell'ambito dell'approccio categoriale sia nel DSM IV-TR che nell'ICD-10. Nel primo, tra i cinque sintomi necessari per porre diagnosi sono inclusi l'eloquio e il comportamento disorganizzato, nel secondo l'eloquio incoerente e risposte emozionali incongrue, anche se citate come sintomi negativi. Nel DSM IV-TR è incluso il sottotipo disorganizzato, che si caratterizza per la presenza di eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato e affettività appiattita, sintomi che devono essere in primo piano. Nell'ICD-10, il sottotipo schizofrenia ebefrenica è quello in cui la dimensione disorganizzazione è prevalente. Il modello dicotomico positivo-negativo [2] ha promosso la rinascita dell'interesse nell'identificazione di sottogruppi di sintomi schizofrenici e su questa base è stato sviluppato il modello dimensionale della schizofrenia, con varie alternative. Dall'approccio dimensionale, è risultato che il modello a tre-sindromi, che comprende le dimensioni psicosi o distorsione della realtà, sintomi negativi e disorganizzazione, è la struttura fattoriale più valida della sintomatologia schizofrenica [3].

I sintomi che più comunemente tendono ad aggregarsi per costituire la dimensione disorganizzazione sono i disturbi formali positivi del pensiero (eloquio logorroico, tangenzialità, deragliamento, incoerenza, illogicità), la povertà del contenuto del linguaggio, il comportamento bizzarro, l'alogia, l'inadeguatezza affettiva, la disorganizzazione concettuale, la difficoltà nell'astrazione, la compromissione dell'attenzione, i pensieri inusuali, la compromissione della volontà, il pensiero stereotipato, la scarsa consapevolezza e il manierismo. L'approccio dimensionale ha portato luce all'intuizione di Bleuler secondo la quale la dimensione disorganizzazione è strettamente legata ai disturbi formali del pensiero e del linguaggio e ha reso possibile una definizione più precisa del disturbo del pensiero.

Numerosi studi condotti nell'ultima decade hanno innegabilmente confermato l'importanza della dissociazione mentale nella schizofrenia, riferendosi ad essa con nuove designazioni: disturbi formali del pensiero, sottotipo disorganizzato e sindrome della disconnessione. I problemi incontrati nel tentativo di migliorare la descrizione della disorganizzazione nella schizofrenia potrebbero essere risolti da un approccio patogenetico. Un metodo per fornire una descrizione più precisa della disorganizzazione della schizofrenia è considerare le anomalie cognitive che sono alla base dei disturbi del pensiero e del linguaggio come guide per rileggere i sintomi clinici e indicare nuovi segni clinici. I modelli cognitivi proposti sono la compromissione del processamento delle informazioni, l'incapacità di discriminazione e l'eccesso di stimolazione, il deficit dell'integrazione percezione-cognizione-emozione e l'alterazione di queste integrazioni. Hardy-Baylé et al. [4], riproponendo un approccio neo-bleureriano, ipotizzano che alla base della sindrome schizofrenica disorganizzata ci siano due meccanismi cognitivi responsabili delle alterazioni di pensiero e di linguaggio che si osservano nei pazienti. Identificano nel deficit dell'integrazione dell'informazione contestuale e nel deficit della Teoria della Mente l'anormalità specifica dell'*information processing* caratteristica della disorganizzazione, risultato dell'alterazione di circuiti cerebrali sottostanti. Il concetto di *spaltung* acquista in questa prospettiva un nuovo significato di perdita di integrazione cognitiva. La disorganizzazione dipenderebbe da un processo cognitivo deficitario incapace di rendere rilevante un'azione in un dato contesto e all'origine della compromissione della possibilità di operare corrette attribuzioni sugli stati mentali altrui. In questa relazione sarà presentata una nostra ricerca sulla dimensione disorganizzazione in un gruppo di soggetti affetti da schizofrenia, facendo riferimento al modello teorico che prevede l'integrazione di percezione-cognizione-emozione.

Bibliografia

1 Bleuler E. *Dementia Praecox o der Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig und Wien: F Deuticke, 1911 (Ed. italiana, Roma: La Nuova Italiana Scientifica 1985).

2 Crow TJ. *Molecular pathology of schizophrenia: More than a disease process?* Br Med J 1980;280:66-8.

3 Peralta V, Cuesta MJ. *How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment*. Schizophr Res 2001;49:269-85.

4 Hardy-Bayle MC, Sarfati Y, Passerieux C. *The cognitive basis of disorganization symptomatology in schizophrenia and its clinical correlates: toward a pathogenetic approach to disorganization*. Schizophr Bull 2003;29:459-71.

La dimensione disorganizzazione. Il disturbo borderline di personalità

S. Bellino

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Il concetto di disorganizzazione è stato introdotto per connotare una dimensione sintomatologica che riflette ed esprime la caratteristica psicopatologica fondamentale della dissociazione psichica, della perdita dei nessi associativi che collegano tra loro le diverse funzioni psichiche e ne organizzano il funzionamento. Secondo il modello dimensionale proposto da

Andreasen et al. nel 1995 [1] e nei lavori successivi, si possono identificare nella schizofrenia tre dimensioni fondamentali: quella dei sintomi psicotici, quella della disorganizzazione e quella dei sintomi negativi. La dimensione dei sintomi disorganizzati si ritrova costantemente anche nei modelli elaborati successivamente, come quello di Peralta e Cuesta del 2001 [2], che prendono in considerazione un numero più elevato di fattori. I sintomi in cui si esprime la dimensione disorganizzata sono la disorganizzazione del linguaggio, dell'affettività e del comportamento. Se ci riferiamo a questa definizione della disorganizzazione, come complesso dei sintomi che riflette la dissociazione psichica, non possiamo riconoscere questo elemento psicopatologico nel disturbo borderline di personalità. Se infatti nella psicosi schizofrenica si assiste ad una frammentazione del sé, ad una disgregazione della personalità che si esprime nella dissociazione e nei sintomi disorganizzati, nel disturbo borderline il sé è poco coeso, con confini poco definiti, ma la frammentazione non si verifica se non talora in brevi e transitori episodi psicotici. Il termine disorganizzazione può essere quindi applicato al disturbo borderline di personalità solo ricorrendo ad un'accezione più ampia, che faccia riferimento al concetto di Kernberg di una strutturazione dell'identità deficitaria e debole. Il disturbo dell'identità nei pazienti borderline è stato introdotto fra i criteri diagnostici del DSM-IV ed è stato analizzato in modo approfondito in uno studio del 2000 di Wilkinson-Ryan e Westen [3], in cui sono stati identificati quattro fattori fondamentali: "role absorption"(in cui i pazienti tendono a definirsi in rapporto ad un singolo ruolo o compito), "painful incoherence" (un senso soggettivo di mancanza di coerenza), "inconsistency" (un'incoerenza oggettiva del pensiero, del sentimento e del comportamento) e "lack of commitment" (mancanza di responsabilità nel lavoro o rispetto ai propri valori). Il deficit strutturale dell'identità sarebbe quindi uno dei nuclei psicopatologici del disturbo borderline e l'elemento caratterizzante di una forma di disorganizzazione che si estrinseca in molteplici manifestazioni sintomatologiche del disturbo: 1) manifestazioni comportamentali (impulsività, rabbia incontrollata); 2) manifestazioni affettive (instabilità dell'umore, disforia); 3) manifestazioni relazionali (alternanza repentina di idealizzazione e svalutazione dell'altro significativo, angoscia abbandonica).
Per approfondire lo studio dei rapporti che intercorrono fra deficit di strutturazione dell'identità e caratteristiche sintomatologiche e cliniche del disturbo borderline di personalità abbiamo valutato un gruppo di pazienti ambulatoriali con l'item 4 "Identity" del *Borderline Personality Disorder Severity Index* (BPDSI), con un'intervista semistutturata per le caratteristiche demografiche e cliniche e con una serie di scale sintomatologiche e funzionali. Il punteggio dell'item 4 del BPDSI è stato quindi adottato come variabile dipendente in un modello di regressione multipla in cui le variabili indipendenti sono i punteggi delle scale ed i fattori demografici e clinici. I risultati ottenuti sono descritti e discussi in relazione alle implicazioni psicopatologiche e cliniche.

Bibliografia

1. Andreasen NC, Arndt S, Alliger R, Miller D, Flaum M. *Symptoms of schizophrenia. Methods, meanings, and mechanisms.* Arch Gen Psychiatry 1995;52:341-51.
2. Peralta V, Cuesta MJ. *How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment.* Schizophrenia Res 2001;49:269-89.
3. Wilkinson-Ryan T, Westen D. *Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation.* Am J Psychiatry 2000;157:528-41.

Schizofrenia e comportamento violento

L. Lorettu

Clinica Psichiatrica, Università di Sassari

La malattia mentale ed il comportamento violento sono oggetto di numerosi pregiudizi sia in ambito popolare che in ambito clinico.
In particolare la schizofrenia, che rappresenta il paradigma della malattia mentale, raccoglie su di sé numerosi "stigma" in merito al comportamento violento.
L'Autore illustra gli aspetti epidemiologici inerenti la problematica e alcuni dei più frequenti pregiudizi in merito a schizofrenia e comportamento violento.
Attraverso la presentazione dei dati di uno studio clinico vengono confrontati i dati di realtà con i pregiudizi concernenti, ad esempio, l'imprevedibilità, l'incomprensibilità, la recidiva del comportamento violento dello schizofrenico.
Infine viene sottolineata l'importanza di una valutazione obiettiva e standardizzata dei segni premonitori del comportamento violento.

Valutazione della dimensione disorganizzazione nel determinare l'accesso in PS e il ricovero in SPDC

F. Dazzi, L. Orso, M. Biondi

DAI Salute Mentale, SPDC Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma

Scopo: lo scopo dello studio è quello di valutare quanto la dimensione disorganizzazione del pensiero incida sia nel determinare la richiesta di consulenza psichiatrica in Pronto Soccorso che sui conseguenti percorsi terapeutici.
Metodologia: sono state valutate 65 consulenze psichiatriche in Pronto Soccorso raccolte consecutivamente tramite un questionario creato appositamente, che riporta al suo interno la Scala per la Valutazione Rapida Dimensionale (SVARAD).
Risultati: la disorganizzazione del pensiero è stata riscontrata nel 41,5% dei pazienti, di grado elevato nel 12% dei casi. Confrontando la sottopopolazione di pazienti cui viene proposto il ricovero con quella cui il ricovero non viene proposto, si osserva una distribuzione della disorganizzazione del pensiero significativamente a favore della prima ($p = 0,02$) con prevalenze rispettivamente del 55,5 e del 31%.
Discussione: dopo trent'anni circa dalla approvazione della legge 180 la dimensione rabbia/aggressività risulta meno determinante nel favorire il ricovero conferendo alla psichiatria un ruolo prettamente terapeutico e non più di controllo sociale.
Conclusioni: la disorganizzazione del pensiero sembra essere una dimensione psicopatologica poco frequente nel determinare la richiesta di consulenza psichiatrica, ma fondamentale nel definire la necessità di ricoverare il paziente.

Bibliografia

Giampieri E, et al. *Determinations of hospitalization from psychiatric ER from S. Gerardo hospital in Monza: epidemiological cross-sectional study*. Epidemiologia e Psichiatria Sociale 2002;11:266-76.

Mattioni T, et al. *Determinants of psychiatric inpatient admission to general hospital psychiatric wards: an epidemiological study in a region of central Italy*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1999;34:425-31.

Pancheri P, Biondi M, Gaetano P, Picardi A. *Costruzione della SVARAD (Scala di valutazione rapida dimensionale)*. Rivista di Psichiatria 1999;34:72-83.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA ELLISSE

S58 - Le patologie dell'attaccamento nell'arco della vita

MODERATORI
D. Marazziti, V. Volterra

Il disturbo d'ansia di separazione ed i disturbi correlati in età evolutiva

G. Masi, S. Millepiedi, M. Mucci, C. Pfanner, C. Pari, S. Berfoffa

I.R.C.C.S. Stella Maris per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Calambrone (PI)

Mentre le normali ansie di separazione rappresentano una normale tappa evolutiva, con un significato evolutivo protettivo nelle prime fasi dello sviluppo, il disturbo d'ansia di separazione (DAS) è un quadro psicopatologico qualitativamente diverso da tali normali precoci preoccupazioni, ed è caratterizzato da una abnorme reattività alla separazione reale o immaginata da figure di attaccamento, che determina una significativa interferenza con le normali attività della vita quotidiana. La prevalenza del disturbo nei bambini e negli adolescenti è stimata intorno al 4-5% nella popolazione generale, anche se solo una parte di questi bambini raggiunge la soglia del contatto clinico. Esistono differenze evolutive nell'espressività clinica del disturbo, con i bambini più piccoli che presentano prevalenti timori sulla propria separazione dalle figure di attaccamento, mentre nei bambini più grandi prevale il timore che qualcosa di pericoloso possa accadere alle figure di attaccamento. Esistono evidenze sul fatto che parte di queste manifestazioni con si risolve nell'arco dello sviluppo, ma continua a manifestarsi, sia pure in forma diversa, anche in età adulta, come ansia legata al timore della rottura di legami con le figure affettive di riferimento, e con evitamento di tutte le situazioni che posano comportare un rischio per l'integrità di tale legame. Può associarsi, in concomitanza con eventi vitali negativi, una sintomatologia depressiva o una crisi ansiosa acuta tipo panico, che rappresenta la causa più diretta di richiesta clinica.
Frequenti in tutte le fase di età sono le manifestazioni somatiche. Il sintomo più invalidante del DAS in età evolutiva è il rifiuto scolastico, presente nel 75% dei bambini con DAS, e che è presente in circa l'1% della popolazione scolastica.
Studi longitudinali suggeriscono che il DAS ad esordio precoce possa rappresentare un fattore di rischio per altri disturbi d'ansia, ma si discute ancora se tale legame sia aspecifico, o se esista un rapporto più diretto con il disturbo di panico (DP). In particolare il DAS appare particolarmente collegato alle forme di DP precedute, nel corso dei mesi precedenti, da eventi di separazione o di perdita. Dati recenti indicano che il rapporto DAS-DP è particolarmente elevato nelle forme di DP ad esordio precoce. Inoltre il DAS è particolarmente collegato a forme di DP con una precoce complicazione agorafobica.
Altre quadro psicopatologici che possono comparire nella storia naturale del DAS, e la cui relazione psicopatologica con il DAS è ancora discussa, sono il disturbo d'ansia generalizzato, i disturbi depressivi ed il disturbo bipolare.

Le patologie dell'attaccamento nell'adulto

G. Perugi

Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

Introduzione: il disturbo d'ansia di separazione costituisce una categoria diagnostica ben definita nel DSM-IV-TR solo per l'età infantile; tuttavia, recenti dati epidemiologici e clinici indicano che tale disturbo è presente nell'età adulta. L'obiettivo del presente studio è quello di caratterizzare da un punto di vista clinico l'ansia di separazione in una popolazione di pazienti con disturbi dell'umore.
Metodologia: è stata selezionata una casistica di pazienti ambulatoriali con disturbi dello spettro bipolare. Le caratteristiche epidemiologiche e cliniche del disturbo sono state raccolte in maniera semi-strutturata. I pazienti hanno riempito scale di auto-valutazione specifiche per i temperamenti affettivi, l'ansia di separazione e la sensitività interpersonale. Sono studiate le correlazioni tra le diverse dimensioni temperamentali ed i vari sottotipi diagnostici all'interno dello spettro bipolare.
Risultati: ciclotimia, ansia di separazione e sensitività interpersonale risultano dimensioni significativamente corre-

late. In particolare l'ansia di separazione sembra identificare un sottotipo di disturbo affettivo caratterizzato da un decorso di tipo bipolare II con elevata comorbidità con disturbi d'ansia, in particolare il disturbo da panico.
Conclusioni: l'ansia di separazione nell'adulto configura una vera e propria patologia dell'attaccamento con possibili influenze sul decorso e sul trattamento dei disturbi dello spettro bipolare.

L'attaccamento distruttivo. Aspetti clinici e psichiatrico-forensi dei delitti intrafamiliari

V. Volterra
Bologna

Vengono presentati e analizzati alcuni casi di omicidio e di omicidio-suicidio intrafamiliari che si verificano dall'origine alla fine della vita, nei quali l'attaccamento quasi simbiotico delle persone comporta una crisi d'identificazione e l'impossibilità di separazione dall'altro.
In particolare sono analizzati ed esemplificati omicidi-suicidi di coppia per gelosia o per separazione; quelli di genitori verso i figli e di figli verso i genitori tossicomani, od alcoolisti, handicappati, malati psichici, violenti, perversi, ecc., quelli tra fratelli e gli infanticidi.
Sono poi distinti, da un punto di vista psicopatologico e psicodinamico quelli egoisti e quelli altruisti; quelli premeditati e quelli impulsivi; quelli sicuramente connessi a psicopatologie e quelli di non sicuro e accertato disordine mentale, se non temporaneo o critico.

Neurobiologia dell'attaccamento nella varie età della vita

D. Marazziti
Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

L'attaccamento può essere definito come un processo sociale che coinvolge la relazione emotiva fra un individuo e l'oggetto dell'attaccamento. È caratterizzato dall'esigenza di vicinanza, segni comportamentali e fisiologici di malessere e agitazione quando si verifica la separazione dall'oggetto dell'attaccamento, riduzione di questi segni dopo il riavvicinamento, e un determinato tempo necessario per svilupparsi. Per lungo tempo l'attaccamento è stato considerato come una semplice risposta alla separazione e la biologia dell'attaccamento identificata con la biologia dell'ansia di separazione incentrata sugli oppioidi, mentre, attualmente, non viene più interpretato come una conseguenza dell'ansia di separazione, poiché è chiaro che include una valenza positiva correlata alla gratificazione relativa alla formazione di legami sociali, come segnalato da Insel, "… non esistono ovvie ragioni per cui l'attaccamento e la separazione debbano essere supportate dallo stesso sistema neurotrasmettitoriale". Secondo questo concetto, nell'ultimo decennio i dati accumulati hanno sottolineato il ruolo chiave di neuropeptidi come ossitocina e vasopressina nell'inizio e nel mantenimento dell'attaccamento infantile, del comportamento materno e della formazione della coppia, nonché di numerosi neurotrasmettitori, quali noradrenalina, dopamina e serotonina. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'ossitocina plasmatica e un marker perferico serotoninergico, vale a dire il trasportatore piastrinico della serotonina (SERT) in 50 soggetti di età diverse per verificare eventuali correlazioni con stili di attaccamento e/o sesso ed età.
I risultati preliminari sembrano evidenziare la presenza di correlazioni tra i due parametri biologici sopraindicati che suggeriscono la complessità della neurobiologia dell'attaccamento.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA MONTEMARIO

S59 - La Legge 180: eutanasia o rianimazione

MODERATORI
L. Canova, P.L. Scapicchio

Legge 180. Eutanasia o rianimazione. Le valutazioni del servizio pubblico

L. Ferrannini
D.S.M. A.S.L. 3 "Genovese"

Fin dalla sua promulgazione, la legge di riforma dell'assistenza psichiatrica è stata oggetto, nel nostro Paese, di un dibattito forte e contraddittorio, che ha visto nel tempo protagonisti politici, tecnici, amministratori, associazioni di familiari, mass media.

Anche di recente, nella scorsa legislatura, sono state presentate numerose proposte di legge per modificare la normativa psichiatrica – peraltro, è giusto ricordarlo, centrata sulle possibilità e sui limiti degli accertamenti e dei trattamenti senza consenso e non più sugli aspetti organizzativi, diventati da tempo oggetto di intervento autonomo regionale –, proprio mentre negli anni si estendeva il consenso della comunità scientifica internazionale sui valori e sulle centralità della psichiatria di comunità, rispetto alla psichiatria delle istituzioni, di recente assunta dalla WHO e dalla UE come punto di riferimento per le politiche socio-sanitarie in tutti gli stati.

A fronte di questo quadro perlomeno singolare, che senso ha parlare ancora di leggi, ed in particolare della legge 180?
Forse occorre ribadire alcuni concetti di fondo. La funzione ed il mandato disciplinare della psichiatria assumono aspetti differenti a seconda del momento e del contesto storico e questa dimensione di continua evoluzione non può essere elusa, pena il rischio di assumere posizioni separate ed asettiche rispetto alle domande di intervento e di cura ed alle loro modificazioni.
I modelli organizzativi vanno infatti sottoposti a continui cambiamenti, in un lavoro attento e critico che Castel acutamente definiva "monter et démonter sans cesse".
Questa peculiarità della psichiatria, al contempo scienza biologica e scienza umanistica, richiede un forte approccio multidimensionale, in grado di rilanciare il modello biopsicosociale non solo come mera sommatoria di approcci differenti, ma come unitarietà della dimensione esistenziale della persona sana e malata.
È questo il terreno di impegno della disciplina e dei servizi, che si traduce in alcune priorità: accessibilità dei servizi, tempestività degli interventi, presa in carico all'esordio, garanzia di continuità terapeutico assistenziale, percorsi di cura integrati e flessibili, supporto alle famiglie, integrazione tra soggetti erogatori, sviluppo di reti formali ed informali, lotta allo stigma, monitoraggio e valutazione dei processi e degli esiti, formazione e ricerca clinica continuativa ed indipendente.
Se eutanasia vuol dire "buona morte" quando non c'è più niente da fare e rianimazione è intervento estremo per salvare una vita, crediamo che il lavoro psichiatrico nella prospettiva dei servizi – che necessita di cornici legislative attente ai diritti delle persone in un quadro egualitario ed universalista, come quella in vigore nel nostro Paese – richieda un nuovo patto sociale, *tra policy makers*, utenti, familiari ed operatori, in grado di superare un sterile e fuorviante scontro tra paradigmi e visioni della malattia e del malato, in favore di alleanze sulle risorse e sull'appropriatezza tecnica ed organizzativa.

Bibliografia

Bassi M, Di Giannantonio M, Ferrannini L, Mencacci C, Munizza C, Petrovich L, et al. *Politiche Sanitarie in psichiatria.* Milano: Masson 2003.

Ferrannini L. *Il Dipartimento di Salute Mentale è un servizio di psichiatria di comunità ?* Psichiatria di comunità 2002;1.

Ferrannini L, Peloso PF. *Il Dipartimento di Salute Mentale tra modello organizzativo e contenuti*. Rivista sperimentale di freniatria 2005;229.

Il problema culturale e la realtà effettuale della legge 180. Due problemi storici fraintesi

L. Canova

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione Psichiatria, Università di Siena

Due i problemi fraintesi ed ignorati dell'assistenza psichiatrica in Italia.
Il problema culturale e la realtà effettuale della legge 180.
Il problema culturale riguarda la rappresentazione della follia e la mediazione del suo rapporto con "la città".
Questo aspetto culturale si è irrigidito nel tempo in una sorta di grigio utopismo pedagogico, appannaggio dell'uomo dell'apparato politico di turno, che ha rivestito i panni del mediatore.
Successivamente si è diluito nell'ambito di una logica aziendalistica e manageriale ormai prevalente.
La realtà effettuale, di cui si parla poco, riguarda l'assetto dell'assistenza psichiatrica e viene ad investire non soltanto interessi economici ingenti, ma anche inveterate divergenze ideologiche.
La legge 180 con la sua nozione di territorio come anti-manicomio ed anti-istituzione in generale, ha liquidato assetti ormai anacronistici, ma nel contempo ha imposto la ricerca di nuovi equilibri.
Inoltre ha acceso il contenzioso circa la ridistribuzione dei benefici, economici da un lato, ideologico-culturali dall'altro.
La situazione che ne è seguita è tuttora aperta.

Bibliografia

Del Pistoia L, Canova L. *Come è cambiata la psichiatria. Un indice: la divulgazione*. Rivista sperimentale di freniatria 1989, pp. 591 e sgg.

Tanzi E, Lugaro E. *Trattato delle malattie mentali*. Milano: Soc. Edit. Libraria 1923.

Basaglia F. *Scritti*. Milano: Einaudi 1981, pp. 485, 521.

Del Pistoia L, Canova L. *Structures du pouvoir et pouvoir des structures. Apport à la conaissance de la psychiatrie italienne des années 80 du XXéme siècle*. Actualitès psychiatriques 1986;9:138.

Il futuro della 180, oltre il dogma e l'eresia

G.M. Polselli, S. Ferracuti, M. Biondi

DAI Salute Mentale, SPDC Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Rom

Il 1978 è stato un anno importante in Italia per il riconoscimento del diritto alla salute dei cittadini; in quell'anno infatti sono state approvate la legge 194 sulla tutela sociale della maternità, la legge 180 sugli accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori e la legge 833 sulla istituzione del sistema sanitario nazionale. A distanza di trenta anni: la legge 833 è stata riformata, la legge 194 è al centro di un vivace dibattito, mentre la legge 180 è il bersaglio di polemiche e di tentativi di riforma sin dall'inizio della sua promulgazione.
Quando ci si riferisce alla legge 180 si ricorre facilmente a termini che abitualmente si usano in contesti religiosi quali: dogma, eresia e guerra di religione. L'analogia deriva probabilmente dal riferimento ai testi su cui sono fondati alcune religioni ed alcune teorie scientifiche; ci è sembrato utile pertanto analizzare la struttura della legge. Ciò ci ha permesso di mettere in evidenza come in realtà non esista più la possibilità di riferirsi al testo originale, infatti questo è stato sostituito in gran parte dalla 833, ci sembra invece più utile focalizzarsi sugli argomenti considerati problematici. Questi sono; il TSO ed il consenso alle cure, i luoghi ed i contesti di cura, la responsabilità del curante e lo status giuridico del paziente. Vengono analizzati, infine, le risorse ed i modelli organizzativi previsti dalla legislazione e la necessità di differenziare le loro disponibilità a seconda dei con-

testi socio demografici. Dall'analisi effettuata viene messo in evidenza l'opportunità di un regolamento su base nazionale che si occupi delle modalità di espletamento del TSO, data la scarsa uniformità tra i regolamenti regionali esistenti. Va fatta inoltre chiarezza sulla mission dei luoghi di cura che appaiono disomogenei per collocazione e mandato sul territorio nazionale; andrebbero poi riconsiderati in termini di risorse ed organizzazione le differenze socio demografiche tra contesti metropolitani, urbani e rurali. Negli ultimi anni, infine, l'introduzione della legge 6/2004 ed alcune sentenze della magistratura hanno messo in evidenza due nuovi argomenti: la posizione di garanzia del medico e la delega al consenso alle cure dell'amministratore di sostegno. Ciò sembra ridurre l'autonomia decisionale e la libertà di scelta del paziente, mentre restano aperti i problemi collegato al sistema della giustizia e al OPG.
Il contesto sociale e legislativo è cambiato dal 1978 e bisogna tenerne conto quando nel dibattito scientifico si prendono posizioni contrapposte su un argomento che coinvolge la salute di tanti cittadini italiani. Gli autori suggeriscono una maggior attenzione alle trasformazioni avvenute in questi anni ed ai dati della letteratura, al fine di presentare proposte basate su dati concreti ed evidenze scientifiche e non motivate da spinte ideologiche e da contrapposizioni acritiche.

Bibliografia

Cedon P. *Ecco i compiti degli operatori sociosanitari nell'amministrazione di sostegno*. Il Sole 24 Ore Sanità 2006;41:30.

De Girolamo G, Barbato A, et al. *Characteristics and activities of acute psychiatric in-patient facilities: national survey in Italy*. Br J Psychiatry 2007;191:170-7.

Dell'Acqua G, Norcio B, de Girolamo G, et al. *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale Progres-Acuti*. Giorn Ital Psicopat 2007;13:26-39.

Ferracuti S, Tatarelli R. *Psichiatria e sistema della giustizia*. Noos 2001;3:145-66.

Peen J, Dekker J. *Is urbanicity an environmental risk-factor for psychiatric disorders*? The Lancet 2004;363:2012-13.

Polselli GM. *Iter legislativo ed assistenza psichiatrica in Italia*. In: Carta S, Petrini P, a cura di. *Quale futuro per la 180?* Roma: Ed. Magi 2005, pp. 70-83.

Polselli G.M. *Salute mentale, quando la follia è metropolitana*. Il Sole 24 Ore Sanità 2007;4:14.

Sundquist K, Frank G, et al. *Urbanisation and incidence of psychosis and depression*. Br J Psychiatry 2004;184:293-8.

Thornicroft G, Tansella M. *Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence*. Br J Psychiatry 2004;185:283-90.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA LEONARDO

S60 - Fenomenica psicopatologica, endofenotipo e genetica

MODERATORI
M. Meduri, D. La Torre

La genetica del disturbo di panico

G. Perna, E. Favaron, M. Grassi, G. Boriello, L. Bellodi
Centro per i Disturbi d'Ansia, San Raffaele Turro, Milano

Nel disturbo di panico, come altri disturbi psichiatrici, molti geni sono coinvolti a conferirne la vulnerabilità, attraverso pathway (i geni, i loro prodotti o le funzioni collegate a questi) non ancora noti [1]. Alcuni studi sono stati effettuati per individuare eventuali loci implicati nella patofisiologia del panico, come alcune regioni del cromosoma 1 e una regione del cromosoma 11 come marker per il gene del recettore cholecystokinin-B, consistente con la nota capacità della CCK di precipitare attacchi di panico in alcuni soggetti con il disturbo. Quest'ultimo risultato però non è stato replicato in tutti gli studi. Studi di associazione e di linkage hanno coinvolto il gene del recettore 2A dell'adenosina nel panico, coerentemente con gli effetti ansiogenici della caffeina (antagonista di questo recettore). Inoltre, studi di associazione riguardanti sistemi neurotrasmettitoriali che si ritiene siano associati con l'ansia (es. noradrenalina e serotonina), hanno dato risultati inconsistenti. I dati maggiormente replicati implicano il gene COMT, che codifica per l'enzima catechol-o-methyltransferase responsabile del metabolismo delle catecolamine. Diversamente, due studi non hanno trovato un'associazione tra DAP e il trasportatore della noradrenalina, così come la maggior parte degli studi sul gene 5-http e sui geni dei recettori della serotonina 1A e 2C, già in precedenza associati con gli stati ansiosi in generale. Si sono anche cercati eventuali link tra geni e la presenza o assenza di agorafobia nei soggetti con disturbo di panico, ma senza ottenere risultati chiari e definiti. Un approccio che potrebbe più facilmente portare alla scoperta di nuovi geni implicati nel disturbo è l'utilizzo degli endofenotipi, tra cui per esempio la suscettibilità alla CO_2 come già suggerito da Klein [2]. Inoltre, data la complessità delle interazioni che intervengono tra i diversi geni implicati nel DAP, trova una valida interfaccia strumentale nell'utilizzo di particolari tecniche statistiche non lineari, quali le reti neurali artificiali, come già da tempo avviene in altri ambiti medico-scientifici [3].

Bibliografia

[1] Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB. *Panic Disorder*. Lancet 2006;368:1023-32.

[2] Klein FD, 1998. *Panic and phobic anxiety: phenotypes, endophenotypes, and genotypes*. Am J Psychiatry 155:9.

[3] Tomita Y, Tomida S, Hasegawa Y, Suzuki Y, Shirakawa T, Kobayashi T, Honda H. *Artificial neural network approach for selection of susceptible single nucleotide polymorphisms and construction of prediction model on childhood allergic asthma*. BMC Bioinformatics 2004;5:120.

Genetica dei Disturbi dell'Umore

A. Rotondo

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

I progressi della genetica psichiatrica hanno contribuito significativamente alla conoscenza delle basi biologiche dei disturbi dell'umore e potrebbero creare le premesse per una redefinizione nosologica dei disturbi mentali basata su "fenotipi neuronali".
In questa relazione, verrà innanzitutto discusso lo "stato dell'arte" della ricerca nel campo dell'epidemiologia genetica e della genetica molecolare dei disturbi dell'umore. In particolare, verranno analizzati i progressi (e gli insuccessi) nella ricerca dei geni per i disturbi dell'umore che hanno portato in questi ultimi anni all'individuazione dei primi "geni di malattia".
Verrà, quindi, posta l'attenzione sulla complessità genetica dei disturbi dell'umore e sulla necessità di fenotipi clinici "affidabili" nella ricerca neurobiologica. È sempre più evidente che i disturbi dell'umore, come tutti i disturbi mentali, sono frutto dell'azione di molteplici geni di piccolo/medio effetto che agiscono in stretta correlazione con eventi ambientali stressanti. Inoltre, i fenotipi clinici basati esclusivamente sulle classificazioni nosologiche categoriali si sono mostrati scarsamente affidabili nella ricerca genetica e si fa sempre più urgente l'individuazione di *markers* clinici e neurobiologici che siano espressione di "fenotipi neuronali".
D'altro canto la scoperta di geni per i disturbi mentali potrà avere un significativo impatto sulla nosografia psichiatrica e svolgere un ruolo importante nella redefinizione dei confini diagnostici categoriali attualmente in uso (si pensi soprattutto, alla validità della dicotomia kraepeliniana fra disturbi dell'umore e schizofrenia!).
Verrà discussa, infine, l'importanza della ricerca farmacogenetica nell'individuazione di trattamenti "personalizzati" dei disturbi dell'umore. La scoperta di polimorfismi genici legati alla fisiopatologia dei disturbi dell'umore ed alla risposta al trattamento farmacologico può permettere una migliore comprensione della variabilità interindividuale al trattamento e della comparsa di effetti collaterali e, quindi, di mettere a punto terapie più mirate ed individualizzate, in base al principio chiave della farmacogenetica "a ciascuno il suo farmaco".

L'impulsività come endofenotipo

R. Cambria, C. Caruso, L. Cortese, A. Bruno, R. Zoccali, M. Meduri

Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche ed Anestesiologiche, Università di Messina

L'impulsività rappresenta una dimensione del comportamento fortemente rappresentata i numerosi disturbi psichiatrici tra i quali i disturbi di personalità, i disturbi da uso di sostanze, il disturbo bipolare, disturbi della condotta alimentare, questa, come emerge sia da studi di tipo fattoriale che di familiarità appare come un carattere temperamentale trasmissibile. Il tratto impulsivo sembrerebbe essere strettamente legato al sistema dopaminergico prefrontale della corteccia prefrontale dorsolaterale e ventrolaterale ("impulsività cognitiva") e della corteccia orbitofrontale ("impulsività comportamentale"). In quest studio che presentiamo, a 29 volontari sani, abbiamo somministrato un inibitore delle COMT (i sistemi enzimatici principalmente interessati nel catabolismo della dopamina nella regione prefrontale) per analizzare possibili variazioni di performance delle funzioni cognitive prefrontali in soggetti presentavano un tratto di "impulsività cognitiva" più o meno espresso.

Metodiche d'indagine in Farmacogenomica

M. Aguennouz, S. Cambria, N. Lanzano, A. Pedone, A.Ciranni, R. Crupi, M.G. De Pasquale, F. Maio, A. Toscano, M. Meduri, G. Vita

Dipartimento Neuroscienze, Scienze Psichiatriche ed Anestesiologiche, Università di Messina

Il progetto Genoma ha consentito di ottenere, mediante sofisticate tecnologie di sequenziamento del DNA, migliaia di informazioni sul contenuto del DNA umano. Utilizzando questi dati, la nuova disciplina, chiamata "Genomica Funzionale", tende ad acquisire una più approfondita, oltre che più rapida, comprensione della fisiologia e della reciproca interazione dei prodotti genici.
D'altra parte, il processo di ricerca e sviluppo di un nuovo farmaco è rimasto un sistema estremamente lungo e costoso, con poche probabilità che una molecola sintetizzata venga alla fine commercializzata.
Una nuova strategia di ricerca, la Farmacogenomica, rappresenta il connubio tra studi di genomica funzionale e di farmacologia tradizionale, con lo scopo di identificare geni o prodotti genici di suscettibilità per una certa malattia, che possono essere "bersaglio intelligente" da colpire per ottenere un certo effetto terapeutico.
L'identificazione di questi nuovi bersagli impiega una gamma di approcci molecolari dagli studi di genomica (ricerca delle mutazioni, delezioni, ecc.) su tessuti patologici umani a quelli su animali transgenici, seguiti ulteriormente da una verifica con studi di espressione genica (livelli di RNA mediante DNA *microarrays*, proteomica).
L'applicazione della farmacogenomica alla ricerca clinica potrebbe aumentare il numero di bersagli farmacologici identificabili, portando a scoprire e sintetizzare non solo un numero di farmaci molto maggiore rispetto al passato ma addirittura personalizzati cioè a misura della costituzione genomica individuale del singolo paziente.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA SAN PIETRO

S61 - Dopo la remissione: i disturbi mentali possono guarire? I dati clinici e le strategie terapeutiche

MODERATORI
V. Villari, D. La Barbera

Remissione e resilienza neuronale nei disturbi dell'umore

G.I. Perini

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

I disturbi dell'umore sono caratterizzati dalla elevata tendenza alla ricorrenza, sia nelle forme unipolari che in quelle bipolari. Nei disturbi unipolari il rischio di ricorrenza è strettamente correlato soprattutto al numero degli episodi precedenti, alla presenza di sintomi residuali interepisodici. Dopo l'episodio indice in media vi sono a di 2 ricorrenze in 10 aa, il rischio di successivi episodi di depressione cresce del 16% dopo ogni ricorrenza, mentre decresce con il crescere della durata di ogni remissione. Il disturbo bipolare è caratterizzato da una aumento di ricadute nel tempo:infatti nel 40% si verifica entro un anno, nel 60% entro due anni, nel 73% in 5 o più anni [1]. presenta sintomi residui interepisodici sindromici o subsindromici prevalentemente depressivi [2 3].
L'uso di terapie con stabilizzanti del tono dell'umore permette sia la risoluzione degli episodi acuti che la prevenzione degli stessi. I meccanismi d'azione coinvolti nella stabilizzazione dell'umore sono prevalentemente meccanismi post-sinaptici che regolano cascate intra-neuronali e determinano un aumento della "resilience" cellulare, cioè della capacità di recupero della cellula stessa. I fenomeni di *resilience* cellulare rilevanti nella patogenesi dei diturbi dell'umore verranno illustrati insieme agli effetti dei farmaci utilizzati quali litio velproato, lamotrigina e antipiscotici atipici. Dal punto di vista clinico i fenomeni di neuroplasticità/neurotossicità possono evidenziarsi soprattutto nelle aree del funzionamento cognitivo, della morfometria corticale e del metabolismo cerebrale. Alcuni dati recenti indicano la rilevanza di endofenotipi cognitivi, strutturali o funzionali nello studio del genotipo e della risposta ai trattameni nei disturbi dell'umore.

Bibliografia

1 Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. *Relapse and impairment in bipolar disorder.* Am J Psychiatry 1995;152:1635.
2 Keck PE, McElroy SL, Strakowski SM, West SA, Sax KW, Hawkins JM *12-Month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode.* Am J Psychiatry 1998;155:646-52.
3 Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA et al. *The longterm natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder*. Arch Gen Psychiatry. 2002;59:530-7.

Esiti a lungo termine dei disturbi d'ansia. Trà cronicità e guarigione

G. Maina

Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Il problema della gestione terapeutica a lungo termine dei disturbi d'ansia è un problema aperto: troppi sono ancora gli aspetti poco noti che riguardano il decorso naturale delle sindromi, l'effetto a lungo termine delle cure e della medicalizzazione protratta.
L'argomento deve necessariamente essere affrontato per ogni disturbo e questo intervento focalizza l'attenzione sul disturbo ossessivo compulsivo (DOC). Per quanto concerne la gestione clinica a lungo termine, due dati emergono essenzialmente dalla letteratura: 1) il disturbo è prevalentemente cronico; 2) i trattamenti farmacologici a lungo termine sono efficaci nel ridurre il rischio di ricadute. Tutti gli autori che studiano il disturbo concludono che il disturbo deve essere trattato per lungo tempo: almeno 2 anni, eventualmente a vita.
Il fatto che il disturbo ossessivo compulsivo sia cronico non spiega però come mai le casistiche cliniche di questi pazienti presentino sempre un'età media piuttosto bassa; inoltre, nella pratica clinica non è frequente osservare persone di età matura o avanzata con DOC. Gli studi di follow-up del DOC sono pochi e di difficile interpretazione. Gli studi retrospettivi di follow-up pubblicati tra gli anni trenta e gli anni sessanta benchè brevi (max 6 anni) già segnalavano che fino al 30% dei soggetti ossessivo-compulsivi presentava un significativo miglioramento del quadro clinico. Due studi prospettici sono stati condotti sull'argomento e giungono a conclusioni non del tutto sovrapponibili. Il primo – uno studio inglese pubblicato nel 1989 (Berrios & Chiu, 1989) – conclude che con il passare del tempo i pazienti ossessivo-compulsivi pur rimanendo sintomatici richiedono molto meno l'aiuto specialistico. Il secondo studio – condotto nei paesi scandinavi e pubblicato nel 1999 – conclude invece che nel tempo molti pazienti ossessivo compulsivi non è più affetto dal disturbo.
Alla luce della letteratura sull'argomento,verranno presentati e discussi i risultati di uno studio clinico prospettico di follow-up su pazienti ossessivo compulsivi condotto presso il Servizio per i disturbi depressivi e d'ansia del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino.

Remissione e cambiamenti della personalità in pazienti con anoressia nervosa

G. Abbate Daga

S.C.D.U. Psichiatria Centro Pilota regionale per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: secondo diversi studi di follow-up, l'anoressia nervosa risponde ai trattamenti nel 70-80% dei casi con il ripristino del peso. Tuttavia le ricadute sono frequenti, inoltre almeno la metà delle pazienti "restored weight" mantiene una psicopatologia residua alimentare, un'alta comorbilità psichiatrica e tratti di personalità alterati in riferimento ai campioni normativi. Infine, anche dopo il ripristino di una normale nutrizione e di un peso adeguato, sono state riscontate permanenti alterazioni sia nel funzionamento neurotrasmettitoriale sia in alcune performance ai test neuropsicologici.
Lo scopo della presente relazione è discutere i risultati di uno studio longitudinale di 4 anni che ha osservato le modificazioni psicopatologiche e di personalità in un gruppo di pazienti anoressiche durante il percorso di cura.
Metodi: 37 pazienti anoressiche sono state valutate alla presa in carico per i parametri clinici nutrizionali e psichiatrici e con l'utilizzo di questionari autosomministrati *(Eating Disorder inventory 2* – EDI2; *Temperament and Character inventory* – TCI). Tutte le pazienti sono state curate secondo il programma del Centro Pilota Regionale per i DCA dell'Università di Torino. Dopo 4 anni le pazienti sono state rivalutate analizzando gli stessi parametri e gli stessi questionari.
Risultati: al follow-up 18 pazienti (55%) risultavano guarite secondo i criteri descrittivi. Solamente le pazienti in remissione ottenevano punteggi differenti all'EDI 2 ed al TCI. Le pazienti guarite mostravano un aumento dei punteggi nelle dimensioni del TCI dipendenza dal riconoscimento, autodirettività e cooperatività. I miglioramenti all'EDI2 delle pazienti guarite erano inferiori alle attese. È stato osservato che all'inizio delle cure un minor impulso alla magrezza all'EDI2 e un più alto punteggio nell'evitamento del danno sono correlati con una miglior prognosi.
Discussione e conclusioni: i cambiamenti della personalità si associano con il miglioramento sintomatologico, ma le correlazioni con le modificazioni della personalità e la guarigione non sono lineari. Nella guarigione sono coinvolti sia tratti temperamentali sia tratti caratteriali, con una maggior coinvolgimento di quest'ultimi. Inoltre in un buon numero di pazienti guarite viene confermata la permanenza di psicopatologia alimentare residua.
Tali dati vengono discussi considerando diversi concetti di guarigione: guarigione dal disturbo, guarigione dai sintomi, guarigione del sé, e la recente concezione di maturazione della personalità secondo la teoria di Cloninger circa la coscienza autoconsapevole. Rispetto alle cure si sottolinea l'utilità di interventi focalizzati sulla dispercezione corporea e sulla crescita del carattere. Infine ci si chiede quando deve finire la cura di una persona affetta da anoressia nervosa.

Remissione e guarigione delle psicosi acute

T. Frieri, V. Villari

S.C.D.O. Psichiatria 2, A.S.O. S. Giovanni Battista di Torino, D.S.M. Torino I Sud

Introduzione: l'eterogeneità dei disturbi psicotici e del loro decorso comporta un'estrema variabilità clinica dei singoli casi, così come riscontrato negli studi presenti in letteratura nei quali vengono spesso inclusi pazienti psicotici al loro primo episodio insieme a pazienti in stadi di malattia più avanzata. Tale variabilità rende pertanto fondamentale definire la remissione utilizzando il concetto di soglia di severità dei sintomi specifici, maggiormente significativo rispetto al miglioramento percentuale della sintomatologia dal baseline [1]. La remissione rappresenta un passaggio necessario, ma non sufficiente verso la guarigione, intesa come un processo non lineare verso un esito più completo e a lungo termine. Il concetto di guarigione implica, infatti, oltre alla remissione dei sintomi, un adeguato funzionamento sociale e lavorativo.
In accordo con i criteri riscontrati in letteratura [2], abbiamo adottato la definizione di guarigione nelle tre dimensioni: sintomatica, funzionale e sindromica sulla base dei punteggi delle scale di valutazione somministrate ai pazienti inclusi nello studio.
Metodologia: è stato delineato uno studio prospettico di follow-up della durata di quattro anni con l'obiettivo di valutare la remissione, la guarigione e la cronicizzazione dopo un primo ricovero per psicosi acuta e di analizzarne i fattori demografici e clinici predittivi. Il campione dello studio, stimato in una ventina di pazienti per anno (attualmente risultano inclusi nello studio 32 pazienti) viene selezionato tra i pazienti ricoverati nel reparto SCDO Psichiatria 2 dell'A.S.O. S. Giovanni Battista di Torino. Gli strumenti di valutazione utilizzati sono: *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), *Clinical Global Impression* (CGI) *scale* e *DSM-IV Global Assessment of Functioning* (GAF) *scale*. Tale valutazione, effettuata all'ingresso in reparto e alla dimissione, viene ripetuta a distanza di dodici, ventiquattro, trentasei e quarantotto mesi dalla data del ricovero. Correlando le dimensioni della guarigione con i dati relativi alla terapia farmacologica assunta e alla presa in carico da parte dei Centri di Salute Mentale o di specialisti di fiducia, sono stati quindi definiti i tre *outcome*s dello studio.
Sono stati inoltre analizzati i seguenti fattori prognostici positivi: il supporto del paziente da parte dei familiari o di altri *caregivers*; l'assenza di abuso di alcool e di sostanze; una breve durata della psicosi non trattata (DUP); una buona risposta iniziale alla terapia con antipsicotici; la compliance alla terapia; il rapporto terapeutico tra lo psichiatra di riferimento, il paziente e i suoi familiari; un buon funzionamento lavorativo e sociale premorboso; un'adeguata presa in carico da parte dei servizi di salute mentale territoriali [3].
Risultati: i risultati preliminari dello studio prospettico si allineano ai dati presenti in letteratura, evidenziando la possibilità di un decorso favorevole dell'episodio psicotico ad un anno dal primo ricovero.

Conclusioni: i concetti di guarigione e di remissione sono stati oggetto negli ultimi anni di una continua evoluzione, che rende attualmente necessaria una validazione da parte dei clinici e dei ricercatori. Ciò può contribuire ad una definizione univoca e condivisa degli obiettivi del trattamento farmacologico e riabilitativo, al fine di ottenere la remissione completa della sintomatologia, un adeguato funzionamento sociale ed il benessere del paziente e dei suoi familiari, configurando un quadro di guarigione clinica.

Bibliografia

1. Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. *Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus*. Am J Psychiatry 2005;162:441-9.
2. Tohen M, Strakowski SM, Zarate C Jr, Hennen J, Stoll AL, Suppes T, et al. *The McLean-Harvard first-episode project: 6-month symptomatic and functional outcome in affective and nonaffective psychosis*. Biol Psychiatry 2000;48:467-76.
3. Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura, Gutkind D. *Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia*. Int Rev Psychiatry 2002;14:256-72.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA VERDE

S62 - Verso il DSM-V: Il confronto sulla diagnosi nei disturbi di somatizzazione

MODERATORI
O. Todarello, M. Nardini

Classificazione dei disturbi somatoformi. Problemi e prospettive

O. Todarello

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Introduzione: i pazienti che lamentano sintomi fisici inquadrabili nella categoria dei disturbi somatoformi (DS) costituiscono uno dei più numerosi gruppi di pazienti dell'assistenza medica. L'attuale classificazione di questi disturbi si è dimostrata poco aderente alla realtà clinica. Negli ultimi anni si è acceso un vivace dibattito e sono state avanzate varie ipotesi di cambiamento in vista del DSM-V. Una delle proposte prevede addirittura l'inclusione dei pazienti con sintomi e sindromi funzionali in una nuova categoria dell'asse III.
Metodologia: sono stati esaminati i lavori pubblicati negli ultimi 3 anni (ricerche, editoriali e lettere) in cui autori vari hanno avanzato nuove ipotesi di classificazione diagnostica come proposta operativa per il DSM-V.
Risultati: le critiche maggiori ai criteri DSM-IV per i DS sono incentrate sui seguenti punti: criteri ristretti che si applicano a un sotto-gruppo raro (forse artificiale) di pazienti gravi che non rappresentano la realtà clinica più comune, ipotesi che si tratti di una dimensione di asse II più che di sindrome categoriale di asse I, forte accentuazione del dualismo mente-corpo, scarsa o nulla considerazione delle dimensioni sub-cliniche. Le proposte alternative sono abbastanza diversificate e spaziano in un *range* di opzioni che vanno da posizioni più "morbide" di revisione dei criteri diagnostici (come la proposta del *Multisomatoform Disorder di Kroenke*) a posizioni più alternative (come la proposta dei *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* – DCPR, di Fava) a posizioni più estreme di abolizione della rubrica dei DS recentemente avanzata da Mayou.
Conclusioni: la sfida che si pone per il DSM-V riguarda non solo il "miglioramento" dei criteri diagnostici ma un ripensamento complessivo della cornice teorica all'interno della quale coniugare le esigenze delle basi ateoretiche della clinica con i modelli esplicativi dei meccanismi biologici, sociali e psicologici nella formazione dei sintomi.

Bibliografia.

Fava GA, Mangelli L, Ruini C. *Assessment of psychological distress in the setting of medical disease*. Psychother Psychosom 2001;70:171-5.

Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Linzer M, Williams JB, et al. *Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care*. Arch Gen Psychiatry 1997;54:352-8.

Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. *Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V*. Am J Psychiatry 2005;162:847-55.

Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. *Functional somatic syndromes - one or many?* Lancet 1999;354:936-9.

Rief W, Hiller W. *Toward empirically based criteria for somatoform disorders.* J Psychosomatic Res 1999;46:507-18.

Un nuovo inquadramento del disagio psicologico nella somatizzazione

G.A. Fava, S. Fabbri, L. Sirri, F. Semprini, A. Bravi, N. Sonino*

*Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna; * Servizio Psichiatrico I, Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale, Padova e Dipartimento di Scienze Statistiche, Università di Padova*

C'è sostanziale consenso tra gli esperti ed i clinici operanti nell'ambito psicosomatico rispetto all'inadeguatezza della classificazione del DSM relativa ai disturbi somatoformi.

Negli ultimi 10 anni una serie di ricerche che hanno utilizzato i *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* (DCPR) hanno evidenziato l'alta prevalenza di sindromi psicosomatiche come la demoralizzazione, l'irritabilità, la fobia di malattia, la negazione di malattia, la somatizzazione persistente e la conversione (definita secondo criteri diversi rispetto a quelli del DSM-IV). Questi dati suggeriscono la possibilità di una specificazione della categoria DSM "fattori psicologici che influenzano una condizione medica", utilizzando le sindromi psicosomatiche dei DCPR e aggiungendo la diagnosi di ipocondria attualmente collocata tra i disturbi somatoformi. Questo permetterebbe l'eliminazione della controversa sezione relativa ai disturbi somatoformi. Il disturbo dismorfico corporeo potrebbe infatti essere collocato tra i disturbi d'ansia.
Questa nuova categorizzazione permette di superare la dicotomia organico/funzionale e di migliorare l'inquadramento del disagio psicologico in ambito medico.

Bibliografia

Fava GA, Sonino N. *The clinical domains of psychosomatic medicine*. J Clin Psychiatry 2005;66:849-58.

Somatizzazione, DCPR e qualità di vita in pazienti medici cronici

P. Porcelli

I.R.C.C.S. Ospedale "S. de Bellis", Castellana Grotte (BA)

Introduzione: i criteri diagnostici per i disturbi somatoformi del DSM-IV risultano gravemente carenti nella pratica clinica e sono stati quindi molto criticati negli anni, risultando praticamente inapplicati. I *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* (DCPR) costituiscono una possibile alternativa che è stata già sperimentata in molti *setting* specialistici.
Metodologia: vengono presentati i dati preliminari di un'indagine effettuata su pazienti con patologie mediche croniche afferenti ad ambulatori di MG. Per la valutazione sono stati utilizzati i criteri DSM-IV per i disturbi somatoformi, l'intervista strutturata per i DCPR e la scala SF-36 per la qualità di vita.
Risultati: sono stati reclutati 52 pazienti (54% maschi, età media 47 ± 12 anni). I pazienti con almeno una sindrome DCPR sono stati 33 (64%), di cui 14 (27%) con sindromi del cluster di *Abnormal Illness Behavior* (AIB), 10 (19%) del cluster di somatizzazione e 25 (48%) del cluster di personalità. I pazienti con almeno una diagnosi DSM-IV sono stati 8 (15%), di cui 4 con disturbo somatoforme indifferenziato. I pazienti con DCPR avevano anche diagnosi DSM nel 18% dei casi ed una riduzione statisticamente significativa delle componenti sia somatiche che mentali della qualità di vita (SF-36) rispetto ai pazienti senza DCPR. Al contrario, i pazienti con diagnosi DSM-IV avevano una diagnosi DCPR nel 75% dei casi e non presentavano alterazioni significative della qualità di vita. I cluster dei DCPR hanno consentito di evidenziare che le componenti sia somatiche che mentali della qualità di vita sono significativamente compromesse nei pazienti con cluster AIB e di Personalità mentre i pazienti con cluster di somatizzazione avevano una compromissione significativa solo della componente somatica (PCS) della qualità di vita.
Conclusioni: coerentemente con la letteratura, i criteri per i disturbi somatoformi del DSM-IV sono risultati poco adeguati a rappresentare l'ampia prevalenza di somatizzazione usualmente riscontrata nel setting di MG (15%), contrariamente al 64% di prevalenza delle sindromi DCPR. Inoltre, contrariamente al DSM-IV che non consente di identificare alterazioni della qualità di vita, il raggruppamento delle sindromi DCPR consente di differenziare le diverse componenti della qualità di vita significativamente alterate da disfunzioni di tipo comportamentale (comportamento di malattia), psicologico (tipo A, irritabilità, demoralizzazione) e sintomatologico (somatizzazione persistente, sintomi di conversione e reazione da anniversario).

Psicopatologia e sindromi DCPR in dermatologia

A. Picardi

Reparto Salute Mentale, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione: numerosi studi hanno evidenziato complesse relazioni reciproche tra la mente e la cute. Vengono qui presentati i risultati di vari studi di epidemiologia psichiatrica condotti su pazienti con patologie cutanee.
Metodologia: studi trasversali di prevalenza e studi caso-controllo su ampi campioni di pazienti dermatologici sia ambulatoriali che ospedalizzati.
Risultati: i disturbi psichiatrici sono risultati molto frequenti. La prevalenza nei pazienti ambulatoriali è risultata superiore al 20%, mentre nei pazienti ospedalizzati del 38%. In vari pazienti si è riscontrata inoltre ideazione suicidaria. Molto elevata è poi risultata la prevalenza di condizioni di interesse psicosomatico diagnosticate secondo i criteri DCPR, come demoralizzazione, umore irritabile, comportamento di tipo A, varie forme di comportamento di malattia anormale, alessitimia. Quest'ultima, insieme all'attaccamento insicuro, è risultata un fattore di rischio per esordio o esacerbazione di patologie come alopecia areata, psoriasi, vitiligine.
Conclusioni: questi risultati di questi studi suggeriscono la necessità di un approccio biopsicosociale al paziente dermatologico, che includa una valutazione sia strettamente psichiatrica che psicosomatica secondo appositi criteri.

Bibliografia

Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. *Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized*. Br J Dermatol 2000;143:983-91.

Picardi A, Abeni D, Renzi C, Braga M, Puddu P, Pasquini P. *Increased psychiatric morbidity in female outpatients with skin lesions on visible parts of the body*. Acta Derm Venereol 2001;81:410-4.

Renzi C, Picardi A, Abeni D, Agostini E, Baliva G, Pasquini P, et al. *Association of dissatisfaction with care and psychiatric morbidity with poor treatment compliance*. Arch Dermatol 2002;138:337-42.

Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Melchi CF, Baliva G, et al. *Stressful life events, social support, attachment se-*

curity, and alexythimia in vitiligo: a case-control study. Psychother Psychosom 2003;72:150-8.

Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF, et al. *Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata*. Psychosomatics 2003;44:374-81.

Picardi A, Pasquini P, Abeni D, Fassone G, Mazzotti E, Fava GA. *Psychosomatic assessment of skin diseases in clinical practice.* Psychother Psychosom 2005;74:315-22.

Picardi A, Mazzotti E, Gaetano P, Cattaruzza MS, Baliva G, Melchi CF, et al. *Stress, social support, emotion regulation and exacerbation of diffuse plaque psoriasis.* Psychosomatics 2005;46;556-64.

Picardi A, Porcelli P, Pasquini P, Fassone G, Mazzotti E, Lega I, et al. *Integration of multiple criteria for psychosomatic assessment of dermatological patients.* Psychosomatics 2006;47:122-8.

Picardi A, Mazzotti E, Pasquini P. *Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease*. J Am Acad Dermatol 2006;54:420-6.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA NUREYEV

S63 - Impulsività e dipendenza

MODERATORI
L. Ravizza, L. Burti

Impulsività, dipendenza e gioco d'azzardo patologico

L. Ravizza
Università di Torino

Nell'ampia bibliografia riguardante il gioco d'azzardo patologico (GAP) da alcuni Autori viene dibattuto il problema della sua collocazione nosografia, se sia cioè un disturbo del controllo degli impulsi, una dipendenza, o appartenente allo spettro del disturbo ossessivo-compulsivo. Delle tre ipotesi in questi ultimi anni si esclude l'appartenenza allo spettro OC, mentre invece le altre due si contendono l'opinione da vari Autori. Contemporaneamente, in particolare presso gli Autori anglosassoni, si discute sulla opportunità di usare il termine "dependence" o "addiction" per definire l'uso compulsivo di sostanze psicoattive, portando valide argomentazioni a favore di una o dell'altra e se il termine *addiction* si addica anche al GAP ed altri disturbi del controllo. Viene inoltre posta un'altra domanda, cioè se esista una *addiction* comportamentale, in considerazione del fatto che dipendenza sembra più appropriata per esprimere una dipendenza fisica da abuso di sostanze ed una condizione antecedente alla sindrome da sospensione. L' *addiction* viceversa sembra significare più un disturbo comportamentale e pertanto distinto da una dipendenza fisica. Così il GAP viene considerato prevalentemente come una "natural addiction", caratterizzata da una esperienza compulsiva di una gratificazione naturale, alla pari di una *addiction* alimentare o sessuale, e dal *craving* che può essere altrettanto intenso quanto quello da "abuso di sostanze". Dal punto di vista biochimico e neurofisiologico le droghe e il GAP stimolano gli stessi sistemi e le stesse strutture neurali. Gli stessi sistemi nosografici come il DSM e l'ICD propongono interpretazioni non sempre concordanti delle varie definizioni. È auspicabile si arrivi ad un significativo chiarimento sulla identità di questi termini sia per quanto riguarda la loro collocazione nosografia, sia per quanto riguarda la terapia più appropriata. Le future ricerche di genetica, biochimica e di *brain-imaging* potrebbero essere utili per l'identificazione degli aspetti clinici di vari tipi di *addiction* e dipendenza, per la collocazione nosografia e per verificare se nel GAP e altri disturbi del controllo, nella dipendenza da sostanze siano coinvolti gli stessi neurocircuiti.

Internet Addiction. Alcuni casi clinici

S. Pallanti, S. Bernardi
Università di Firenze; Mount Sinai School of Medicine, NY

Risale al 1995 lo storico messaggio e-mail con cui lo psichiatra newyorkese Ivan Goldberg propose una nuova categoria di disturbo connessa all'uso compulsivo degli strumenti di rete e così coniando il termine di *internet addiction* (IAD). Da allora sono state proposte diverse definizioni di questa dipendenza comportamentale, diversi criteri di classificazione e diverse forme correlate alle diverse forme di abuso delle risorse della rete. Le tendenze della ricerca scientifica attuale sono di includere questa forma di dipendenza nella categoria delle dipendenze comportamentali nella futura edizione del Manuale Statistico Diagnostico dei Disturbi Mentali.
Indipendentemente dalla sua dibattuta classificazione, non ci sono dubbi sulla pervasività di questa condizione, in particolare nella popolazione adolescenziale.
Un indagine epidemiologica delle poli-dipendenze, cliniche e subcliniche, condotta recentemente su un campione di adolescenti, ha riportato una prevalenza della IAD del 5,7% [1], tasso simile a quello rilevato in popolazioni simili in Nord America e in Asia [2 3]. Nell'ambito dello stesso studio è stata valutata anche la potenziale disabilità generata da questa condizione che è risultata estremamente elevata in ambito familiare e sociale.
Verranno esposti 15 casi clinici di IAD in soggetti adulti tramite la quale analisi saranno valutati i diversi aspetti clinici di questa condizione, le sue relazioni con altri disturbi psichiatrici in comorbilità e la loro conseguente influenza sul-

l'*outcome* della terapia farmacologica. Oltre alla valutazione delle comorbilità verranno esposte le eventuali relazioni con le dimensioni temperamentali e personologiche. Verrà inoltre discussa la presenza di sintomi dissociativi all'interno delle fenomenologia della IAD così come di altri disturbi da dipendenza, comportamentale e da sostanze.

Bibliografia

1. Pallanti S, Bernardi S, Quercioli L. *The Shorter PROMIS Questionnaire and the Internet Addiction Scale in the assessment of multiple addictions in a high-school population: prevalence and related disability*. CNS Spectr 2006;11:966-74.
2. Greenfield DN. *The nature of Internet addiction: psychological factors in compulsive Internet use.* Paper presentation at the American Psychological Association Convention, Boston, MA, 1999.
3. Yang CK, Choe BM, Baity M, Lee JH, Cho JS. *SCL-90-R and 16PF profiles of senior high school students with excessive internet use.* Can J Psychiatry 2005;50:407-14.

Impulsività e sostanze

A. Rossi

Università de L'Aquila

L'impulsività è una componente della personalità che caratterizza l'iniziativa all'azione definita dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 4ª edizione (DSM-IV), quale "incapacità nel resistere ad un impulso, spinta o tentazione a compiere un atto dannoso per la persona o per altri". Rappresenta un aspetto centrale di numerosi disturbi mentali come i disturbi della condotta, i disturbi di personalità l'abuso di sostanze, i disturbi dell'umore. Valutazioni neurocognitive evidenziano due modelli di impulsività: l'incapacità a ritardare la risposta e l'incapacità a conformare la risposta al contesto ambientale [1].

L'abuso di sostanze è un comportamento complesso in cui l'impulsività gioca un ruolo cruciale nell'origine e nel mantenimento. Vari studi valutando l'impulsività negli individui con disturbo da uso di sostanze (DUS) hanno riportato un legame tra impulsività e uso di sostanze. Tali studi hanno rilevato livelli più alti di impulsività nei soggetti con dipendenza da sostanze rispetto a soggetti sani. Tra gli individui con DUS, inoltre, quelli dipendenti da sostanze multiple risultavano più impulsivi rispetto a quelli dipendenti da una singola sostanza. L'uso di sostanze, tuttavia, non rappresenta un comportamento propriamente impulsivo ma, in risposta a fattori stressanti o a stimoli ambientali, un individuo con abuso di sostanze potrebbe utilizzare la sostanza d'abuso con un'azione rapida, non pianificata e senza considerare le conseguenze [2].

Sono state osservate delle similitudini tra pazienti con lesioni della corteccia prefrontale ventero mediale (CPVM) e soggetti con DUS. Entrambi, infatti, mostrano un comportamento impulsivo in quanto effettuano scelte con una ricompensa immediata anche se questa potrebbe determinare conseguenze negative. Recentemente, inoltre, sono state evidenziate anomalie nella CPVM nei soggetti con abuso da cocaina. A tali anomalie sono stati correlati deficit nel *decision making* alla valutazione con l'*Iowa Gambling Task*. Una compromissione nel *decision making*, tuttavia, sembra correlata al DUS in generale, indipendentemente dalle sostanze utilizzate [3].

Bibliografia

1. Di Genova A, Stratta P, Tomassini A, Aniello MG, Casilio M, Spaziani D, et al. *Impulsività e processamento dell'informazione di contesto in un campione di persone che abusano di sostanze*. Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo 2004;3-4:25-30.
2. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. *Psychiatric aspect of impulsivity.* Am J Psychiat 2001;158:1783-93.
3. Bechara A. *Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective*. Nature Neurosci 2005:8:1458-63.

Disturbo di panico, disturbo ossessivo compulsivo e uso di sostanze

U. Albert, V. D'Ambrosio, G. Maina, F. Bogetto

Dipartimento di Neuroscienze, S.C.D.U. Psichiatria, Università di Torino

La concomitanza di un disturbo psichiatrico e di una condizione tossicomanica viene definita "doppia diagnosi". In realtà tale denominazione è utilizzata per indicare situazioni spesso ad elevata complessità diagnostica in soggetti che presentano quadri di comorbidità in cui, nella maggior parte dei casi, le varie condizioni psicopatologiche si intrecciano e si influenzano reciprocamente.

I risultati emersi dal *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) mostrano tassi di prevalenza lifetime dei disturbi da uso di sostanze (DUS) nella popolazione americana pari al 10,3%. Il rischio di avere un DUS aumenta se è presente un disturbo psichiatrico in comorbidità, in particolare se è presente un disturbo d'ansia (DA) (OR 2.6) (Compton et al., 2007). In uno studio di Sbrana et al. (2005) si evidenzia che fino ad un terzo dei pazienti con Disturbo di Panico e con Disturbo ossessivo-compulsivo fa uso di sostanze psicoattive nel corso della vita e che una percentuale di questi sviluppa successivamente un disturbo da uso di sostanze (6-8%). L'elevata comorbidità tra DA e DUS può essere spiegata, dal punto di vista eziopatogenetico, attraverso due modelli teorici: nel primo modello l'uso di sostanze psicoattive può insorgere conseguentemente al disturbo d'ansia (anche sul piano temporale) e pertanto rappresenta un esempio di *self-medication* nel corso di un disturbo psichiatrico sviluppatosi in maniera indipendente; nel secondo modello il disturbo d'ansia esordisce dopo l'uso di sostanze psicoattive, con un rapporto causale stretto e con un'evoluzione che può rendersi in seguito indipendente dal persistere del consumo della sostanza stessa. In alcuni casi infatti, l'uso di sostanze può scatenare l'esordio di un disturbo d'ansia per cui esisteva già una certa vulnerabilità determinata nel soggetto dal patrimonio genetico. Spesso il rapporto di causalità tra i due disturbi non è così semplice da chiarire, pertanto, nella gestione dei pazienti con "doppia diagnosi" è importante innanzitutto soprassedere sulla diagnosi fino a che si sia ottenuta una astinenza prolungata dalla sostanza (soprattutto nel caso del disturbo di panico i cui sintomi possono mimare quelli di una astinenza da alcol) (Brady et al., 2007). Per quanto concerne il trattamento, esistono evidenze per cui il trattamento farmacologico di questi disturbi sia efficace sia considerando gli *outcome* del DUS che quelli del DA (Petrakis et al., 2007; Nunes and Levin, 2004). Il trattamento psi-

coterapeutico, attraverso tecniche di psicoterapia cognitivo-comportamentale, può essere utilizzato efficacemente solo dopo aver ottenuto l'astinenza, eventualmente associato alle terapie farmacologiche (Brady et al., 2007).

Bibliografia

Brady KT, Tolliver BK, Verduin ML. *Alcohol use and anxiety: diagnostic and management issues*. Am J Psychiatry 2007;164:217-21.

Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. *Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.* Arch Gen Psychiatry 2008;64:566-76.

Nunes EV, Levin FR. *Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence. A meta-analysis.* JAMA 2004;291:1887-96.

Petrakis I, Ralevski E, Nich C, Levinson C, Carroll K, Poling J, et al. *Naltrexone and disulfiram in patients with alcohol dependence and current depression*. J Clin Psychopharmacol. 2007;27:160-5.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA S. GIOVANNI

S64 - Suicidio e prevenzione

MODERATORI
G. Giupponi, M. Sarchiapone

Introduzione alla prevenzione al suicidio in Alto Adige

G. Giupponi, R. Pycha

Servizio Psichiatrico di Bolzano, C.S.M, Bolzano

Lo scopo della relazione introduttiva è quello di presentare i motivi e le riflessioni che hanno portato la nostra provincia ad aderire all'Alleanza Europea Contro La Depressione (EAAD). Nessun altra causa di morte come il suicidio lascia ad amici, parenti un così profondo sentimento di dolore, rabbia, vergogna, colpa, confusione e distruzione (Menninger, 1933). Il rischio di suicidio è dello 0,6% nella popolazione generale e rappresenta la nona causa di morte (Kessler et al., 2005); nella popolazione tra i 15 e i 44 anni raffigura pero la terza causa di morte. Allarmati dall'estensione del fenomeno (negli anni 90 la percentuale del suicidio nella provincia di Bolzano aveva raggiunto la percentuale di quasi 20 suicidi ogni 100.000 abitanti) sono stati programmati interventi di prevenzione. La suicidologia è concorde nel descrivere il comportamento suicidale come un continuum, un processo in progressione più o meno lento da pensieri suicidali attraverso agiti con o senza pianificazione fino al suicidio completo (Moscicki, 1995; Ringel, 1953); non è chiaro se il suicidio rappresenti un disturbo a se stante o solo un comportamento (o sintomo comportamentale) all'interno o all'esterno di una sindrome psichiatrica; è chiaro pero che la depressione giochi un ruolo importante. Predittori sicuri di un suicidio non esistono; l'uso di scale, benché utile, non permette un esatta valutazione e la somministrazione all'intera popolazione sarebbe impossibile. è utile sottolineare come in ambito specialistico esistano terapie e metodi efficaci di prevenzione dei comportamenti suicidari. Purtroppo progetti di prevenzione limitati solo al puro intervento medico specialistico, seppur opportuni, dal momento che raggiungono solo un piccolo gruppo di pazienti (i pazienti già seguiti e presi in carico) sembrano dare risultati limitati. La maggior parte dei suicidi sembra non aver mai avuto un contatto con i servizi psichiatrici, che avrebbero potuto offrire una qualche terapia efficace; la maggior parte dei soggetti a rischio rimane sola e l'effetto di questi metodi di prevenzione sul rischio di suicidio generale appare scarso (Althaus, et al. 2001). A livello mondiale diversi paesi hanno iniziato campagne di prevenzione con risultati contrastanti; quasi tutte le iniziative hanno posto notevole attenzione sul miglioramento della diagnosi e del trattamento dei disturbi psichiatrici e in particolar modo della depressione. Altre aree su cui hanno puntato sono state: la riduzione e l'accesso a mezzi letali, programmi di sensibilizzazione e conoscenza per i media e per il pubblico, programmi per la scuola, misure contro alcool e droga, campagne d'intensificazione d'accesso ai servizi di salute mentale, programmi d'informazione per addetti ai lavori; metodi di screening e valutazione per persone a rischio, l'utilizzo di programmi di mantenimento del contatto e della terapia verso pazienti a rischio (Taylor, et al. 1997). Ogni campagna ha soppesato in modo diverso le varie aree d'azione cosicché negli studi effettuati spesso non è stato possibile capire quali di queste aree sia stata quella di maggior efficacia. Le sole aree d'azione di indubbia validità e efficacia sembrano essere state quelle che hanno portato alla riduzione e l'accesso a mezzi letali e il miglioramento della diagnosi e del trattamento della depressione (Mann et al., 2005) (Taylor et al., 1997).

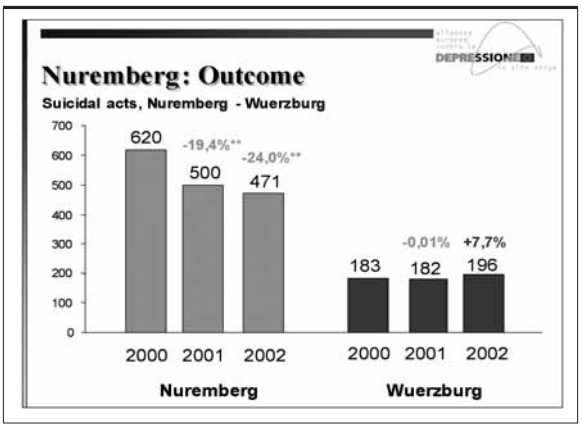
European Alliance Against Depression (EAAD) – Un progetto di prevenzione europeo, regionale e nazionale

R. Pycha, G. Giupponi*

*Servizio Psichiatrico di Brunico (BZ); * Servizio Psichiatrico di Bolzano*

Un numero sempre maggiore di persone (attualmente il 15-20 percento) sviluppa, nel corso della propria esisten-

za, un episodio depressivo. Secondo l'OMS attualmente nel mondo soffrirebbero di depressione circa 150 milioni di persone. La depressione sarebbe la malattia che crea maggiore disabilita e giorni persi di lavoro rispetto a qualsiasi altro disturbo fisico o psichico. Il rischio di suicidio nei depressi sarebbe 20 volte maggiore. Nonostante questi dati allarmanti meno del 10% delle persone depresse sembra seguire una terapia conforme alle direttive internazionali.
In Alto Adige il rischio di suicidio oscilla attualmente tra 11 e 13 ogni centomila abitanti con un tasso doppio rispetto all'Italia. Secondo i dati di uno studio ecologico nella nostra provincia l'82,3% delle persone che si sono tolte la vita presentava un qualche sintomo psichico e il 55% una qualche forma di malattia depressiva. Per questi motivi l'Alto Adige ha aderito prontamente al più grande progetto preventivo nell'ambito della depressione in Europa e citato anche nel "green paper 2005" sulla salute mentale europea.
Il macroprogetto "Alleanza Europea contro la Depressione – *European Alliance Against Depression EAAD*" viene attuato contemporaneamente in 18 regioni modello di 17 stati europei con una durata di quattro anni e mezzo a partire dal 15. 4. 04 ed è cofinanziato dalla Comunità Europea. Un'analogo progetto precursorio condotto per tre anni a Norimberga in Germania ha evidenziato una riduzione significativa degli atti suicidari del 25%.
La campagna è un programma di azione che si prefigge di individuare, contattare, trattare e assistere le persone affette da depressione e prevenire il rischio di suicidio. Per raggiungere gli obiettivi fissati la campagna in Alto Adige, analogamente agli altri paesi europei partecipanti, ha predisposto una serie di iniziative articolate su quattro livelli: 1) livello formativo dedicato a medici, psicologi e farmacisti; 2) livello informativo dedicato ai cosiddetti moltiplicatori (infermieri, assistenti delle case di riposo, insegnanti, ecc.); 3) livello dedicato al supporto di iniziative di auto mutuo aiuto e i consultori telefonici; 4) livello dedicato all'opinione pubblica e ai media. È stato promosso un lavoro in rete; gruppi, circoli, associazioni e istituzioni sono state invitati a prenderne parte. Parallelamente valutiamo alcuni parametri: il numero di suicidi, di tentati suicidi, il consumo di farmaci, l'invio di pazienti ai medici, il cambiamento dell'opinione pubblica e la modifica dell'atteggiamento dei media riguardo al suicidio ed alla patologia depressiva. Il progetto nel suo sviluppo non coinvolge non solo addetti ai lavori (psichiatri, medici o altre figure del sistema sanitario) ma anche profani. Se il nostro modello per il sistema altoatesino funzionerà il progetto dovrebbe essere allargato a livello nazionale.



Fattori di rischio psicologici nelle condotte suicidarie. Il ruolo del trauma infantile e dell'aggressività

M. Sarchiapone

Faculty of Medicine, University of Molise

Studi recenti hanno dimostrato che accanto ai disturbi psichiatrici dell'asse I e II anche i traumi infantili e l'aggressività rappresentano fattori di rischio psicologici per le condotte suicidarie. Abbiamo, in tal senso, condotto uno studio per verificare l'eventuale associazione tra trauma infantile, aggressività e condotta suicidaria in pazienti con diagnosi di depressione unipolare. Hanno preso parte allo studio 170 pazienti con depressione unipolare. Sono stati collezionati i principali dati sociodemografici, l'anamnesi relativa alle condotte suicidarie e sono stati somministrati vari test per il rilevamento delle principali dimensioni psicopatologiche. Il rilevamento e la misurazione di traumi infantili e dell'aggressività lifetime sono stati rilevati attraverso il *Childhood Trauma Questionnaire* – CTQ (versione 34 items) e la scala *Brown Goodwin* – BGHA. Successivamente è stata condotta un'analisi statistica per valutare eventuali differenze e correlazioni tra pazienti con storia positiva per condotta suicidaria e pazienti senza storia positiva per condotta suicidaria.
Dall'analisi dei dati è emerso che il 57% dei pazienti (97 su 170) con depressione unipolare aveva tentato il suicidio nel corso della propria vita. La maggior parte di questi pazienti era di sesso femminile, single e disoccupato.
I pazienti che avevano tentato il suicidio avevano, inoltre, riportato: un punteggio totale superiore rispetto alla media nel CTQ, un punteggio più alto nelle scale relative a carenza affettiva e abusi, un punteggio più alto nella scala BGHA. Si evidenzia quindi un'elevata correlazione tra i punteggi del CTQ e quelli della BGHA.
Durante la presentazione verranno esposti nel dettaglio i risultati.

Prevenzione e rischio di suicidio nei disturbi affettivi misti

A. Erfurth

Dipartimento di Psichiatria, Università di Medicina di Vienna, Austria

Introduzione: i disturbi affettivi presentano un elevato rischio suicidario. I sintomi offerti da questi disturbi differiscono notevolmente da una forma all'altra. Pertanto una migliore definizione dei sintomi correlati potrebbe essere utile per una più esatta valutazione del rischio suicidario.
Metodologia: nel intervento vengono presi in considerazione sia i lavori storici della psichiatria tedesca che l'attuale stato dei lavori epidemiologici internazionali.

Risultati: i disturbi bipolari II e gli stati misti appaiono maggiormente correlati ad un rischio di suicidio che i disturbi unipolari e gli episodi depressivi non agitati.

Conclusioni: per la prevenzione del rischio suicidario è necessario una migliore diagnostica che tenga conto dei sintomi maggiormente correlati al rischio di suicidio.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA MALTA

S65 - Controversie nel trattamento delle parafilie

MODERATORI
M. Di Fiorino, M. Balestrieri

The limits of the assessment of sexual offenders by measures of erectile response

F. Pfäfflin

Psicoterapia Forense, Università di Ulm, Germania e Presidente dell'International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO)

Introduction: in many North American prison settings and clinics, phallometric evaluations of sexual offenders are routinely conducted, whereas in Germany there are only very few sites using phallometry for experimental purposes. The paper will explain why there is so much opposition against phallometry as a clinical routine in our country.
Methodology: own experience when evaluating an institution using phallomery to routinely diagnose paraphilias as well as a review of the literature of phallometric findings.
Results and conclusions: phallometry may be applied in the context of research, but should not be used as a clinical routine with sexual offenders, as there are a number of serious problems involved in its application:
– ethical problems as to the pictures that are presented to the offenders;
– ethical problems as to the structure of interaction between patient and investigator;
– abuse of the method as a lie detector;
– insufficient reliability and criterion validity of the method.

Controversie nel trattamento farmacologico delle parafilie

M. Balestrieri

Università di Udine, Azienda Ospedaliera Universitaria, Udine

Il trattamento delle parafilie, oltre che su interventi psicoterapeutici, si basa sull'utilizzo di farmaci ad azione serotoninergica (SSRI), antiandrogenica e LHRH agonista. Pochi in realtà sono gli studi controllati condotti con questi farmaci e il campione dei pazienti è spesso ridotto ed eterogeneo rispetto al tipo di parafilia.
Gli antiandrogeni (MPA e CPA) hanno dimostrato una qualche utilità nel ridurre il tasso di recidiva negli autori di reati sessuali, contenendo la spinta ipersessuale. Sull'uso clinico degli antiandrogeni sono state comunque apposte critiche di ordine morale, legale e medico.
Gli agonisti LHRH hanno trovato un certo consenso in anni recenti e sono stati proposti sia come terapia unica che come *add-on* rispetto ad altri farmaci.
I risultati di studi in aperto con SSRI hanno confermato l'efficacia di questi farmaci, collegata sia al controllo degli impulsi e dei comportamenti compulsivi che alla riduzione del desiderio sessuale.
Altri farmaci utilizzati nelle parafilie sono gli stabilizzanti dell'umore e gli antipsicotici, per i quali esistono un certo numero di report.
Il trattamento farmacologico delle parafilie presenta tuttora aspetti controversi. La ricerca futura dovrà confermare l'efficacia dei farmaci sinora utilizzati nella pratica clinica e proporre alternative utili.

L'approccio dimensionale alle parafilie

M. Martinucci

U.O.C. Psichiatria, Ospedale Versilia, A.U.S.L. 12 di Viareggio

L'approccio dimensionale alle parafilie ha risvegliato l'interesse dei ricercatori per questo capitolo. La fortuna del modello dello spettro ha favorito l'impiego sperimentale di farmaci, all'interno dei disturbi correlati, per valutate la risposta.
Un ruolo predominante nell'instaurarsi della sintomatologia parafilica viene svolto dagli spettri dell'umore, fobico-sociale e ossessivo compulsivo. Meno delineato appare il ruolo dell'abuso di sostanze.
È stata riscontrata una prevalenza del 76% di un disturbo dell'umore in un campione di maschi affetti da *Compulsive Sexual Behavior* (Kafka et al., 1997). I tassi di bipolarità in questi pazienti non sono particolarmente elevati (intorno al 14%) (Black et al., 1997, Raymond et al., 1999). Uno studio più recente evidenzia una significativa correlazione tra parafilie e disturbo da deficit attentivo con iperattività nell'infanzia (Kafka e Hennen, 2002). Lo spettro bipolare si correla con una maggiore disinibizione e tendenza alla promiscuità fino a condotte sessuali a rischio (Perretta et al., 1998).
L'instabilità affettiva, nei temperamenti ipertimici, ciclotimici od irritabili, può favorire il passaggio all'atto di pen-

sieri, fantasie ed impulsi fino a quel momento dominati. Gli aspetti di bipolarità a livello temperamentale, la dimensione *novelty seeking*, come emerge dal *Temperament and Character Inventory* di Cloninger et al. (1994), si correlano con comportamenti a rischio, anche in campo sessuale (Cloninger et al., 1999).
Anche la dimensione fobico-sociale sembra possedere un ruolo importante in alcune parafilie, con un tasso di comorbidità che oscilla tra il 21,6 e il 31,6% (Kafka et al., 1997).
Un comportamento parafilico spesso scaturisce da pensieri od impulsi che da un punto di vista psicopatologico possono essere accostati ad alcune dimensioni proprie della fenomenica ossessivo-compulsiva (Hollander, 1996). Proprio questo confine tra impulsività e compulsività assume caratteri particolarmente sfumati e difficilmente delineabili. A condotte di questo tipo si correlerebbe una riduzione della tensione psichica nell'83% dei casi, suggerendo una stretta correlazione con gli elementi più egodistonici e compulsivi della fenomenica (Raymond et al., 2003). D'altra parte per gli stessi soggetti a questi comportamenti si associa, nel 73% degli intervistati, un senso di gratificazione, che tenderebbe invece ad accomunare le parafilie ad una fenomenica di impulsività e di discontrollo.

Bibliografia

Di Fiorino M, Corretti G. *Perversioni. Il lato oscuro dei comportamenti sessuali.* Psichiatria e Territorio 2004.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA DEI CESARI

S66 - Psichiatria, salute mentale e qualità di vita: domande ancora da approfondire

MODERATORI
G. Spinetti, A. Castellani

La Qualità di Vita nella riabilitazione psichiatrica

M. Bertelli, C. Ciavatta, A. Castellani, G. La Malfa
S.I.R.M. (Società Italiana per lo studio del Ritardo Mentale); Università di Firenze

L'espressione Qualità di Vita (QdV) indica un modo di considerare il sistema paziente-persona alternativo a quello medico tradizionale. Mentre quest'ultimo tende all'integrità morfo-funzionale, il primo è centrato sull'aiuto ad acquisire o mobilitare risorse volte alla soddisfazione di vita.
La QdV individua nuovi obiettivi e nuove misure di efficacia per l'intervento terapeutico e riabilitativo.
La letteratura su QdV e riabilitazione è molto ricca in riferimento a disturbi e malattie di ambito oncologico, cardiologico ed ortopedico-fisiatrico, pochi sono invece i lavori di interesse psichiatrico. Grandi mancanze sussistono in ogni ambito quando si considerino strumenti di valutazione non limitati dall'appartenenza all'area della "QdV legata alla salute" e quando si faccia riferimento alla QdV della famiglia e dell'ambiente d'appartenenza.
Alcuni autori sostengono che gli interventi riabilitativi siano in grado di ridurre i bisogni e impattino positivamente sulla relazione richiesta-offerta di assistenza, ma non modifichino significativamente la QdV degli utenti.
Altri autori evidenziano al contrario un considerevole effetto positivo degli interventi riabilitativi sulla QdV delle persone con disabilità, con una proporzionalità diretta fra numero di interventi e punteggi di QdV.
Studi recenti mostrano come la condizione lavorativa, i fattori stressogeni e il supporto sociale determinino cambiamenti diversi della QdV nelle diverse culture: nei paesi occidentali risultano più condizionanti il lavoro ed i fattori distressogeni ad esso correlati, in quelli orientali il supporto sociale e lo stress di ambito relazionale.
Anche se ormai approdata alla fase applicativa e di misurabilità, la ricerca sulla QdV continua a riflettere indirettamente su temi epistemologici generali: che cosa si misura effettivamente quando si misura la QdV? Chi deve effettuare la misurazione? A quale scopo? Tali questioni trovano la massima estrinsecazione in temi come transculturalità degli interessi e dei valori, soggettività ed oggettività, quantitatività e qualitatività.
Le proposte degli interessati alla QdV nell'ambito della salute mentale della disabilità intellettiva si riferiscono a modelli di valutazione integranti aspetti qualitativi e qualitativi, soggettivi e oggettivi, applicabili a qualunque condizione psico-fisica, attuati da sistemi di strumenti auto ed eterosomministrati, aventi come obiettivo quello di aiutare il paziente-persona ad intraprendere o sviluppare un percorso di sviluppo di abilità alla soddisfazione di vita.

Qualità della vita. Aspetti antropofenomenologici

F. De Marco
D.S.M. A.S.L. Frosinone, S.E.C.I.P.

L'autore analizza nel corso degli ultimi cinquanta anni i diversi significati di: Qualità di vita.
Gli aspetti antropofenomenologici che danno valore quasi terapeutico alla scoperta/riscoperta della qualità della vita,

sia come riconoscimento delle radici storico-culturali sia da un punto di vista di possibilità prognostiche in corso di disturbo mentale legate al benessere economico.
Non potendo soddisfare il desiderio sul piano del benessere economico la "qualità della vita" assume altre connotazioni: una connotazione di carattere personalistico e valoriale (distinzione tra bisogno dell'avere, bisogno dell'amare e bisogno dell'essere, dove la qualità di vita è in relazione al soddisfacimento di relazioni interpersonali più intense), la quale ha valore soprattutto nell'ambito della medicina sociale, in particolare in gerontologia.
Un altro filone di pensiero che si accompagna a questa prospettiva di tipo socio-politico e culturale è il pensiero ecologista, secondo cui per raggiungere un livello adeguato di qualità di vita occorre affrontare come una terapia di urgenza la protezione dell'ambiente. L'equilibrio delle forme di vita nel mondo, la loro reciproca relazione a difesa della salubrità dell'ambiente vitale sono fattori ritenuti indispensabili per la qualità di vita.

Neuroanatomia dello stato ipnotico

M.S. Garosci

Centro Italiano Ipnosi Clinica Sperimentale

Attraverso una rassegna, documentata con numerose e dettagliate immagini, di alcuni tra i più recenti ed accreditati studi sull'ipnosi clinica sperimentale, questo lavoro si propone di inquadrare lo stato dell'arte della disciplina relativamente alle indagini sui correlati neurofisiologici della suggestione.
Dagli studi presi in esame, resi possibili dall'avvento delle innovative tecniche di *neuroimaging*, emerge una sempre maggiore convinzione nel sostenere che allo stato ipnotico corrispondano una molteplicità di possibili interazioni tra funzioni e strutture cerebrali cortico-sottocorticali, con particolare riferimento al coinvolgimento di entrambi i lobi frontali e della corteccia cingolata anteriore (ACC); in questo senso, la stessa suscettibilità individuale all'ipnosi ha evidenziato dei chiari correlati neurofisiologici.
L'induzione dello stato ipnotico sembra condurre ad una riconfigurazione funzionale che dipende dalla suggestione, e dunque dal tipo di consegna: determinate attivazioni corticali sono stimolate, o inibite, in virtù degli obiettivi su cui viene focalizzata l'attenzione. Alla luce di quanto illustrato, viene quasi spontaneo allinearsi alla nuova linea di pensiero che abbandona l'antica concezione che riteneva l'emisfero destro unico responsabile del prodursi dello stato ipnotico.
Nel corso della suggestione ipnotica l'emisfero sinistro appare tutt'altro che in stato di relativo riposo ma quanto mai partecipe, e coinvolto in una molteplicità di riconfigurazioni funzionali bilaterali, specifiche, selettive, e consegna-riferite.

Fig. 1. La corteccia cingolata anteriore.
L'AAC costituisce la parte frontale del giro congolato e include le aree 24 (ACC ventrale) e 32 (ACC dorsale) di Broadmann. Si ritiene che l'ACC svolga un ruolo di primaria importanza in un'ampia gamma di funzioni autonomiche, come la regolazione del battito cardiaco, e la pressione del sangue; è inoltre fondamentale per numerose funzioni cognitive, tra cui quelle attentive.

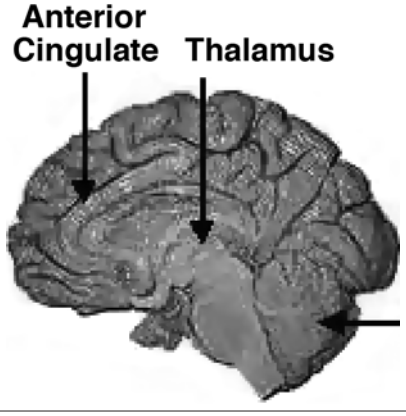
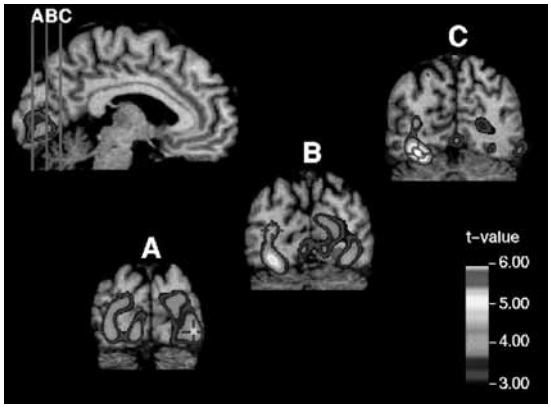


Fig. 2. Attivazioni corticali.
Rilassamento ipnotico: forti e diffusi incrementi bilaterali del rCBF (flusso sanguineo cerebrale) nelle cortecce occipitali.



Quale governance grazie alle innovazioni ed alle tecnologie informatiche in psichiatria?

C. Tabo'

A.S.L. 1 Imperiese, C.E.D.

Attraverso una rassegna della letteratura dei più recenti ed accreditati studi sull'applicazione dell'informatica e delle nuove tecnologie in psichiatria, questo lavoro si propone di valutare quali miglioramenti nella *governance* possa produrre la loro introduzione nella pratica psichiatrica.
Dagli studi presi in esame, emerge che l'autostrada dell'informazione non è soltanto sinonimo di comunicazione globale, oltre ogni confine geografico e immaginario, ma anche e soprattutto di una società tecnologica, che ha saputo impadronirsi pienamente dei sistemi informatici, migliorando la qualità della vita quotidiana nel lavoro, nello studio, nelle relazioni.
Dei vari aspetti da valutare, in particolare sono degni di nota:
– la cartella clinica informatizzata, importante per acquisire informazioni sulla storia clinica, sullo stato psicofisico

del paziente per un supporto al processo decisionale, sia diagnostico che di intervento;
– i processi decisionali che hanno portato alla realizzazione di programmi di diagnosi automatica sono metodi basati su modelli statistico-probabilistici, su decisioni logiche, su conoscenze fino ad arrivare alle reti neurali supervisionate e non.

Nasce la necessità di costruire un sistema informatico il più possibile adattabile all'attività medico-psichiatrica secondo modalità del tutto naturali.

I sistemi, infatti, debbono interfacciarsi non solo con il medico, ma anche con il paziente catturando la sua attenzione e rendendogli piacevole l'interazione;

Al computer col passare del tempo si assegna un ruolo più attivo e creativo fino ad arrivare alla somministrazione assistita di reattivi mentali; si aprono delle prospettive di sviluppo interessanti, superando le farraginose modalità di introduzione dei dati, rendendo possibili operazioni interattive e consentendo l'acquisizione parallela di dati relativi al comportamento del soggetto in diretta relazione con il contenuto delle domande (ad es.: latenza della risposta, tensione muscolare, movimenti oculari, ecc.). Lo studio del comportamento potrà quindi ricevere un nuovo impulso grazie allo sviluppo di sistemi in grado di gestire condizioni sperimentali sempre più complesse sia sotto il profilo degli stimoli che delle risposte.

Un salto di qualità è stato fatto con i sistemi che hanno adottato le nuove metodologie di intelligenza artificiale (IA). Questi, detti anche Sistemi Esperti, adottano essenzialmente modalità di inferenza che seguono la logica dei predicati [Pancheri, Marconi, 1989] (metodi euristici basati su conoscenza).

L'evoluzione della *Information Tecnology* ha portato alla nascita di sistemi informativi di rete che consentono di mettere in comune le informazioni relative ad un paziente o una determinata attività, senza la complessità e la lentezza di fare transitare supporti cartacei o cercare il referente specifico. Presso qualunque terminale della connessione si può sapere cosa è stato fatto nei vari luoghi dell'operare psichiatrico; è in periodo di tutela della privacy, che un tale sistema offre tutte le garanzie, proteggendo elettronicamente gli accessi con password adeguate.

Questo porta ad un miglioramento della qualità del servizio come viene percepito dal paziente, permette soprattutto un pronto accesso dai referenti alle migliori linee guida gestionali e ai specifici piani di cura dei pazienti.

Al di là degli aspetti di gestione informativa, un sistema di rete ha "la potenzialità di costringere alla riflessione su quanto si sta facendo; questo, sia come riflessione sui dati e ricerca di un senso che li possa descrivere nel progetto generale e nel destino individuale, sia anche come luogo possibile dell'incontro fra modi del pensare e della riflessione. Un luogo virtuale, una terra di nessuno del pensiero, ove è possibile la comunicazione e la riflessione sui diversi modi dell'agire." (Pancheri, 1999).

Bibliografia

Pennarola F. *Management – Innovazione e tecnologie informatiche*. Università Bocconi Editore 2006.

Pancheri P. *Informatica in psichiatria*. In: *Trattato Italiano di Psichiatria*. Milano: Masson Editore 1999.

Marconi PL, Pancheri P. *Oltre la cartella clinica. Verso l'automazione della gestione dell'intervento psichiatrico: il sistema PAMS (Psychiatric Assistance Monitorino System)*. In: Atti del IX Congresso Nazionale di Informatica Medica. Venezia, Università Cà Foscari, 3-5 ottobre 1996a.

Doppia diagnosi. Espediente nosografico o realtà clinica?

L. Janiri, G. Martinotti, S. Andreoli, M. Di Nicola, D. Reina, G. Pozzi

Day Hospital di Psichiatria e Tossicodipendenze, Policlinico A. Gemelli, Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica S. Cuore di Roma

Il concetto di comorbilità psichiatrica o doppia diagnosi nell'area delle farmacotossicodipendenze nasce dall'esigenza clinica di registrare psicopatologie aggiuntive (di asse I o II in base al DSM-IV TR) che modificano la prognosi e rendono problematico il trattamento del disturbo da uso di Sostanze. Ma già in quest'area le questioni legate alla primarietà o alla secondarietà dei disturbi comorbili, alla loro psicopatogenesi o indipendenza, alla sintomatologia sotto-soglia, alla comorbilità spuria dei disturbi indotti da sostanze, introducono complessità interpretative e difficoltà metodologiche che mettono in crisi l'impianto stesso del costrutto di doppia diagnosi considerato in un'ottica categoriale.

D'altra parte, da un punto di vista dimensionale la dipendenza appare come un fenomeno unitario, in stretto collegamento con altre classi di disturbi (disturbi del controllo degli impulsi, disturbi di personalità, disturbi del comportamento alimentare, ecc.), nei confronti dei quali essa può risultare associata o intercambiabile. Lo spettro impulsivo-compulsivo di Skodol e Oldham (1996) rappresenta una convincente cornice nosografica di riferimento entro cui descrivere il continuum psicopatologico di disturbi mentali, caratteriali e comportamentali accomunati da dipendenza e alterazioni del controllo degli impulsi in un senso (impulsivo) o nell'altro (compulsivo). È evidente che, se si assume un modello dimensionale e/o di spettro psicopatologico, il concetto di doppia diagnosi perde significato.

Nello studio in corso presso l'Unità di Alcolismo, Poliabuso e Doppia Diagnosi del Day Hospital di Psichiatria e Tossicodipendenze del Policlinico A. Gemelli di Roma è stato reclutato un campione di soggetti con diagnosi primaria di abuso / dipendenza da alcol, sottoposti a diagnosi psichiatrica standardizzata mediante interviste strutturate (SCID) e altresì valutati con appositi strumenti psicometrici circa la presenza delle cosiddette "dipendenze comportamentali" (gioco d'azzardo patologico, shopping compulsivo, dipendenza sessuale, videodipendenze e *internet addiction disorder*, dipendenze relazionali, dipendenze da sport e/o esercizio fisico). Inoltre per ogni soggetto è stata registrata l'eventuale compresenza di poliabuso di sostanze aggiuntive all'alcol. Un profilo di personalità è stato ottenuto mediante applicazione del temperament and character inventory di Cloninger.

I risultati preliminari dimostrano un'ampia area di sovrapposizione e di interconnessione tra i disturbi da dipendenza e da alterato controllo degli impulsi, sia in senso longitudinale (seguendo la storia individuale e di progressione di "carriera" di abuso / discontrollo) sia in senso trasversale (attuale compresenza di tratti e disturbi nello stesso soggetto al momento della rilevazione).

Si potrebbe concludere da ciò che, almeno per quanto riguarda l'estesa galassia dei disturbi dello spettro impulsivo-compulsivo, il costrutto diagnostico di doppia diagnosi è parzialmente invalidato. Per esso si dovrebbe riservare una ristretta e specifica applicazione ai casi di comorbilità con disturbi apparentemente e relativamente indipendenti (psicosi, disturbi dell'umore, d'ansia, ecc.). Lo stesso rapporto con i disturbi di asse II sembra problematico, se si assume il continuum psicopatologico dello spettro come l'evoluzione di un tratto di personalità.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA ROSSA

S67 - La contenzione: atto medico, misura coercitiva o atto violento?

MODERATORI
G. Messina, G. Malara

La storia della contenzione

G. Messina
D.S.M. A.S.P. n. 5, Reggio Calabria

"Per la debolezza della natura umana i rimedi spesso sono peggiori dei mali …".
Partendo da questa frase di Tacito, l'autore sviluppa la tematica della contenzione nella storia della medicina e della psichiatria in particolare.
Fin dal periodo greco-romano sono presenti testimonianze di trattamenti contentivi nei confronti delle persone affetta da disturbi mentali.
Il '700 e l''800 rappresentano le epoche pre-cliniche nelle quali la pratica della contenzione fisica ha raggiunto il suo acme e di vari musei storici contengono una miriade di attrezzature, più o meno sofisticate, realizzate con il fine specifico di limitare i movimenti e le espressioni comportamentali disturbanti dei pazienti psichiatrici.
Con la nascita dei manicomi le procedure di contenzione sono state disciplinate e regolarizzate, (Regio Decreto del 16 agosto 1909 n. 615 al capo IV l'art. 60 recita:
"Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto") ma vi sono innumerevoli testimonianze dirette ed indirette di abusi di tali pratiche con conseguenze anche gravi sulla salute e la vita stessa dei ricoverati.
In epoca contemporanea la contenzione fisica non è affatto scomparsa ed anzi sembra essere molto usata, non soltanto nelle strutture psichiatriche, ma anche in quelle geriatriche, neurologiche e pediatriche.
L'autore riporta una serie di fatti di cronaca tratti da una pubblicazione del Comitato dei cittadini per i diritti umani, che testimoniano come, soprattutto negli USA e nei confronti dei giovani e degli adolescenti, le pratiche coercitive siano frequenti ed, in molti casi, abbiano provocato gravi danni fisici (fino alla morte) ai pazienti che le hanno subite.
Dopo una breve disamina sulla contenzione farmacologica, l'autore conclude:
– la contenzione ha origine in psichiatria ed è perciò dalla psichiatria che si deve cominciare una seria riflessione sulla problematica;
– un tempo era dato "culturalmente" per scontato che gli infermi di mente potessero essere contenuti;
– nella legislazione pre-180 non c'era una norma esplicita che la autorizzasse: il legislatore si preoccupava solo che la contenzione avvenisse secondo certe regole;
– in genere lo psichiatra che ammette di utilizzare la contenzione sostiene che questa è una dolorosa necessità per impedire che quel certo paziente si faccia del male o faccia male ad altri.

Il diritto alla libertà del proprio corpo e le misure di contenzione

S. Cerasoli
Foro di Vicenza

1. Il principio di autodeterminazione al trattamento sanitario
– Origine, fonti normative, consenso informato al trattamento sanitario
– Trattamenti sanitari obbligatori e coattivi
2. La contenzione fisica
– Aspetti normativi e definitori
– Le motivazioni che inducono a contenere
– Non efficacia ed appropriatezza dell'intervento contenitivo
3. Linee guida per l'uso dei mezzi di contenzione fisica
– Necessità di un approccio preventivo e multidisciplinare della tematica
– Valutazione multidimensionale del paziente
– Intervento contenitivo quale extrema ratio
4. La misura di contenzione con valenza sanitario-assistenziale
– Prescrizione medica
– Consenso informato del paziente
– Rivalutazione del processo
5. Requisiti del consenso informato
– Informazione sul trattamento
– Personalità del consenso
– Forma del consenso
6. Deroghe al principio di personalità del consenso
– Minori e maggiorenni legalmente interdetti
– Stato di necessità
7. Responsabilità medica ed infermieristica

8. Il soggetto naturalmente incapace.
– Il problema della prestazione del consenso
– Il consenso prestato dai prossimi congiunti
– Il ruolo dell'amministratore di sostegno
9. Giurisprudenza

La contenzione fisica in psichiatria. Una questione irrisolta per un'assistenza infermieristica responsabile?

V. Fascio

A.S.L. 5 Collegno (TO), D.S.M. 5/A

Nel nuovo contesto di riconosciuta autonomia della professione infermieristica che ha raggiunto il culmine con la legge 42/1999 e il Codice Deontologico, l'infermiere è chiamato ad essere sempre meno un semplice esecutore e sempre più un professionista, in grado di assumersi la responsabilità dell'assistenza della persona. Prendendo in considerazione la contenzione fisica come trattamento terapeutico limite, la relazione analizza la responsabilità giuridica dell'infermiere verso la presa in carico del paziente nel rispetto dei suoi diritti fondamentali, agendo una misura non priva di risvolti problematici che implica un evidente sospensione del rispetto assoluto della libertà e della dignità della persona assistita. Se il Codice deontologico dell'infermiere è molto chiaro nel definire il ricorso alla contenzione come evento straordinario e motivato, non è altrettanto preciso nell'indicare se la pratica debba essere attuata per iniziativa propria solamente "in seguito" ad una valutazione contestuale della prescrizione medica, o meno. I dati raccolti dal progetto *Ethical Codes in Nursing* (ECN) 2002/2005 rientrante nel programma *Qualità of life and Management of living Resources*, promosso dalla Commissione Europea, utilizzando la metodologia di ricerca del focus group, hanno messo in luce, contrariamente all'immagine sociale tradizionale, che gli infermieri sono pronti a condividere con i medici la responsabilità della valutazione del singolo caso e della messa in atto della misura coercitiva. Nello specifico della contenzione, gli infermieri propongono per l'assistito una decisione terapeutica che tuteli particolarmente il suo interesse: essere co-decisori e co-responsabili di una valutazione "integrata", non assunta sulla base del giudizio soggettivo di un solo professionista. Questo tipo di decisione clinica, convalidata in équipe, è richiesta dalla normativa quando si assumano trattamenti onerosi, come il TSO, in cui si mettono in gioco valori fondamentali. In conclusione, sarebbe dunque auspicabile che un provvedimento importante quale la contenzione fisica scaturisse da una condivisione decisionale/prescrittiva fra le due figure sanitarie implicate, ovvero infermiere e medico.

Bibliografia

Fascio V. In: Atti della giornata di studio *"La contenzione fisica e farmacologica"*, Collegio IPASVI Pistoia, 2004.

D'Addio L, Barazzetti G, Radaelli S. *Responsabilità professionale e contenzione: indagine su una questione fondamentale per gli infermieri italiani.* Scienze Infermieristiche 2005;1.

Casi da pazzi. Quando Giustizia, Psichiatria e Servizi Sociali incrociano la strada del cittadino italiano

N. Manicardi

Scrittrice, Modena

Che cosa succede quando Giustizia, Psichiatria e Servizi Sociali incrociano la strada del cittadino italiano? "Il cittadino dovrebbe ricevere da essi la massima tutela possibile", verrebbe immediatamente da dire "a garanzia non solo dei propri interessi ma anche e innanzitutto dei propri diritti costituzionali."
Ebbene, così non è. O, almeno, non sempre è così. Chi ce lo dice? La realtà dei fatti. La cronaca, anche quella minuta e quotidiana, che ognuno di noi può verificare perfino nella propria ristretta sfera esistenziale. Così è, se vi pare. E così è, anche se non vi pare. Il Sistema vi punta il dito contro e per voi non c'è più niente da fare.
Difficile, forse impossibile, trovare una risposta univoca, o anche trovare semplicemente una risposta. Fatto sta che, quando questo succede, e ogni volta che succede, l'individuo è preso in un ingranaggio che lo stritola, trasformandolo seduta stante in un "pericolo sociale" da additare alla gogna e, non di rado, da mettere in gabbia. Salvo, qualche giorno dopo, ritrattare il tutto e rispedire il disgraziato a casa con la bolla perpetua dell'infamia. Il rituale, infatti, ottempera al seguente copione: "Accusati, infangati, prosciolti". Ma intanto la tua vita se ne va… E non tornerà mai come prima perché il dubbio suscitato dalle mancate certezze del diritto e della pena che il Sistema Psico-Socio-Giudiziario alimenta ad arte continuerà a produrre per sempre i propri effetti nefandi. Perfino sui discendenti dell'"accusato, infangato, prosciolto", che per questo saranno a loro volta "accusati, infangati, prosciolti" e così via …
A questi argomenti ho dedicato un libro. L'ho intitolato "Casi da pazzi". Non perché si parli "di" pazzi. Ma perché è, appunto, "da" pazzi che certe "cose" possano succedere all'interno di quella cosiddetta società civile – nelle aule dei suoi Tribunali! – che si vanta di discendere direttamente dall'Illuminismo, da quei suoi valori eterni che ancora oggi non ci si stanca di sventolare a destra e a manca.
Così ho ricostruito, con l'aiuto di un avvocato decisamente e fortunatamente controcorrente (Francesco Miraglia, del Foro di Modena), decine di casi di malagiustizia forense e di malasanità psico-socio-psichiatrica, interrogandomi sul rapporto fra il Cittadino e il Potere Costituito e, già che "passavo da quelle parti", sul ruolo fondamentale – imposto dalla Legge! – che all'interno di esso assume la figura dell'Avvocato, pedina fondamentale di questo gioco sottile e unilaterale.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA CAVALIERI 1

S68 - Perché si uccide

MODERATORI
M. Marchetti, U. Fornari

Natura e giudizio. Perché e per chi si uccide

F. Bruno, S. Costanzo*

*Università di Salerno, Facoltà di Scienze della Formazione, Insegnamento di Psicopedagogia della devianza; * Università della Calabria*

Lo studio tende a differenziare la violenza naturale, biologicamente fondata, dal giudizio sulla violenza prodotto dalla morale, dalla legge e dalla società.
Il giudizio di valore è comunque connesso alla definizione dell'aggressività come aggressività buona ed aggressività cattiva e naturalmente tra bene e male.
Dire che gli uomini uccidono semplicemente perché sono cattivi è una tautologia che non spiega nulla. Uccidere è semplicemente l'esercizio di una funzione umana più fortemente rappresentata nel genere maschile. Si può uccidere per diversi motivi che spaziano dall'istintuale al patologico, ma soprattutto si può uccidere per la legittimazione del potere, rappresentato dall'uomo nell'estrinsecazione del suo bisogno sociale. La civiltà può sostituire il principio della morte possibile con quello della vita possibile, ma in entrambi i casi se il giudice è l'uomo la possibilità di dare la morte o la vita continua a regolare tutto.

Nati per uccidere?

M. Marchetti, G. Catania F. Baralla

Cattedra di Medicina Legale, Università del Molise

A mostrarci quanto l'aggredire e l'uccidere siano strettamente legati all'esprimersi della natura umana in molte storie dell'inizio vi è, tra i primi atti compiuti dall'uomo, un omicidio (basti pensare a Caino ed Abele o a Romolo e Remo). Gli umani, stando ai reperti paleoantropologici, hanno una lunga storia di aggressività e violenza letale. Peraltro anche gli scimpanzè mostrano comportamenti violenti organizzati che possono portare all'uccisione di altri scimpanzè: non siamo, come si credeva, l'unica antropomorfa assassina.
Come segnala il primo *World Report on Violence and Health* dell'O.M.S nel 2000 le morti dovute ad una causa violenta sono state, nel mondo, circa 1.645.000. Di queste quelle per omicidio sono 520.000 a fronte di 310.000 morti per atti di guerra e a ben 815.000 suicidi. L'omicidio risulta inoltre essere una delle prime cause di morte tra i giovani adulti maschi
Secondo una visione popolare e diffusa, l'uccidere volontario sarebbe, nella maggior parte dei casi, conseguenza di un processo sostanzialmente anormale sul piano psichico.
Molti dati contraddicono però tale visione. Innanzitutto i numerosi tentativi che sono stati fatti di correlare con certezza la malattia mentale all'omicidio non hanno portato a dati conclusivi.
In secondo luogo, le fantasie omicidiarie sono ampiamente diffuse in tutta la popolazione "normale" e sono attivate dalle stesse situazioni che di fatto arrivano ad attivare il comportamento omicidiario. Infine le agenzie – esercito, forze di polizia, corpi di vigilantes – che reclutano persone che hanno, tra i loro compiti, anche quello di dover uccidere, se necessario, selezionano comunemente il personale evitando accuratamente di arruolare persone affette da una qualsivoglia malattia mentale (Marchetti, 2004).
La visione evoluzionistica ritiene che, sebbene esista una piccola quota di comportamenti omicidiari "patologici ", quota che può risultare percentualmente più ampia qualora si contragga il numero generale di omicidi (Daly & Wilson, 1988), si possano invece individuare nel comportamento omicidiario delle costanti capaci di spiegarlo senza necessariamente dover ricorrere alla patologia mentale.
L'aggressività e la violenza, sino al culmine del comportamento omicida, rappresentano infatti un gruppo di strategie comportamentali innate che possono avere una loro sostanziale funzionalità tendendo a manifestarsi in particolari contesti là dove esse possono risultare utili per acquisire risorse altrimenti poco disponibili per il soggetto, per difendersi dall'usurpazione di quelle stesse risorse da parte di competitori, per difendere il proprio onore e il proprio status (Daly & Wilson, 1988, Buss, 2005).
Considerare l'uccidere come l'espressione di processi psicologici diffusi e innati (e non patologici) non vuol dire che l'omicidio non sia da condannare o che siamo nati per uccidere anche perché, sempre in un ottica evoluzionista, non vi è pressoché alcun comportamento umano che non sia il prodotto di una specifica l'interazione tra individuo ed ambiente. Solo riconoscendo le vere cause, sia remote che prossime, del fenomeno omicidiario si potranno mettere in atto adeguate strategie culturali per poterlo combattere con maggiore successo ed efficacia.

Bibliografia

Buss DM. *The murderer next door*. New York: The Penguin Press 2005.
Daly M, Wilson M. *Homicide*. New York: Aldine de Gruyter 1988.
Marchetti M. *Appunti per una Criminologia Darwiniana*. Padova: Cedam 2004.
OMS. *World Report on Violence and Health*. Geneva 2000.

VENERDÌ 21 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA CAVALIERI 2

S69 - Clinica e analisi costi/benefici in psichiatria e i suoi problemi

MODERATORI
M. Biondi, G. Citoni

Il problema dei costi/benefici: criteri generali e aspetti clinici

M. Biondi*, M. Pennisi, G. Citoni

*U.O.C. Psichiatria e Psicofarmacologia Clinica, SPDC; * Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma*

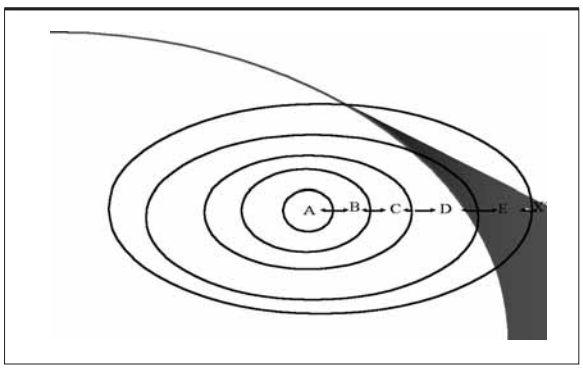
Evidenza di efficacia, risorse, budget, aziendalizzazione sono termini entrati nell'esperienza di lavoro del dirigente medico e psicologo clinico da qualche anno. Spesso la cura del malato – principio primo per l'agire medico – si deve confrontare con l'analisi costo-benefici, specie sui grandi numeri di programmazione sanitaria. Le risorse terapeutiche in psichiatria, interventi farmacologici e interventi psicosociali hanno sia indicazioni ed obiettivi terapeutici differenti sia profili di costo-beneficio diversi. La scelta di trattamenti per i Disturbi psichiatrici deve affrontare, insieme alla dimostrazione di efficacia, anche quello delle risorse e della fattibilità. Il più efficace dei trattamenti può essere poco efficiente, per diverse ragioni e l'analisi costi/benefici può dare risultati diversi a seconda dell'essere valutata sulla base di diverse finestre temporali nonché criteri. Discuteremo diversi aspetti e criteri di valutazione a questo riguardo, evidenziando la complessità delle scelte.
Sul piano dei costi/benefici, ad esempio, è interessante esplorare se una psicoterapia sia più costosa o meno di una terapia farmacologia, o se un trattamento farmacologico A sia più efficiente e meno costoso di un trattamento B, oppure ancora quale di due psicoterapie sia più costo/efficiente. In questa presentazione saranno discussi alcuni criteri per affrontare tali problematiche, quali ad esempio i costi degli operatori, del monte ore del trattamento, delle strutture di supporto, il tasso di ricadute a distanza in rapporto ai diversi trattamenti – tenuto conto della diversa efficacia, fattibilità ed esigibilità dei pazienti.
Rispondere all'esigenza di analisi di costo/beneficio degli interventi, ottimizzare le risorse disponibili sono compiti inevitabili per chi organizza una U.O. per acuti o riabilitativa, o un D.S.M., ma come si vedrà, rispondere richiede valutazioni piuttosto complesse, per le quali in più di un caso mancano dati sistematici per una decisione definitiva. Peraltro, emerge con forza che per il terapeuta di fronte alle necessità di un singolo caso clinico gli indici di costo/beneficio derivati dall'analisi di flussi e di valori medi di popolazioni può avere scarsa applicabilità, con un predominio della clinica.
In ultimo, in una prospettiva dei servizi di salute mentale sempre più al centro di richieste, sia per l'utenza "tradizionale" come i quadri psicotici di lungo termine, sia per quella che vede le figure "psi" sempre più impegnate nell'ospedale generale, appare interessante programmare le risorse, sia del personale che della organizzazione, valorizzando al meglio le professionalità dello psichiatra e dello psicologo clinico.

La gestione del Dipartimento di Salute Mentale fra economia e clinica

A. Minervino

A.O. "Istituti Ospitaleri" di Cremona

Aziendalizzazione e dipartimentalizzazione costituiscono un momento di crescita per l'organizzazione della sanità.
Per la Psichiatria ciò rappresenta una importante opportunità per uscire dai circuiti di autoreferenzialità, confrontarsi e cimentarsi con aspetti gestionali dell'organizzazione dei servizi, poter render conto di "cosa si fa", "perché lo si fa" e "con che risultato".
Si evidenzia come area estremamente critica la bassa valorizzazione delle prestazioni che ha come prima naturale conseguenza l'impossibilità a portare a pareggio un bilancio dell'attività di un servizio psichiatrico pubblico associato al grande rischio di introdurre elementi gestionali "di risparmio" poco compatibili con una psichiatria di qualità.
Vanno segnalate almeno altre due difficoltà per un DSM: la prima è quella di mantenere una buona posizione contrattuale con la Direzione Generale, la seconda è quella di assolvere ad un ruolo fondamentale: tradurre linguaggi, cultura, esperienza del lavoro nei servizi per renderli fruibili anche fuori (amministrazioni, famiglie, opinione pubblica, magistratura, ecc.).
Come sintesi dell'oscillazione del DSM fra clinica ed economia viene proposto uno schema che vede al centro la massima espressione della clinica con la centralità della relazione col paziente (A) ed alla periferia la massima espressione dell'aspetto gestionale (X).
Infine viene proposto come esempio critico la presa in carico da parte dei servizi psichiatrici dei disturbi non psicotici con i risultati di una ricerca fatta presso una U.O. di Psichiatria della Lombardia, oggetto di una recente tesi di Specializzazione in Psichiatria.



La Clinical Governance nel Dipartimento di Salute Mentale dell'A.S.L. Roma D

A. Balbi

Dipartimento di Salute Mentale, A.S.L. Roma D

Il rapporto costi/benefici è un punto di riferimento nell'organizzazione sanitaria.
I benefici in termini di salute appaiono comunque il punto centrale per un clinico. Per effettuarne una implementazione è necessario, da una parte, lo sviluppo dei percorsi di cura ritenuti dalla letteratura internazionale più efficaci, dall'altra la valutazione dei risultati complessivi in termini sia di salute sia di qualità della vita, costruendo una *clinical governance*.
Identificati i percorsi più appropriati necessita un utilizzo delle risorse disponibili "a rete" in cui il paziente, da operatori diversi, riceva quel complesso di prestazioni che, nell'insieme, costituiscono il suo specifico percorso di cura.
Si descrive l'esperienza del D.S.M. A.S.L. Roma D.

Quanto costa trattare/non trattare i Disturbi del Comportamento Alimentare?

S. Fassino, A. Pierò

Università di Torino, Dipartimento di Neuroscienze, S.C.D.U. Psichiatria, Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono patologie psicosomatiche e di confine per la loro complessità di presentazione sintomatologica e di trattamento. Tali disturbi possono sino nel 30% dei casi avere un andamento recidivante o cronico e comportare un elevato rischio di morte, elevati livelli di disabilità, e costi elevati sia per il paziente che per il Servizio Sanitario Nazionale. L'epidemia sociale di DCA che si è presentata negli ultimi anni ha posto seri problemi di organizzazione e programmazione della spesa sanitaria per tali disturbi in tutto il modo. Più volte ci si è chiesti quali interventi fossero realmente efficaci [1] e quali anche efficienti (costo/efficacia). I pazienti con DCA presentano un bisogno di cure sia in fase di acuzie, che nella fase della riabilitazione nutrizionale e psicosomatica, molto elevato. Già in passato i primi studi pionieristici sui costi dei DCA avevano segnalato un livello di "costo sociale" elevato, ma solo recentemente si è evidenziato come i DCA, ed in particolare l'anoressia nervosa, abbiano costi diretti ed indiretti almeno paragonabili (se non superiori) a disturbi psichiatrici maggiori come la schizofrenia ed i disturbi bipolari, mentre la bulimia nervosa determinerebbe costi superiori al disturbo ossessivo compulsivo (DOC). Se si pensa che la prevalenza dei DCA è superiore a quella della schizofrenia e del DOC si comprende perché l'argomento "costo dei DCA" non possa più essere ignorato dai ricercatori e dagli amministratori di tutto il mondo. Scopo della presente relazione è fare il punto sulle evidenze crescenti in letteratura sul costo diretto ed indiretto del trattare/non trattare i DCA, ed evidenziare come sia da molti ritenuto che il tentativo di risparmiare risorse curando i DCA in modo non integrato-multidisciplinare, o con ricoveri brevi, o senza l'apporto di interventi psicoterapici è da molti ritenuto non solo poco efficace, ma soprattutto poco efficiente in termini di convenienza economica a lungo termine.

Bibliografia

[1] Steinhausen HC. *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century*. Am J Psychiatry 2002;159:1284-93.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA ELLISSE

S70 - Stabilità della risposta nosologica in psichiatria - Ebefrenia

MODERATORI
G. Roccatagliata, F.M. Ferro

All'ombra di Ebe dall'Antichità Classica all'Illuminismo (Continuità e dissolvenze di una convenzione diagnostica)

L. Bonuzzi

COIRAG (Istituto di Padova)

Nel secondo Ottocento, in un momento di forte interesse per l'età adolescenziale, Kahlbaum, Hecker e Kraepelin descrivono un particolare quadro clinico, designato come ebefrenia, caratterizzato da particolari tratti psicopatologici – rigidità, difetto nella capacità di concentrazione, stereotipie, impulsività sessuale, ecc. – con esordio durante la pubertà e decorso verso la demenza. Quanto prima, tuttavia, i confini dell'ebefrenia si rivelano assai sfumati ed incerti, tanto che per Bleuler l'ebefrenia sarebbe una sorta di piattaforma dove si sistemano quelle forme cliniche che non risultano chiaramente inquadrabili in altri gruppi delle schizofrenie.
L'ebefrenia, in effetti, configura un riferimento diagnostico che compare e scompare nella psichiatria specialistica contemporanea: un motivo che invita ad interrogarsi in merito all'apprezzamento che nel passato è stato riservato al disturbo in parola. Tanto più che 'Ebe ed 'hebes' sono

parole che, palesemente evocate dall'ebefrenia, appartengono al passato. Ma nonostante l'assonanza 'Ebe' ed 'hebes' hanno una storia differente; 'Ebe' è parola greca e designa la dea della pubertà, 'hebes' è invece parola latina ed indica ciò che è ottuso, rallentato, privo di acume. L'aggettivo ebete, in sintesi, connota una condizione di perdita, di impoverimento, soprattutto intellettivo ma anche percettivo ed affettivo.
A guardar bene non manca qualche consonanza fra l'ebefrenia ottocentesca ed alcune situazioni cliniche descritte da autori del passato come Ippocrate e Chiarugi, per ricordare due nomi autorevoli. Non si può, d'altra parte, dimenticare che i modelli antropologici a cui la clinica fa riferimento non sono stabili, né si può dimenticare che gli stessi sintomi presi in considerazione sono oggetto di valutazioni mutevoli.
La storia, in vero un po' acrobatica, dell'ebefrenia invita a pensare che con le stesse note possono essere elaborate melodie vagamente simili, ma non sovrapponibili per quanto avvicinabili per il profilo basso e dolente della musica.

Dalla Ebefrenia di Hecher alla schizofrenia disorganizzata del DSM-IV

C. Maggini, F. Scaramuzzino

Sezione di Psichiatria Dipartimento di Neuroscienze, Università di Parma

Dalla prima descrizione di Hecker gli AA ripercorrono il destino della ebefrenia nel pensiero di Kraepelin, Bleuler, Schneider, Kleist e Leonhard fino alla schizofrenia disorganizzata del DSM-IV.
Una parabola agonica con un lento declinare nella psichiatria del XIX e XX secolo sino alla ipersemplificazione semeiologico-psicopatologica del DSM-IV.

Il maggiore poeta svizzero. Miracoli linguistici di Bleuler

R. Rossi

Università di Genova

Non è difficile considerare Bleuler il massimo poeta svizzero. Se una delle qualità di un poeta è quella di creare parole, che rimangono indelebili, a volte nella loro semplicità, a significare la realtà, e che non possono più essere sostituite, non v'è dubbio che Bleuler c'è riuscito.
Riflettendo su ciò che rimane di Bleuler nella schizofrenia, risulta sempre più chiaro che, in realtà, della schizofrenia rimane ancor oggi solo Bleuler. L'affermazione che sembra a prima vista paradossale, lo è molto meno se si pensa:
– all'attualità della struttura binaria della schizofrenia, costituita da un'area centrale a contatto probabile con la causa, di sintomatologia deficitaria, e da un'area periferica di sintomatologia produttiva come convergenza di aspetti difensivi o di altra natura: il che corrisponde al principio di "fondamentale" ("Haupt symptome") e di secondario: che ancora adesso non sono sostituibili (primari, secondari; di I ordine di II ordine; negativi, positivi);
– alla quadripartizione della schizofrenia, che nonostante il vasto campo di ricerca biologica, non può essere ancora sostituita in una sola virgola rispetto a Bleuler;
– al denominatore comune, legato al concetto di perdita, inconsistenza ed estraneità del fondo psichico, che oggi sta riprendendo vigore, a partire dal concetto di scoordinazione dell'attività psichica e di frammentazione, come funzione globale al di là delle singole funzioni cerebrali individuali.

La schizofrenia, come è oggi, è ancora quella di Bleuler, e senza Bleuler non avremmo la schizofrenia, ne siamo oggi in grado di cambiare le sue idee del principio organizzatore della schizofrenia, come ce le ha consegnate cento anni fa. La fortuna delle sue parole, capaci di organizzare una quantità di situazioni, fatti, realtà cliniche e umane e concettuali, è ancora lì a dimostrarci la genialità del suo intervento. Basta pensare a termini come autismo, *spaltung* e lo stesso termine di schizofrenia, unico termine mai messo in discussione, che rinasce, trionfante, come l'araba fenice, ad ogni tentativo di dissoluzione e frammentazione.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA MONTEMARIO

S71 - Problemi irrisolti in suicidologia

MODERATORI
R. Tatarelli, P. Girardi

Katie's Diary. Unlocking the mystery of a suicide

D. Lester

Center for the Study of Suicide, Blackwood, NJ, USA

Although suicide notes have long been used to understand the psychodynamics of suicide, diaries have rarely been the focus of study. This presentation reports analyses of the diary of a young woman who killed herself. The diary covers the last year of her life and provides a rich source of clinical data in order to understand her suicide.
The presentation will focus on three issues: 1) an examination of her irrational thinking; 2) her manifestation of the Ophelia complex, and 3) an analysis of the verbal content of her diary as her suicide became imminent.

Education and Campaigns for Reducing Suicide

Z. Rihmer

National Institute for Psychiatry and Neurology

Although suicide attempt and particularly committed suicide are rare events in the community, they are much more common among psychiatric (mostly depressive) patients who contact different levels of healthcare (mostly GPs) some weeks or months before the suicide event. The most common current psychiatric illness among unselected suicide victims is major depressive episode (56-87%), which, in the majority of cases, is unrecognised or untreated. The current prevalence of patients with major depressive episode in the primary care practice is around 8-12%, and earlier studies, performed 15-20 years ago, found that less than 20% of them were recognized by their GPs, and the rate of adequate antidepressant pharmacotherapy was under 10%. Fortunately, more recent papers reported much higher rates (62-85%) of recognition and treatment of depression in primary care indicating that the situation shows improving tendency. Since successful acute and long-term pharmacotherapy of depression significantly reduces the risk of both attempted and committed suicides, and 34-66% of suicide victims (two-thirds of them should have current depression) contact their GPs 4 weeks before their death, GPs play a priority role in suicide prevention. In fact, following the pioneering Swedish Gotland Study, several large-scale community studies (The Nuremberg Alliance Against Depression, the Japanese Elderly Suicide Prevention Study, the Swedish Jamtland Study and the most recent Hungarian Kiskunhalas GP-Suicide Prevention Study) demonstrated that education of the GPs on the diagnosis and treatment of depression, particularly in combination with public education, improves the correct identification and appropriate treatment of depressive disorders and produces a marked or moderate decrease in the frequency of attempted and / or committed suicidein the areas served by trained GPs. However, the importance of alcoholism and other psychiatric and psycho-social problems should not be underestimated and optimal suicide prevention plans must also consider major local suicide risk factors.

References

Berardi D. et al, Psychother Psychosom 2005;74:225-30.
Henriksson S, Isacsson G. Acta Psychiat Scand 2006;114:159-67.
Luoma JB. et al, Amer J Psychiat 2002;159:909-16.
Mann JJ. et al, JAMA, 2005;294:2064-74.
Rihmer Z. et al, J Affect Disord 1995;35:147-52.

Evidence e limiti della prevenzioni farmacologica del suicidio

P. Girardi

Dipartimento di Psichiatria, Ospedale Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma

I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità indicano che il suicidio rappresenta un grave problema di salute pubblica con circa un milione di morti ogni anno nel mondo e che è la causa più frequente di morte in pazienti affetti da un disturbo psichiatrico. Il suicidio, come fenomeno transnosografco, sfugge ai rigorosi criteri diagnostici propri della patologia descrittiva in generale e della psichiatria in particolare. Nella descrizione del fenomeno è tuttavia possibile riconoscere uno spettro nell'ambito del quale si collocano le manifestazioni auto-distruttive, citiamo solo l'ideazione suicidaria, il tentativo di suicidio e il suicidio propriamente detto. Non siamo però ancora in grado di comprendere a pieno se il suicidio è un sintomo o meno della patologia psichiatrica. I dati della ricerca psicofarmacologica fanno riferimento ad una disgiunzione tra disturbo psichiatrico e rischio di suicidio, potendo osservare terapie che intaccano spesso solo uno dei due aspetti. Il litio è un farmaco in grado di ridurre il rischio di suicidio anche senza apportare un miglioramento del quadro clinico. Il litio di propone inoltre come farmaco superiore a qualsiasi altro trattamento per la riduzione del suicidio nei disturbi affettivi. La clozapina è senza dubbio di grande utilità nella gestione del rischio suicidario del paziente schizofrenico ma di fatto molti autori sostengono un eguale ruolo di altri antipsicotici atipici. Poi vi sono gli antidepressivi, che visti nel loro insieme sembrano svolgere un ruolo marginale nel rischio di suicidio, sebbene molte evidenze sostengano il grande impatto delle nuove molecole nella riduzione della suicidalità. Eppure esistono dei limiti della farmacoterapia del suicidio, i quali vengono ancor più accentuati quando si ragiona in termini di criteri diagnostici piuttosto che confrontarsi con l'individuo a rischio e gestire il suo rischio di suicidio con interventi ad hoc, pronta disponibilità e follow-up regolari.

Il suicidio del paziente come evento inatteso per gli operatori della salute

M. Pompili

Dipartimento di Psichiatria, Ospedale Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma, McLean Hospital, Harvard Medical School, USA

Circa il 45% delle vittime del suicidio hanno un contatto con il medico di base nel mese che precede l'atto letale. L'intento suicidario è comunicato nelle settimane che precedono il suicidio, in molti casi con modalità esplicite. La stragrande maggioranza di questi individui ha comunque ricevuto delle cure sanitarie, solo raramente di competenza psichiatrica.
Gli operatori della salute in generale, e quelli della salute mentali in particolare, sono spesso colti di sorpresa quando si verifica il suicidio di un paziente. Eppure ad una attenta analisi si potevano reperire segnali d'allarme e quindi prendere delle precauzioni. Abbiamo dunque bisogno di maggiore informazione sia per i medici di base che per gli specialisti.
Esistono situazioni in cui il rischio di suicidio è insospettabile o ancor peggio escluso come nel caso del paziente ritenuto in via di miglioramento o dimesso in condizioni ottimali. Invece l'atto si verifica lasciando i curanti perplessi non riuscendo a motivare tale gesto estremo.
Vi sono poi problematiche con il tema del suicidio che risiedono nel vissuto e nelle credenze dei curanti. Questi sentimenti interferiscono fortemente con la gestione del paziente, potendo spesso indurre la negazione del rischio di

suicidio o magari ritenerlo una soluzione alla malattia del paziente.
Questa relazione esplora aree di interesse clinico che sono spesso misconosciute per la prevenzione del suicidio e si focalizza sull'evento letale come "spesso all'improvviso" per i gli operatori della salute. Sono inoltre discussi elementi implicati nella gestione dei sentimenti che seguono il suicidio del paziente.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA LEONARDO

S72 - Aree problematiche nel trattamento dei Disturbi Bipolari

MODERATORI
A. Tundo, G.B. Cassano

Confronto dell'efficacia degli antidepressivi nella depressione bipolare e unipolare

A. Tundo, Marchetti, I. Lega, P.Cavalieri
Istituto di Psicopatologia, Roma

Introduzione: la depressione costituisce l'espressione prevalente dei disturbi bipolari e comporta un alto rischio di condotte autolesive e un alto grado di disabilità. Il suo trattamento, tuttavia, rimane ad oggi controverso. Secondo alcuni Autori in questa forma gli antidepressivi dovrebbero essere evitati perché sono scarsamente efficaci e aumentano il rischio di *switch* e l'accelerazione dei cicli fino alla rapida ciclicità, nonché il rischio di suicidio [1 2]. Altri Autori ritengono sovrastimato il rischio di accelerazione dei cicli e considerano gli antidepressivi, in combinazione con stabilizzatori, indispensabili per il trattamento della depressione bipolare perchè più efficaci di qualsiasi alternativa [3 4].
Obiettivi: confrontare l'efficacia in acuto degli antidepressivi nella depressione unipolare e bipolare.
Metodo: sono stati studiati 320 pazienti consecutivamente trattati in modo naturalistico presso l'Istituto di Psicopatologia, Roma per un episodio depressivo (criteri DSM IV-TR) di recente insorgenza. Il campione, costituito prevalentemente da donne (70%) e con un'età media di 48 anni (range 18-89 anni), in base al decorso è stato suddiviso in due gruppi: 208 soggetti (65%) con depressione maggiore ricorrente (UP) e 112 soggetti con depressione bipolare (BP) di tipo I (17% del campione) o II (18% del campione).
Risultati: i due gruppi seguivano un trattamento antidepressivo equivalente per classe di farmaco impiegata (UP *vs.* BP: 76% *vs.* 80% SSRI, 42% *vs.* 48% TCA, 23% *vs.* 23% altri AD) e per frequenza di ricorso a tecniche di *augmentation* (49% *vs.* 52%). Percentuali di drop-out (20% *vs.* 12%) e di aderenza alle cure (94% *vs.* 96%) non differivano significativamente. In tutti i casi l'episodio depressivo giungeva a soluzione, tuttavia nei pazienti con depressione bipolare il tempo di risposta era significativamente più lungo (BPI *vs.* BPII *vs.* UP: 12.7 ±13 *vs.* 10,1 ± 8,7 *vs.* 6,4 ± 6,2 settimane) ed era significativamente più frequente la resistenza (30% *vs.* 6%).
Nel periodo di osservazione il 7% dei pazienti andava incontro ad uno switch (ipo)maniacale e 3 pazienti effettuavano un tentativo di suicidio, di cui nessuno a termine.
Conclusioni: i nostri dati indicano che gli antidepressivi sono efficaci nella depressione bipolare come nella depressione maggiore ricorrente anche se la latenza di risposta è più lunga. Benché le potenziali complicanze (switch, tentativi di suicidio) siano risultate contenute, l'uso di questa classe di farmaci nei pazienti con disturbi bipolari richiede comunque particolare cautela.

Bibliografia

1 Gahemi et al. Am J Psychiat 2004;161:163-5.
2 Goodwin FK, Jamison KR. *Manic depressive illness*. New York: Oxford University Press 2007.
3 Moller HJ, Grunze H. *Have some guidelines for the treatment of acute bipolar depression. gone too far in the restriction of antidepressants?* Eur Arch Psychiat Clin Neurosci 2000;250:57-68.
4 Tundo et al. Bip Dis 2006;8(Suppl. 1):40.

Fattori predittivi di aderenza al trattamento nei pazienti bipolari. Valutazione al momento del ricovero per ricaduta

C. Niolu, L. Sarchiola, A. Siracusano
Dipartimento di Neuroscienze, Cattedra di Psichiatria, Università di Roma Tor Vergata

Introduzione: per discontinuità farmacologica si intende un'interruzione nello schema terapeutico seguito da un paziente: questa interruzione può essere stabilita dal medico, sulla base clinica, o attuata autonomamente dal paziente. In questo secondo caso le conseguenze possono essere notevoli: la non aderenza è la causa principale di scarso miglioramento clinico e determina a lungo termine lo sviluppo di complicanze di ordine medico, la riduzione della qualità della vita dei pazienti e la perdita di risorse sanitarie. Per quanto riguarda i disturbi dell'umore revisioni recenti della letteratura valutano la non-aderenza entro un ampio range dal 20 al 66%, con prevalenza mediana del 41% nel disturbo bipolare, intor-

no al 53% nella Depressione Unipolare: circa un terzo dei pazienti non assumerebbe affatto la terapia mentre il restante 20% mostrerebbe una aderenza parziale.
Scopo dello studio: nel nostro studio l'aderenza farmacologica è stata valutata al momento del ricovero e prende in esame i 3 mesi precedenti il ricovero medesimo. L'intento del nostro studio è principalmente quello di valutare la percentuale di non aderenti nel momento dell'ospedalizzazione (65 pazienti bipolari), le possibili differenze cliniche relative alla non aderenza e alcune variabili maggiormente coinvolte in questo fenomeno, al fine di ipotizzare programmi specifici per migliorare il grado d'aderenza, sia durante il ricovero che al momento della dimissione
Risultati: nel campione totale (n = 65), il 65% è risultato aderente (ricaduto per altre cause), il 35% non aderente (ricaduto per non aderenza). Del gruppo dei pazienti in fase depressiva (n = 50) il 70% è risultato aderente e il 30% non aderente, del gruppo dei pazienti in fase maniacale (n = 15) il 47% è risultato aderente e il 53% non aderente Delle diverse variabili esaminate, la terapia farmacologia assunta al momento del ricovero così come la presenza di effetti collaterali non sono risultati statisticamente significativi ai fini dell'aderenza ($p = 0,542$; $p = 0,517$). Sono risultati significativi i seguenti parametri: la presenza di un *caregiver* (aderenti 49,2%; non aderenti 6,1%; $p \leq 0,05$), la dipendenza da sostanze (aderenti 6,1%; non aderenti 23%; $p \leq 0,05$), i punteggi alla DAI ($p \leq 0,001$), i punteggi alla SAI ($p \leq 0,001$), i punteggi alla BDI (aderenti 30,9%; non aderenti 23,5%; $p \leq 0,05$), alcuni tratti temperamentali (TPQ *social avoidance* negli aderenti $p \leq ,05$) e lo stile di attaccamento (RQ *fearful* negli aderenti $p \leq 0,05$).
Conclusioni: nei pazienti bipolari l'aderenza sembra correlata positivamente con il grado di sofferenza soggettivo. La presenza del *caregiver*, la dipendenza da sostanze, l'*insight* (SAI) e l'atteggiamento nei confronti dei farmaci (DAI) sono le variabili maggiormente coinvolte.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 – ORE 16.00-17.30
SALA SAN PIETRO

S73 - Polimorfismi genetici e comportamento: dal laboratorio alla clinica

MODERATORI
A. Troisi, C. Gross

Un modello animale per lo studio dell'interazione geni-ambiente: il trasportatore della serotonina e l'ambiente postnatale

V. Carola, G. Frazzetto, T. Pascucci[*], S. Cabib[*], S. Puglisi-Allegra[*] , C. Gross

European Molecular Biology Laboratory , Monterotondo, Roma; [*] Dipartimento di Psicologia, Sapienza Univesità di Roma

Nonostante i numerosi tentativi poco è conosciuto circa le basi biologico molecolari dei disturbi psichiatrici. Molti di questi disturbi sono considerati di natura poligenica, ovvero l'interazione tra molteplici geni rendono l'individuo più o meno suscettibile alla patologia. Indipendentemente l'uno dall'altro fattori ambientali e fattori genetici sono investigati come responsabili della psicopatologia ma il nuovo approccio di considerare contemporaneamente questi due fattori ha portato a identificare nuovi meccanismi molecolari che sino ad ora è stato difficile investigare (Caspi et al., 2003).
Lo scopo principale del nostro lavoro è quello di creare un modello animale in cui sia possibile studiare come l'interazione geni-ambiente moduli il comportamento ansioso e depressivo e di conseguenza individuare i meccanismi molecolari in esso implicati. Per far ciò abbiamo sviluppato un paradigma sperimentale in cui riusciamo a manipolare nel topo contemporaneamente l'ambiente postnatale e i geni. Per manipolare l'ambiente abbiamo usato un incrocio reciproco tra i due ceppi di topi BALB/c e C57BL/6 per generare femmine F1 che sono caratterizzate o da bassi o da alti livelli di cure materne in accordo con il background genetico della loro madre e delle cure materne che a loro volta hanno esperito. Nel topo è stato dimostrato che questi diversi livelli di cure materne durante il periodo postnatale sono associati con un conseguente incremento dei livelli d'ansia nella progenie in età adulta (Calatayud & Belzung, 2004). Inoltre per introdurre una mutazione genetica di nostro interesse in questo paradigma, abbiamo accoppiato queste femmine F1 con un maschio portatore di una mutazione genetica che trasmetterà solo a metà della propria progenie. A questo punto le due metà della progenie (wild type, mutante) sono cresciute con una madre F1 che ha dato loro o numerose o scarse cure materne. La nostra ipotesi era che animali portatori della mutazione, che si sviluppano un ambiente postnatale negativo, avrebbero mostrato più alti livelli di comportamento ansioso e depressivo rispetto agli animali che sono stati esposti ad alte cure materne.
In questo paradigma abbiamo sino ad ora abbiamo analizzato l'interazione dell'ambiente con geni legati al sistema serotoninergico: il recettore 1A della serotonina e il trasporatore della serotonina (5HTT). I nostri risultati mostrano un'interazione dell'ambiente con solo il 5HTT, in maniera specifica in comportamenti di tipo depressivo. All'analisi

del comportamento dei nostri animali è seguita un'attenta analisi del biochimica del loro cervello che ha mostrato interessanti risultati che potrebbero in futuro indirizzare la ricerca bio-molecolare in ambito umano.

Bibliografia

1. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. *Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene*. Science 2003;301:386-9.
2. Calatayud F, Belzung C. *Emotional reactivity in mice may not be inherited but influenced by parents*. Physiol Behav 2004;80:465-74.

Genotipo e vulnerabilità a fattori ambientali durante lo sviluppo nel topo

F.R D'Amato, A. Moles

Istituto di Neuroscienze del CNR, Psicobiologia e Psicofarmacologia, Roma

La genetica del comportamento prima e la biologia molecolare oggi hanno messo in luce le basi genetiche di comportamenti sia semplici che complessi ed il loro ruolo nell'espressione del fenotipo comportamentale. Il topo rappresenta un modello utile per lo studio dell'interazione tra genotipo e ambiente a causa della facilità di manipolazione del suo patrimonio genetico, dell' immaturità di differenti sistemi neurobiologici alla nascita e dei tempi relativamente brevi di sviluppo. Nonostante la relativa semplicità dei comportamenti espressi da questa specie, studi recenti hanno messo in luce l'importanza delle esperienze precoci e del legame madre-figlio per lo sviluppo del comportamento. La possibilità di controllare sperimentalmente sia il genotipo che l'ambiente sperimentale, ha dato il via ad una notevole quantità di studi volti a misurare la vulnerabilità di differenti genotipi ad ambienti di sviluppo differenti. Partendo da dati clinici si è tentato, da un lato di esaminare l'effetto di ambienti così detti "stressanti" su genotipi differenti per valutarne le capacità di adattamento e, dall'altro, di verificare la possibilità che specifici fattori ambientali siano in grado di controbilanciare un genotipo deficitario. Il risultato di dell'interazione tra genotipo e ambiente da luogo a differenze individuali nel comportamento che potrebbero riflettere endofenotipi differenti implicati in differenti disturbi psichiatrici o semplicemente risposte adattative ad ambienti diversi

Endofenotipi nelle manifestazioni ansiose

A. Ogliari, A. Zanoni, P. Pesenti-Gritti, C.A.M. Spatola, M. Battaglia

Università San Raffaele di Milano

In questa presentazione verranno presentati dati prodotti dal nostro gruppo di ricerca che esplorano l'architettura causale di 2 endofenotipi: a) la sensibilità al diossido di carbonio come endofenotipo del panico; b) la reattività psicofisiologica alle espressioni del volto come endofenotipo del continuum inibizione comportamentale/fobia sociale in età di sviluppo; verrà inoltre esplorata l'architettura causale della covariazione tra i due endofenotipi ed corrispettivi fenotipi clinici; discuteremo le implicazioni per la ricerca e per la clinica, e la trasferibilità a possibili modelli animali.

Bibliografia

1. Battaglia M, Ogliari A, Zanoni A, Citterio A, Pozzoli U, Maffei C, Giorda R, Marino C. *Influence of the Serotonin Transporter Promoter Gene and Shyness on Children's Cerebral Responses to Facial Expressions*. Arch Gen Psychiatry 2005;62:85-94.
2. Battaglia M, Ogliari A. *Anxiety and panic: from human studies to animal research and back*. Neurosci Biobehav Rev 2005;29:169-79.
3. Ogliari A, Citterio A, Zanoni A, Fagnani C, Patriarca V, Cirrincione R, Stazi MA, Battaglia M. *Genetic and Environmental Influences on Anxiety Dimensions in Italian Twins Evaluated with the SCARED Questionnaire*. J Anxiety Disord 2006;20:760-77.
4. Battaglia M, Zanoni A, Giorda R, Pozzoli U, Citterio A, Beri S, Ogliari A, Nobile M, Marino C, Molteni M. *Effect of the COMT val^{158}met genotype on children's early phases of facial stimuli processing*. Genes, Brain Behav (in press).
5. Spatola CAM, Fagnani C, Pesenti-Gritti P, Ogliari A, Stazi MA, Battaglia M. *A General Population Twin Study of the CBCL/6-18 DSM-oriented categories*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (in press).
6. Battaglia M, Ogliari A., Harris J, Spatola CAM, Pesenti-Gritti P, Reichborn-Kjennerud T, Torgersen S, Kringlen E, Tambs K. *A Genetic Study of the Acute Anxious Response to Carbon Dioxide stimulation in Man.* J Psychiat Res (submitted).
7. Pesenti-Gritti P, Spatola CAM, Fagnani C, Ogliari A, Stazi MA, Battaglia M. *The Co-occurrence Between Internalizing and Externalizing Behaviors: a General Population Twin Study* (submitted).

Attività neuronale durante Working Memory e varianti genetiche

A. Bertolino

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Introduzione: la Working Memory (WM) è un costrutto neuropsicologico che descrive un insieme di processi cognitivi coinvolti nel mantenere e manipolare informazioni di stimoli rilevanti per brevi intervalli di tempo; essa è fondamentale per il ragionamento e per guidare il comportamento. La capacità di eseguire compiti di WM in parte è ereditabile, con 43-49% della sua variabilità ascrivibile a fattori genetici. Inoltre è ampiamente acquisito che la neurotrasmissione dopaminergica nella Corteccia Prefrontale Dorsolaterale (DLPFC) riveste grande importanza nel determinare la performance a compiti di WM. A tale riguardo, è stato ampiamente dimostrato che la catecol-O-metiltransferasi (COMT) ed il Trasportatore della dopamina (DAT) sono due enzimi che regolano in maniera critica il signaling dopaminergico in DLPFC. Entrambi i geni che codificano questi due enzimi contengono dei polimorfismi funzionali. La COMT presenta un polimorfismo di un singolo nucleotide (la sostituzione di Valina per Metionina), tale che la presenza dell'allele Val rende l'enzima più veloce nell'inattivare la dopamina in DLPFC. Il gene del DAT contiene un polimorfismo VNTR tale che l'allele a 10 ripetizioni è associato a maggiore espressione dell'enzima rispetto all'allele a 9 ripetizioni.

Metodologia: usando la risonanza magnetica funzionale (fMRI), abbiamo valutato l'effetto di questi due polimorfismi sull'attività neuronale in DLPFC durante WM in un ampio campione di soggetti sani.
Risultati: i dati di questo studio indicano maggior attività in DLPFC in soggetti portatori dell'alle Val della COMT e dell'allele a 9 ripetizioni del DAT, pur in assenza di significative differenze di performance di WM. Inoltre, l'effetto dei due geni si manifesta in maniera additiva in DLPFC tale che soggetti portatori dell'allele Val COMT e dell'allele a 9 ripetizioni DAT hanno la maggiore attività in DLPFC.
Conclusioni: questi dati suggeriscono che varianti genetiche sia di COMT che di DAT hanno influenza sull'attività della DLPFC durante WM. Inoltre, per la prima volta nella letteratura, questi risultati indicano un'interazione additiva di due geni su un fenotipo cerebrale.

Genetic polymorphisms, early trauma and aggressive behavior

A. Troisi

Università di Roma Tor Vergata

Gene by environment (G x E) interactions have been found to be important in predicting the onset of a variety of psychiatric disorders and deviant behaviors following early trauma in children, adolescents, and adults. In particular, a functional promoter polymorphism in monoamine oxidase A (MAOA) has been implicated as a moderating factor in the relationship between childhood maltreatment and later adolescent and adult antisocial behavior. Caspi and colleagues (Caspi et al 2002) were the first to examine the role of genetic markers in moderating the effects of early trauma. They studied a large sample of 1,037 males from birth to adulthood. A functional polymorphism in the gene encoding the neurotransmitter-metabolizing enzyme MAOA was found to moderate the effect of early stress on the development of sociopathy later in life. Specifically, while maltreatment was associated with increased risk for antisocial problems, this risk was greatest in maltreated children with the genotype conferring low levels of MAOA expression. When compared to non-maltreated males with the same genotype, maltreated individuals with high MAOA activity were not at elevated risk for having a conviction for a violent offense, or meeting diagnostic criteria for conduct disorder in adolescence, or antisocial personality disorder in adulthood. The role of MAOA in moderating the development of sociopathy in maltreated children has now been replicated in several other studies. Negative findings exist in the literature, however, with failure to consistently replicate G x E interactions likely due to sampling issues, power problems resulting from low prevalence of adversity and/or psychopathology in the samples studied, or genetic heterogeneity which can results from many sources, including differences in the ethnic composition of samples across studies.
The aim of this presentation is to show preliminary data deriving from a collaborative study by clinicians of the psychiatric day-hospital of the University of Rome Tor Vergata and researchers of the European Molecular Biology Laboratory. The study has been conducted on a mixed sample of adult psychiatric patients and healthy volunteers in order to analyze the role of MAOA in moderating the development of aggressive behavior in subjects who had experienced different types of adverse life events during infancy and childhood.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA VERDE

S74 - È possibile curare i disturbi della condotta?

MODERATORI
F. Muratori, D. Cohen

Dalla valutazione al trattamento. Percorsi possibili nei disturbi della condotta

A. Milone, A. Paziente, P. Muratori, L. Polidori, L. Ruglioni, A. Manfredi, I. Baldi

I.R.C.C.S. Fondazione Stella Maris, Università di Pisa

I disturbi del comportamento in età evolutiva rappresentano attualmente uno dei più frequenti motivi di consultazione nell'ambito della psichiatria infantile e costituiscono una delle nuove frontiere dell'emergenza sociale in età evolutiva. Con il termine "disturbo della condotta" (DC) la psichiatria infantile indica un'entità clinica in cui prevalgono comportamenti antisociali (aggressività nei confronti delle persone e degli animali, distruzione di oggetti e di proprietà altrui, dire bugie, rubare, violazione di regole).
Allo stato dell'arte sono identificabili nella letteratura tematica, i fattori di rischio ed è ampiamente documentata la frequente compresenza in questi minori di altre patologie psichiatriche e di problematiche relative alle capacità di apprendimento che compromettono ulteriormente il loro rendimento scolastico e facilitano il disinvestimento motivazionale. Infine, sono state pubblicate linee guida per l'*assessment* diagnostico e molti lavori su promettenti indirizzi terapeutici per questa patologia.
Nel nostro Istituto, negli ultimi 5 anni, si è rilevata un esponenziale aumento della casistica clinica di questa categoria psicopatologica con più di 300 pazienti nel periodo gen-

naio1998-2007giugno. L'esperienza di questi ultimi anni ci ha permesso di elaborare protocolli valutativi che consentono un preciso orientamento diagnostico ed è nata nel 2005 una équipe che si occupa della diagnosi e del trattamento dei disturbi della condotta. Il modello terapeutico utilizzato è di tipo multisistemico e prevede un pacchetto di interventi, da eseguire nell'arco di uno o più pomeriggi settimanali, che è composto da intervento psicopedagogico di tipo metacognitivo (con l'obiettivo di migliorare le strategie di apprendimento, di *problem solving*, ridurre le difficoltà attentive e l'impulsività); interventi di tipo supportivo per il paziente (psicoterapia cognitiva, psicoterapia di supporto e dell'intersoggettività), di counseling per i genitori e un intervento psicomotorio con tecniche di rilassamento corporeo. L'intervento avviene in rete con le agenzie clinico-assistenziali e scolastiche del territorio.
In questo lavoro presenteremo il protocollo valutativo standardizzato che utilizziamo nella pratica clinica e i dati relativi ad un gruppo di 41 minori (età 8-16anni) trattatti con il nostro modello di intervento nell'ultimo anno. Questi soggetti sono stati seguiti con follow-up semestrali e i dati rilevati mostrano una significativa evoluzione sia delle problematiche comportamentali che delle difficoltà presenti nell'ambito scolastico e relazionale.

Perturbations precoces de l'intersubjectivité, de l'attention et de l'empathie. quels liens avec les troubles externalisés du comportement de l'enfant et de l'adolescent?

J.M. Guile, D. Cohen*

*Université de Montréal (Canada) et Laboratoire Psychologie et NeuroSciences Cognitives (CNRS-ParisV), Association de santé mentale La Nouvelle Forge (France); *GH Pitié Salpêtrière, Université Paris VI et Laboratoire Psychologie et NeuroSciences Cognitives (CNRS-Paris V)*

Introduction: les troubles externalisés du comportement de l'enfant et de l'adolescent, incluant les troubles narcissisques et les troubles des conduites, ont en commun plusieurs retards ou dysrégulations touchant l'attention, le contrôle exécutif et l'empathie.
Méthode: synthèse des écrits.
Résultats: ces anomalies neurocognitives sont enracinées dans les perturbations précoces des relations intersubjectives du jeune enfant avec son environnement. Le maintien de ces perturbations et leur évolution vers des troubles externalisés dépend de l'entrée en jeu de facteurs environnementaux. Les travaux psychanalytiques et les récentes recherches neurobiologiques seront présentées dans une perspective intégrée.

Early impairments in intersubjectivity, attention and empathy. how do they relate to subsequent disruptive disorders in children and adolescents?

Introduction: child and adolescent behavioral disturbances including narcissistic and conduct disorders share several enduring delays or dysregulations affecting attention, executive control and empathy.
Method: literature review.
Results: these neurocognitive abnormalities are rooted in the early perturbations of the infant's intersubjective relationships with his environment. How much those early impairments will result in latter disruptive disorders depends on the contribution of environmental factors. The presentation will review in an integrative manner psychoanalytic works and recent neurobiological findings

Il fattore comorbidità nell'evoluzione clinica e nella scelta terapeutica dei Disturbi della Condotta

A. Manfredi, A. Milone, I. Baldi G. Masi, C. Pari, F. Muratori

I.R.C.C.S. Fondazione Stella Maris, Università di Pisa

Introduzione: obiettivo di questo lavoro è quello di effettuare uno studio su un campione naturalistico di soggetti con disturbo della condotta descrivendone le caratteristiche cliniche e l'evoluzione in funzione della terapia farmacologica e cercando di individuare i fattori che maggiormente possono incidere sull'efficacia della terapia.
Metodologia: il campione è stato inizialmente descritto sulla base di alcune caratteristiche socio-demografiche e cliniche: sesso, età all'inizio del follow-up, epoca di insorgenza del disturbo, condizioni socioeconomiche, rischio di abuso di sostanze, diagnosi assi I, tipo di trattamento farmacologico valutato per grandi categorie (antidepressivi, antiepilettici, litio, antipsicitici atipici). La gravità del disturbo è stata valutata all'inizio del follow-up in funzione del punteggio al CGI-S. Il campione è stato suddiviso sulla base della risposta alla farmacoterapia alla fine del follow-up (*CGI-I last observation*) in Responder (R) e Non-Responder (Non-R). I gruppi così individuati (R e Non-R) sono stati tra loro confrontati sulla base delle variabili socio-demografiche e cliniche su elencate così da individuare gli eventuali fattori che possono aver inciso sull'efficacia della terapia farmacologica.
Conclusioni: la gravità clinica ed il grado di compromissione funzionale sono gli unici fattori che influenzano in maniera significativa la risposta al trattamento farmacologico: al baseline i Non-R presentano una maggiore compromissione clinica e funzionale rispetto ai R.
Le altre variabili analizzate, compresa la comorbidità con disturbi di asse I, non sembrano essere fattori predittivi di risposta positiva o meno risposta al trattamento farmacologico.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA NUREYEV

S75 - Psichiatria penitenziaria: attualità e problematiche

MODERATORI
G.C. Nivoli, E. Aguglia

Problematiche psicologiche dello psichiatra in carcere

S. Malizia
Psichiatra e psicoanalista, Roma

Sadismo, perversioni, comportamenti aggressivi e criminali sono aspetti del reale ben diversi dall'immaginario di cui lo psichiatra si occupa fuori dall'istituzione penitenziaria. Si tratta di una realtà difficilmente simbolizzabile e condivisibile nel transfert.
Fra le cause delle relazioni difficili sono da ricordare le interferenze, i limiti istituzionali e i meccanismi di seduzione e di perversione messi in atto subdolamente o apertamente dall'istituzione o dal detenuto.
Il difficile crinale in cui lo psichiatra opera può determinare demotivazione, burocratizzazione del ruolo e un eccesso nella somministrazione di terapie farmacologiche. Nel rapporto con pazienti condannati, per gravi delitti, a lunghi periodi di detenzione, lo psichiatra può sentirsi estremamente coinvolto in reazioni controtransferali di significato opposto responsabili di *acting-out* da parte di entrambi. Insoddisfazione e frustrazioni frequentemente sono causa di *burn-out* dei professionisti più motivati.
Si tratta, in casi limite, di relazioni sado-masochistiche caratterizzate da un eccesso di solidarietà con il paziente, da parte dello psichiatra, sino alla negazione del fatto criminale o della funzione della pena, o all'identificazione con comportamenti non agiti per condizioni di privilegio sociale vissute con sensi di colpa.
È necessaria una formazione personale dello psichiatra per tollerare la rabbia e l'odio di transfert conseguenti a un vissuto di estraneità del paziente per esperienze distruttive e per il fallimento esistenziale a cui non riesce a dare un senso per elaborare la colpa. Compito arduo, se non impossibile, in un trattamento psicoterapeutico.
Esemplificherò queste problematiche con un caso clinico e con brani tratti dall'opera di Cervantes e Dostojevskij.

Il ruolo dello psichiatra in carcere

L. Ferrannini, P.F. Peloso
Dipartimento di Salute Mentale dell'A.S. n. 3, Genova

Numerosi paesi hanno scelto in questi ultimi anni di stabilire un sempre più stretto rapporto tra carcere e psichiatria di comunità, a partire dalla Francia che con la legge del 18 gennaio 1994 ha affidato al sistema sanitario la piena competenza sull'assistenza sanitaria e psichiatrica nelle carceri; l'Italia, con il D. Lgs. 230 del 1999 ha cominciato a guardare, sia pur in modo poi rivelatosi discontinuo, in quella direzione. Molteplici sono infatti le esigenze alle quali un più stretto rapporto tra carcere e psichiatria di comunità potrebbe rispondere, e tra le altre vorremmo in particolare ricordare quelle legate a istanze:

– di *equità*: perché la salute mentale del detenuto deve essere tutelata con le stesse modalità e nella stessa misura di quella di ogni altro cittadino;
– di *carattere etico*: perché solo il DSM, e non uno specialista dipendente dall'amministrazione penitenziaria, può mantenere la posizione di terzietà ed equidistanza tra il punto di vista dell'istituzione e quella del detenuto, quella posizione cioè che B. Gravier definisce di "conflittualità costruttiva" nei riguardi del mondo penitenziario, che è indispensabile all'esercizio della professione sanitaria in ambienti detentivi (Peloso, 2005);
– di *continuità interno-esterno*: perché l'appartenenza degli psichiatri operanti in carcere al DSM si presta a meglio garantire una tensione progettuale che attraversi anche il momento della detenzione inscrivendola in un percorso vettoriale complessivo di accompagnamento volto alla presa in carico, alla cura e alla riabilitazione della persona;
– di *carattere logistico-organizzativo*: perché il riferimento a modelli di abituale utilizzo nella psichiatria sul territorio (équipe, psichiatria di collegamento, dipartimento, gradualità della presa in carico, continuità/discontinuità terapeutica, rete dei servizi, continuità tra dimensione sanitaria e sociale di bisogni della persona ecc.), e quello a una logistica fondata sull'integrazione tra spazi di degenza, di permanenza diurna e di intervento programmato o su sollecitazione urgente, caratteristico anch'esso della psichiatria di comunità, rappresentano i migliori supporti organizzativi alla presa in carico della sofferenza mentale anche nel carcere;
– di *carattere scientifico-formativo*: in quanto, come sottolinea J.L. Senon (1998), il carcere ha bisogno di psichiatri incessantemente vivificati nella loro cultura, nell'aggiornamento scientifico e nella tensione etica dal rapporto costante con la generalità dei propri colleghi operanti nella comunità, e non di psichiatri isolati ed emarginati culturalmente e professionalmente, e in definitiva quindi "resi anch'essi penitenziari nel corso degli anni".

Bibliografia

Clerici M, Scarone S, eds. *Psichiatria e carcere.* Noos 20006;43.
Peloso PF. *Servizi psichiatrici e carcere in Francia: un bilancio su dieci anni di esperienza.* Rassegna Italiana di Criminologia 2005;6.
Senon JL. *Salute mentale in carcere. La psichiatria di collegamento in ambiente penitenziario* (ed. it. a cura di Ferrannini L, Peloso PF), Torino: Centro Scientifico Editore 2006.

Il lavoro di consulenza psichiatrica nelle urgenze carcerarie. Limiti e prospettive

M. Clerici, N. D'Urso

Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, Polo Didattico A.O. San Paolo, Università di Milano

La consulenza psichiatrica nelle carceri si rivela oggi una priorità importante di un nuovo modo di rispondere ai bisogni assistenziali emergenti dalla psichiatria sociale e di comunità, anche nel contesto italiano.
Obiettivi: definizione delle caratteristiche psicopatologiche di una popolazione ammessa ad un servizio di consultazione psichiatrica e descrizione dei più importanti trattamenti erogati in una prigione milanese.
Metodi: studio di 6 anni consecutivi delle valutazioni diagnostiche e dei percorsi assistenziali e di cura (visite psichiatriche e prescrizioni farmacologiche) di una popolazione di 1302 detenuti della Casa di Reclusione di Milano Opera.
Risultati: come evidente dalla letteratura internazionale, anche da questa ricerca emergono importanti bisogni assistenziali di tipo psichiatrico: questo tipo di bisogni deriva da pazienti appartenenti ad un ampio spettro di gruppi diagnostici e anche da detenuti senza una specifica diagnosi psichiatrica. In generale, il sottogruppo dei pazienti extracomunitari sembra avere una percentuale meno rilevante di diagnosi comorbili. La diagnosi di disturbo psicotico è associata a detenzione per crimini violenti: I soggetti in carcere per reati connessi a droga non si diversificano dagli altri detenuti per quanto riguarda le problematiche di tossicodipendenza e sono meno gravi dal punto di vista dei profili psicopatologici.
Il carico assistenziale risulta più rilevante nei pazienti con disturbi psicotici e comorbilità (in particolare "doppia diagnosi") e nei tentativi di suicidio, mentre è meno importante dal punto di vista del genere di appartenenza o del profilo tipologico del crimine commesso. Il trattamento farmacologico è caratterizzato da un approccio politerapico, dove le benzodiazepine e i nuovi antidepressivi sono prevalenti. La terapia antipsicotica, in particolare i farmaci tipici, è ancora ampiamente usata per il trattamento dell'insonnia.
Conclusioni: la prevalenza dei disturbi mentali in questa popolazione è indubbiamente rilevante. La gestione dell'assistenza psichiatrica in carcere da parte di un DSM è stata fondamentale per migliorare sostanzialmente sia la qualità di vita di questi pazienti, sia la specificità dell'intervento psichiatrico in carcere. I limiti riscontrati riguardano le implicazioni organizzative generali (relazione tra istituzioni diverse) e gli aspetti prescrittivi psicofarmacologici (disponibilità di farmaci e modalità di somministrazione).

Il carcere quale tappa del circuito delle coazioni benigne per i portatori di sofferenza psichica severa

G. Brandi, M. Iannucci

Azienda Sanitaria, Firenze

Introduzione: i concetti stessi di coazione, coercizione, costrizione, obbligo, imposizione, risultano di per sé arroganti e molesti. Figurarsi le loro pratiche! Sparlarne è facile come bere un bicchier d'acqua. Essi si collocano, nella percezione affettiva che li cattura, agli antipodi rispetto a temi quali la libera scelta, il garbo, la moderazione, perfino la democrazia … Poiché, in ogni caso, occorre non cedere di buon grado alla lusinga dei luoghi comuni, neppure l'idea di *coazione* merita di essere liquidata in quattro e quattr'otto. Ne parleremo dunque senza arretrare di fronte al suo profilo maligno, intuendone e dimostrandone anzi la benignità potenziale.
Metodologia: il lavoro esamina le declinazioni possibili della coazione benigna in Salute Mentale. Quando la coazione è benigna? Tutte le volte che punta a trattenere la caduta libera di qualcuno privo di bussola, immerso in una sorta di disorientamento esistenziale, incapace di sottrarsi alla perdita di sé. Tutte le volte che contribuisce a difendere, un soggetto debole, da aggressioni vuoi pure inconsapevoli auto o eterolesive. Tutte le volte che si configura come disposizione di alleggerimento della coazione stessa. La coazione è benigna quando individualizzata e non generica, quando interdisciplinare e non semplificata, quando necessaria e non gratuita, quando somministrata umanamente e non vendicativamente comminata. Questa connotazione del concetto permette di costruire il percorso della coazione benigna in Salute Mentale.
Risultati: come un accertamento o un trattamento sanitario obbligatorio ovvero la nomina di un Amministratore di sostegno non vanno a detrimento della cura, allo stesso modo ben monitorate misure alternative alla pena sono lo strumento per restituire il reo a una smarrita dimensione relazionale socialmente compatibile; analogamente le disposizioni dell'autorità giudiziaria a tutela dei minori contesi da genitori separati evitano la distruzione della loro individualità; del pari una accusa portata con fermezza e benevolenza insieme può non ferire, bensì educare; e infine il modo di somministrare una pena incide profondamente sul carattere benigno del vissuto di quel giudizio, di quella pena.
Conclusioni: se così stanno le cose, la organizzazione della risposta di Salute Mentale in carcere diventa di importanza vitale per trasformare una coazione potenzialmente maligna in benigna per i molti portatori di sofferenza psichica che lo attraversano. Non si poteva trattare semplicisticamente un problema complesso come la malattia mentale, e l'Ospedale Psichiatrico era appunto la risposta semplice. Non si può neppure trattarlo in maniera complicata, come oggi accade. L'unica strategia che paghi è quella della integrazione, della articolazione di un metodo composito. E ciò è tanto più vero quando a moltiplicare la complessità della malattia mentale interviene un crimine.
E inoltre, perché la tappa penitenziaria della coazione benigna sia tale, è indispensabile muoversi a partire dalle pratiche. L'apparato penitenziario non sarà neppure scalfito da velleità astruse di sanificarlo che non muovano dai bisogni dei suoi utilizzatori e dei suoi operatori. D'altra parte, l'assottigliarsi del numero degli internati in Ospedale Psichiatrico Giudiziario, sembra avere finalmente posto fine alla misera pretesa di separare i folli rei internati dai folli rei detenuti, essendo gli uni e gli altri sofferenti di uno stesso disagio, là attestato dalla giustizia, qua dalla stessa sottovalutato, complice una separazione tra i luoghi e i metodi della presa in carico clinica del disagio e quelli del mero giudizio.

Ebbene, nella confusa matassa del presente, una trama potrebbe trattenere utilmente insieme la cura e la pena in carcere. Intrecciare il sistema delle coazioni benigne è il compito di una Salute Mentale ormai liberata dalle paure di semplificazione del passato e proiettata verso una integrazione né astratta, né ideologica, tanto più lo è quando ci si occupa della salute del folle reo.

La Continuità terapeutica nei pazienti con restrizione della libertà

A. Petiziol, P. Del Nero, S. Rullo

Le molteplici problematiche che emergono dalla popolazione carceraria definiscono tipologie cliniche non sempre specifiche: In tempi meno recenti, l'attenzione veniva posta sulla compatibilità o meno al regime di detenzione e ciò costituiva lo sparti acque ideale dell'intervento. In altri termini l'unico presidio alternativo al carcere era rappresentato dall'ospedale Psichiatrico Giudiziario. Attualmente è sempre più frequentemente, grazia all'accuratezza diagnostica e alla collaborazione con figure professionali non mediche è possibili ipotizzare e programmare interventi alternativi da realizzarsi in residenze cliniche, quali le Case di Cura e la Comunità. Quest'ultima rappresenta in un certo senso il luogo alternativo, per eccellenza, al carcere. L'intervento riabilitativo che si pone sicuramente centrale, non costituisce esclusivamente l'evoluzione di un progetto, quanto altresì una specifica modalità clinica e terapeutica. La Comunità non costituisce un luogo contrapposto alla Casa di Cura, ma più spesso complementare, elemento di una ipotetica, reale, rete, diremmo un percorso che coinvolge operatori diversi per status, cultura e formazione chiamati a condividere un progetto. L'obiettivo finale è l'integrazione del residente-paziente in un contesto ambiente in grado riformulare e ridefinire atteggiamenti e comportamenti che prescindono dalle disposizioni e superano (o tentano di farlo) le restrizioni individuali.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA S. GIOVANNI

S76 - Il trattamento farmacologico della depressione in gravidanza e nel puerperio

MODERATORI
C. Bellantuono, P. De Giacomo

Il trattamento della depressione antepartum. Tra rischio del non trattamento e rischio di teratogenesi

C. Bellantuono

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona

Qualunque trattamento che preveda l'uso di farmaci durante la gravidanza è un approccio che merita estrema cautela ed una valutazione complessa. Se, infatti, è doveroso considerare i possibili rischi per il feto e il neonato dovuti all'esposizione ai farmaci, bisogna anche tenere conto dei possibili rischi conseguenti (sia per la madre che per il feto) al non trattamento di una grave malattia psichiatrica, come la depressione maggiore, insorta o riacutizzatasi durante la gravidanza o nel puerperio depressione (post partum).
L'analisi di entrambi gli aspetti risulta, pertanto, fondamentale nella fase di programmazione di qualsiasi intervento terapeutico di natura farmacologica.
Una serie di dati recenti, infatti, documenta che il non trattamento di un grave episodio depressivo può indurre anomalie nel decorso della gravidanza e del parto e alerazioni dello sviluppo fetale. L'esposizione fetale ai diversi psicofarmaci è, d'altra parte, associata a quattro tipi di rischio: *l'aborto spontaneo*, la *teratogenesi*, la *tossicità neonatale* e i *disturbi di tipo "neurocomportamentale*".
Il *rischio di teratogenesi* è legato all'esposizione del feto, durante i primi tre mesi di gestazione, a farmaci o sostanze (ambientali e/o alimentari) che possono alterare l'embriogenesi. La possibilità che un farmaco abbia effetti teratogeni rappresenta, senza dubbio un timore giustificato, anche se nonostante la rilevanza del problema, esistono ancora oggi numerose incertezze e dati contraddittori nel quantificare il rischio teratogeno (e di aborti spontanei) di molti farmaci presenti sul mercato, inclusi gli psicofarmaci. Bisogna inoltre considerare che, indipendentemente da specifici agenti teratogeni, il rischio di gravi malformazioni nella popolazione generale varia dal 2% al 4%. Tra gli psicofarmaci sono ritenuti a maggiore di rischio di malformazioni, il *litio* il *sodio valproato*, la *carbamazepina*. Tra gli *antidepressivi* (AD), sono invece ritenuti abbastanza sicuri gli *SSRI*, ad eccezione della paroxetina, che secondo dati recenti, da confermare con ulteriori studi epidemiologici, comporterebbe un rischio di alterazioni cardiache leggermente superiore a quello emerso per altri antidepressivi. Va tuttavia osservato, che questi dati sul potenziale rischio di malformazioni cardiache della paroxetina non sono univoci, essendo stati segnalati solo in alcuni studi epidemiologici, ricavati da database che non prevedevano gruppi di controllo di donne gravide non esposte. Tra i triciclici, che vantano una casistica

molto scarsa rispetto agli SSRI, il farmaco più a rischio sembra essere la clomipramina. Per altri AD di recente introduzione i dati sono scarsi e insufficienti per esprimere un giudizio sulla sicurezza in gravidanza, in particolare sul rischio di teratogenesi. Dati preliminari ma rassicuranti sono disponibili anche per la venlafaxina.

L'utilizzazione dei farmaci antidepressivi in gravidanza ed il rischio di fenomeni di tossicità perinatale

S. Gentile

D.S.M. A.S.L. Salerno, U.O. 4 Cava de' Tirreni (SA)

Introduzione: i nuovi farmaci antidepressivi sono stati a lungo considerati relativamente sicuri per la diade madre-bambino, soprattutto se comparati con alcune classi di farmaci di prima generazione, quali gli antidepressivi triciclici. Questi ultimi, infatti, sono stati associati con un maggior rischio di malformazioni fetali, soprattutto a carico dell'apparato scheletrico; complicazioni ostetriche quali parto prematuro e ipertensione arteriosa presentano inoltre un'incidenza maggiore in donne trattate con antidepressivi triciclici. Tuttavia, negli ultimi anni la US-FDA e la aziende farmaceutiche produttrici di antidepressivi di ultima generazione hanno concordato l'aggiunta di un "warning" relativo alle precauzioni d'uso in gravidanza ed allattamento, dove si sottolinea il rischio potenziale di complicanze perinatali in bambini esposti in utero a questi farmaci.
Obiettivi: descrivere la principali sindromi neonatali indotte dall'esposizione in utero ad antidepressivi, e valutare il rischio relativo posseduto da ogni singolo farmaco nel determinarne l'insorgenza.
Metodologia: la fonte principale della ricerca è stata costituita dal materiale scientifico già esaminato per due articoli di revisione della letteratura recentemente pubblicati, e rispettivamente aggiornati a Dicembre 2004 e Maggio 2005. La letteratura selezionata è stata quindi aggiornata a fino a Gennaio 2006 attraverso una ricerca computerizzata condotta su diversi database: MEDLINE/Pubmed, EMBASE, e TOXNET.
Risultati: in 3 casi su 4 i sintomi neonatali sono stati registrati entro 4 ore dal parto; l'aspetto temporale suggerisce che FLX sia implicata soprattutto nella induzione di una sindrome da tossicità serotoninergica, piuttosto che di una sindrome da sospensione.
Nella metà circa dei casi sintomi neonatali sono stati registrati subito dopo la nascita; nell'altra metà, tra 12 ore e 5 giorni. La variabile temporale suggerisce che PAR sia implicata sia nella induzione sia di una sindrome da tossicità serotoninergica che di una sindrome da sospensione.
Last update: July 26, 2006

Tab. I. Principali sindromi neonatali indotte da terapia antidepressiva materna.

	Sindrome neonatale da sospensione	Sindrome neonatale da tossicità* serotoninergica
Sintomi	Irritabilità, ittero, agitazione, insonnia, inappetenza, pianto inconsolabile	Irrequietezza, ipertonia muscolare, tremore, iper-reflessia, scosse miocloniche, movimenti non coordinati, brividi
Insorgenza	Entro 10-36 ore dal parto	Entro 4 ore dal parto
Risoluzione	Di solito spontanea, entro due settimane	Di solito spontanea, entro 2 settimane

* L'espressione clinica di questi sintomi sembra essere direttamente proporzionale ai livelli di acido 5-idrossi-indol-acetico nei vasi ombelicali.

Tab. II. Numero di reazioni avverse neonatali associate ai singoli antidepressivi serotoninergici.

	FLX	PAR	SER	CIT	FVX	VNF	ESC
Case reports	4 (1)	13 (2)	1	1	-	18	24
Case series, studi di coorte, metaanalisi	20	69	21	13	2	11	-
Eventi severi	-	2 casi di Enterocolite Necrotizzante 3 casi di ESA	-	-	-	-	1 caso di convulsioni neonatali 1 caso di SIDS

Tab. III. Fenomeni neonatali descritti occasionalmente, comuni a tutti gli SRIs, non inquadrabili come fenomeni da sospensioneo overstimulation serotoninergica.

Alterazione dell'architettura del sonno
Alterazione della risposta acuta al dolore
Riduzione della proporzione di linfociti T-helper
Ipertensione polmonare persistente

Conclusioni: l'unica strategia ad oggi suggerita nel ridurre il rischio di tossicità perinatale indotta dall'esposizione in utero ad antidepressivi consiste nel sospendere gradualmente il trattamento farmacologico entro due settimane dal parto. Al momento, però, l'efficacia di questa strategia nel ridurre significativamente i fenomeni di "poor neonatal adaptation" non è ancora stata dimostrata.
Pertanto, il trattamento ottimale della disturbo depressivo materno deve tuttora essere considerato il problema clinico predominante.

Bibliografia

Gentile S. *The safety of newer antidepressants in pregnancy and breastfeeding.* Drug Saf 2005;28:137-52.

Moses-Kolko EL, Bogen D, Perel J, Bregar A, Uhl K, Levin B, et al. *Neonatal signs after late in-utero exposure to serotonin reuptake inhibitor.* JAMA 2005;293:2372-83.

Sanz EJ, De-las-Cuevas C, Kiuru A, Bate A, Edwards R.. *Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome: a database analysis.* Lancet 2005;365:482-7.

Gentile S. *SRI-induced perinatal complications.* Pediatric Drugs 2007;9:97-106.

Gentile S. *Escitalopram use late in pregnancy and during breastfeeding.* Ann Pharmacother 2007;40:1696-7.

Gentile S. *Quetiapine-fluvoxamine combination during pregnancy and while breastfeeding.* Arch Women's Mental Health 2006;9:158-9.

Utilizzo della terapia antidepressiva nella depressione puerperale. Rischi e benefici a confronto

R. Anniverno

A.O. Fatebenefratelli, Milano

Il rapido riconoscimento di una depressione nel periodo post partum permette di prendere in cura con tempestività un quadro psicopatologico che, senza un adeguato percorso terapeutico ed intervento di cura, rischierebbe di esporre ad impegnative conseguenze sia la neomadre sia il suo bambino.
Diverse sono infatti le conseguenze che una depressione puerperale non trattata può determinare:
– un peggioramento dell'assetto psicopatologico materno;
– un'alterazione nella relazione diadica madre-neonato;
– alterazioni nello sviluppo neuropsichico del bambino.
Un episodio depressivo può agire negativamente sul decorso del puerperio e sulla salute del nascituro: possono essere alterate le capacità di autogestione della madre (cura di sé, alimentazione), possono essere messi in atto comportamenti ad alto rischio (abuso di alcool e di sostanze, comportamenti impulsivi o francamente autolesivi), mentre sintomi quali l'anedonia e la abulia possono provocare uno scarso interesse alle cure parentali.
La depressione post partum si pone all'interno di un complesso contesto nel quale le componenti ormonali ed i fattori di vulnerabilità biologica interagiscono con possibili elementi di stress (complicazioni perinatali, richieste del bambino, problemi di relazione e/o ambientali) dando luogo a quel modello di integrazione denominato "biopsicosociale"che deve essere attentamente considerato per poter approntare la migliore strategia di cura.
Pertanto è comprensibile che esistano differenti approcci terapeutici, attraverso i quali si può affrontare il trattamento della depressione puerperale in relazione all'intensità del quadro psicopatologico e della disfunzionalità che il medesimo crea.
La terapia con antidepressivi che appartengono alla categoria degli SSRI è considerata come intervento farmacologico di prima scelta per il trattamento della depressione puerperale.
Le limitate informazioni relative al possibile effetto degli SSRI sui neonati allattati da madri in trattamento appartengono a descrizioni di *case reports* o a studi di coorte ma sostanzialmente i dati disponibili sono insufficienti per confermare un "uso sicuro" degli antidepressivi in allattamento.
Tutti gli SSRI sono escreti nel latte materno tuttavia non sono riportati seri eventi avversi nei neonati esposti.
La maggior parte dei dati sono disponibili rispetto a Fluoxetina, Paroxetina e Sertralina.
Attualmente i risultati disponibili suggeriscono che l'esposizione agli SSRI sia inferiore per Sertralina e Fluvoxamina, maggiore per Paroxetina e più elevata con Citalopram e Fluoxetina.
L'approccio farmacoterapeutico durante il post partum pone il medico di fronte ad una perplessità di trattamento: il beneficio della terapia che risolve un quadro psicopatologico compromesso ma anche la scarsa documetazione relativa alla sicurezza della terapia stessa.
Un update della recente letteratura permette di identificare le molecole antidepressive delle quali si può disporre per un intervento di ordine farmacologico che impostato con alcune accortezze di pratica clinica, ricavate sulla base del profilo farmacocinetico delle molecole stesse, permette una gestione personalizzata ed accurata del trattamento.
L'impostazione della terapia deve inoltre prevedere l'uso del dosaggio minimo efficace e la valutazione delle eventuali conseguenze sul neonato, prevedendo un controllo del suo sviluppo neuropsichico.
Eventuali eventi avversi potranno condurre ad una modificazione della strategia di intervento terapeutico con una sospensione della terapia antidepressiva, una modificazione del piano di allattamento od una sospensione di quest'ultimo qualora l'episodio depressivo sia grave.
L'obiettivo di un intervento farmacologico rimane quello di permettere il superamento dell'episodio depressivo permettendo alla donna di recuperare il proprio ruolo materno e di poter così costruire una corretta relazione madre-bambino.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA MALTA

S77 - La nuova ipnosi: un ponte tra neuroscienze e psicoterapia

MODERATORI
G. De Benedittis, C. Loriedo

Il cervello ipnotico. Un ponte tra neuroscienze e psicoterapia?

G. De Benedittis

U.O. Neurochirurgia, Dipartimento di Scienze Neurologiche, Università di Milano & Società Italiana di Ipnosi (SII)

L'ipnosi è stata per molto tempo una realtà elusiva per la scienza, a causa di diffusi pregiudizi e della mancanza di indicatori oggettivi (neurofisiologici) dello stato di *trance*.
Ma il tumultuoso progresso delle Neuroscienze nelle ultime decadi (soprattutto per merito dell'avvento di sofisticate tecniche elettrofisiologiche e di *neuroimaging*) ha aperto un "ponte di conoscenze" tra i classici studi neurofisiologici e gli studi psicofisiologici dei sistemi cognitivo, affettivo e sensoriale (ad es., il sistema nocicettivo).
Molti di questi studi recenti hanno gettato una nuova luce sulle basi neurobiologiche dell'esperienza ipnotica. L'analgesia ipnotica rappresenta un paradigma significativo di come la ricerca neurofisiologica e neuropsicologica abbiano contribuito in maniera determinante ad una migliore comprensione dei meccanismi multidimensionali dell'analgesia in stato di trance.
Una evidenza sempre più consistente ha finalmente riconosciuto all'ipnosi lo *status* di processo psicobiologico reale (non fittizio), meritevole di una crescente attenzione ed interesse da parte della comunità scientifica internazionale. Conseguentemente, l'ipnosi ha cessato di essere un oggetto di disputa e controversia.
Ma l'aspetto più eclatante di questa "rivoluzione copernicana" è costituito dal riconoscimento e dall'impiego dell'ipnosi nella ricerca neuroscientifica come strumento fisiologico valido, praticabile ed appropriato per esplorare e modulare determinanti cognitivo-affettivi dell'esperienza umana. Potenziali domini della futura ricerca includono: a) i processi attentivi; b) il controllo del dolore; c) la manipolazione della immagini mentali e dei processi percettivi; d) i processi mnestici; e) l'esplorazione dei processi consci ed inconsci; f) lo studio dei processi neurocognitivi; g) lo studio dei determinanti genetici della responsività ipnotica.
Infine, la frontiera forse più intrigante ed avanzata è rappresentata dall'impiego dell'ipnosi come strumento neuropsicobiologico di indagine in psicoterapia (ad es. la valutazione dei correlati e determinanti psicobiologici di conflitti inconsci sperimentali con tecniche elettrofisiologiche o di *neuroimaging*).
In conclusione, i più recenti paradigmi clinico-sperimentali hanno sancito il ruolo del Cervello Ipnotico come scandaglio esplorativo fisiologico dei meccanismi cerebrali e mentali, consentendo, a sua volta, una importante ricaduta sull'avanzamento delle nostre conoscenze sulla natura della *trance*.

Ipnoterapia breve per i Disturbi di Conversione. Modelli di intervento e valutazione dei risultati

C. Loriedo

I Cattedra di Psichiatria, Sapienza Università di Roma

Introduzione: l'alterazione di funzioni essenziali nella vita di relazione può comportare un grave "impairment" delle competenze sociali e lavorative dei soggetti affetti da disturbo di conversione. Sebbene le limitazioni che ne derivano abbiano spesso conseguenze non trascurabili sul piano economico e personale, gli strumenti di intervento nei confronti di tali patologie appaiono piuttosto limitati. Le terapie farmacologiche si dimostrano raramente in grado di ottenere qualcosa in più della riduzione delle concomitanti manifestazioni di ansia, e le psicoterapie comunemente più utilizzate ottengono discreti risultati soltanto nell'arco di un periodo di tempo piuttosto lungo. Ma una lunga durata del trattamento, in questo tipo di patologia, comporta il protrarsi del deficit funzionale con conseguenze che, spesso, anche la eventuale restitutio ad integrum, successivamente ottenuta, non riesce a risolvere.
L'obiettivo principale di questo studio è stato quello di verificare la validità di un intervento di ipnoterapia breve composta da una-tre sedute ipnotiche, specificamente designato al trattamento di patologie che rientrano nei criteri DSM IV previsti per il Disturbo di Conversione.
Per questo studio che dura da 4 anni sono stati reclutati 72 pazienti compresi tra i 18 e i 75 anni che, in base alle loro caratteristiche cliniche, rispondevano ai criteri previsti per questa categoria diagnostica.
Prima delle tre sedute di ipnoterapia ericksoniana previste dal protocollo, è stata attuata una seduta di raccolta anamnestica dedicata esclusivamente alla indagine sulla storia personale del soggetto che è stata necessariamente condotta in forma sintetica ed essenziale. La sua funzione consisteva nell'individuare gli elementi salienti della storia personale di ciascun soggetto, e soprattutto il "conflitto di base" a cui il disturbo di conversione appariva legato. Inoltre, nel corso del colloquio anamnestico sono state individuate le *minimal cues* da utilizzare per la scelta dell'intervento terapeutico, con l'obiettivo di personalizzare quanto più possibile l'approccio terapeutico in base alle caratteristiche appartenenti a ciascun singolo caso.
Le sedute ipnotiche sono state effettuate con un intervallo di venti-trenta giorni l'una dall'altra, sono state integralmente videoregistrate e successivamente trascritte. Dopo la conclusione delle tre sedute ipnotiche è stata effettuata, ad un mese e poi a distanza di un anno, una seduta di follow-up per verificare le condizioni del soggetto e il mantenersi degli eventuali cambiamenti ottenuti.

Gli autori, sulla base delle esperienze condotte su trentadue casi di disturbo di conversione della durata di almeno un anno, precedentemente trattati senza risultati con altre terapie o mai trattati prima per questo tipo di disturbo, propongono un modello di intervento ipnotico breve e specifico per questa patologia.
Il modello di intervento proposto prevede un contratto di terapia ipnotica breve focalizzato sulla risoluzione del sintomo o dei sintomi che producono le limitazioni funzionali più severe. Il numero di sedute, comunque sempre compreso fra una e tre, è prestabilito e comunicato ai soggetti prima che abbia inizio il trattamento, nel corso di una seduta preliminare anamnestica. A trattamento concluso, ai pazienti che richiedono di proseguire la terapia viene offerta la possibilità di effettuare terapie farmacologiche o psicoterapie, con un terapeuta diverso da quello che ha effettuato le sedute di ipnosi, ma il trattamento ipnotico si conclude comunque definitivamente dopo le tre sedute concordate.
L'approccio utilizzato è di tipo non esplorativo, basato sull'uso di tecniche indirette, specifiche per i differenti sottotipi e tiene conto delle dinamiche emerse nel corso dell'intervista anamnestica. Le sedute sono integralmente videoregistrate e, in alcuni casi, sono state accompagnate dalla simultanea registrazione dell'EEG o di altri strumenti diagnostici a seconda dei diversi casi affrontati.
I risultati ottenuti, le metodiche che si sono dimostrate più efficaci, e i sottotipi che sembrano rispondere preferenzialmente a questo tipo di intervento vengono discussi nello studio presentato.
In seguito ad un primo incontro con i pazienti, volto alla raccolta di dati anamnestici, sono stati reclutati trentacinque soggetti, di essi trentadue presentavano i seguenti criteri di inclusione: diagnosi di disturbo di conversione (DSM-IV) ottenuta mediante intervista semistrutturata SCID-OP, età compresa tra i diciannove e i settantacinque anni, durata della sintomatologia maggiore di un anno, assenza di terapia farmacologia in atto, assenza di psicoterapie nell'ultimo anno, previsto un precedente trattamento con altre terapie per almeno sei mesi e senza risultato.
La sintomatologia in atto doveva produrre gravi limitazioni in ambito sociale e lavorativo, il cui livello è stato valutato mediante la DISS e la GAF.
Durante la fase diagnostica del campione preso in esame sono stati presi in considerazione i conflitti associati (Tab. 2.1), gli aspetti concomitanti (Tab. 2.2) e la comorbidità (Tab. 2.3) con il disturbo di conversione.
il modello di intervento
Il protocollo di ipnosi terapia somministrato al campione preso in esame si è attenuto ai seguenti *criteri:*
– terapia ipnotica breve;
– intervento focalizzato sulla risoluzione del sintomo che produce limitazione funzionale più severa;
– primo incontro per intervista anamnestica;
– numero massimo prestabilito e dichiarato esplicitamente al paziente di una/tre sedute;
– follow-up ad un mese ed a un anno dall'ultima seduta ipnotica.

L'approccio utilizzato durante le sedute ipnotiche è stato di tipo ericksoniano, fondato sui seguenti *principi:*
1. contratto terapeutico limitato;
2. l'accettazione del rischio dell'insuccesso;
3. raccolta della storia personale del soggetto;
4. individuazione del conflitto di base;
5. individuazione delle minimal cues.
6. utilizzazione degli elementi disponibili e personalizzazione dell'intervento (tailoring)

Prima delle tre sedute di ipnoterapia ericksoniana previste dal protocollo, è stata attuata una seduta di raccolta anamnestica dedicata esclusivamente alla indagine sulla storia personale del soggetto che è stata necessariamente condotta in forma sintetica ed essenziale. La sua funzione consisteva nell'individuare gli elementi salienti della storia personale di ciascun soggetto, il "conflitto di base" a cui il disturbo di conversione appariva legato e le minimal cues da utilizzare per la scelta dell'intervento terapeutico, con l'obiettivo di personalizzare l'approccio terapeutico in base alle caratteristiche appartenenti a ciascun singolo caso.

Psychosomatic healing with hypnosis from the perspective of cognitive and affective neurosciences

É.I. Bányai

Center for Affective Psychology, Institute of Psychology, Eötvös Loránd University, Budapest, Hungary

The purpose of the paper is to demonstrate how inter-related hypnosis research, using the methods of cognitive and affective neurosciences, and clinical practice of hypnosis are. Examples from the author's practice with psychosomatic patients will be presented, illustrating how a problem arisen from a clinical observation started important research, and how the results of this research had an effect on therapeutic practice. Special emphasis will be given to the data yielded by a multidimensional research of hypnosis interactions, the recent significant advances in cognitive and affective neurosciences and the new evidence concerning the genetic basis of hypnotic susceptibility. On the basis of the results of a recent mismatch negativity (MMN) study conducted at the author's laboratory, a hypothesis will be presented concerning the potential mechanism of psychosomatic healing with hypnosis.
It will be discussed how the integration of the results of interaction research, how data from neurosciences, and how genetics can be helpful in predicting the *outcome* of hypnotherapy. It will also be discussed how to select the most suitable style of hypnotherapeutic intervention for the needs of patients with special pathologies and various levels of hypnotic susceptibility.

La psicoterapia ericksoniana tra saggezza e poesia

C. Valerio

Società Italiana di Ipnosi, Roma

L'arte di vivere: poesia e/o saggezza? Così Edgar Morin intitola uno dei capitoli del suo ultimo lavoro, Etica, del 2005. Se per saggezza si intende coltivare, mantenere e sviluppare la comprensione dell'altro, l'approccio ericksoniano trova in essa uno dei suoi cardini.

Se saggezza è "l'incorporazione in sé del proprio sapere e della propria esperienza", saggio è l'ipnotista clinico – ericksoniano e no – che, fin dagli albori dell'ipnosi in occidente, va interrogandosi sui fondamenti scientifici del suo operare e che oggi trova nelle neuroscienze, nei neuroni specchio, nella mental imagery, sia un nuovo senso di appartenenza sia una conferma alla 'sensatezza' del suo operare.
Saggio è, ancora, il terapeuta che mantiene la responsabilità – etica – del/sul processo terapeutico, anche se e quando fa uso di tecniche spiccatamente creative e… poetiche.
Approccio comunicativo per eccellenza, quello ipnotico ericksoniano usa spesso, infatti, un linguaggio esplicitamente poetico, per favorire il cambiamento, attraverso la creazione di nessi e nuove associazioni, che la prosa non potrebbe creare altrettanto efficacemente.
E, se "lo stato poetico è uno stato di partecipazione, comunione, fervore…", non c'è forse poesia anche nel rapport ipnotico?
O non è poetico il vedere nell'altro il detentore di risorse da [ri]scoprire?
Saggezza e poesia non sono prerogative esclusive della psicoterapia ericksoniana, ma – nei casi clinici di Milton Erickson e di chi al suo modello si ispira – entrambe diventano cofattori dell'efficacia dell'intervento.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA DEI CESARI

S78 - La formazione in psichiatria

MODERATORI
M. Rigatelli, G.P. Guaraldi

La formazione nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

D. Berardi

Istituto di Psichiatria "P. Ottonello", Università di Bologna

In Italia la formazione universitaria del medico valorizza solo parzialmente le competenze in campo psichiatrico. Una prima osservazione riguarda gli aspetti quantitativi: una comparazione dei regolamenti didattici delle università italiane mostra infatti che l'insegnamento in psichiatria dispone circa di 5 cfu. Ancor meno soddisfacente è il tirocinio in psichiatria che si riduce nella maggior parte dei casi a poche giornate e non può essere sufficiente a consentire un'autentica formazione professionalizzante. Per quanto riguarda i contenuti e le metodiche dell'insegnamento vi è la tendenza a privilegiare l'insegnamento dei così detti disturbi psichiatrici comuni nell'intento di laureare medici in grado di affrontare queste problematiche. È interessante a questo proposito confrontare i programmi delle diverse università con il core curriculum nazionale. Un'ultima considerazione sui metodi: l'insegnamento della psichiatria in quanto centrato sui comportamenti umani e sulle relazioni interpersonali può avvantaggiarsi molto di tecniche didattiche che prevedano un uso professionale di strumenti audiovisivi, *role playng* e in una parole tecniche didattiche innovative.

La formazione in psichiatria alla luce del nuovo ordinamento

D. De Ronchi

Istituto di Psichiatria "P. Ottonello", Università di Bologna

Le Scuole di Specializzazione in Psichiatria italiane si stanno confrontando con il nuovo ordinamento che rivoluzionerà la formazione dello psichiatra. Gli aspetti innovativi sono molteplici e possono riassumersi con il termine competenza professionale, da acquisire tramite attività formative pratiche volte al conseguimento sia di capacità di individuare e definire i problemi e proporre soluzioni, sia di abilità gestuali, relazionali e comportamentali, sia di capacità decisionali, diagnostiche, terapeutiche e di follow-up. L'impegno dello specializzando per la formazione e l'apprendimento avviene, per due terzi dell'intero arco temporale dei 5 anni di corso, nelle attività professionalizzanti. Saranno anche di grande rilievo le esercitazioni dove verranno illustrati, in ambiente simulato e a piccoli gruppi, i presupposti teorici, le tecniche ed i comportamenti di ogni atto medico/psichiatrico con l'interpretazione dei risultati attesi. Le altre attività formative saranno poi caratterizzate da una didattica prevalentemente interattiva ed un amplissimo spazio, quasi un anno di formazione, dovrà essere riservato, sempre con impostazione professionalizzante, ad ambito di saperi comuni alla medicina generale ed all'intera classe delle Specializzazioni in Neuroscienze e scienze cliniche del comportamento. La formazione dovrà poi avvenire nell'ambito di una rete di strutture universitarie ed extra universitarie proporzionata al numero degli specializzandi e adeguata al conseguimento di un complesso addestramento professionale, con particolare attenzione all'attività di tutoraggio. Le Scuole dovranno rispettare i criteri di accreditamento stabiliti dall'Osservatorio nazionale della formazione specialistica, e sono previste verifiche non solo della qualità dell'apprendimento mediante prove in itinere, libretto-diario e prova finale, ma anche verifiche: a) degli standard per l'accreditamento delle strutture universitarie e ospedaliere; b) dei requisiti di idoneità della rete formativa e strutture; c) dei risultati della formazione. Il tutto al fine di assicurare la qualità della formazione in conformità alle indicazioni della Unione Europea.
La cultura medica e psichiatrica del XXI secolo appare diversa da quella del XX secolo: oggi assume sempre maggio-

re rilevanza il lavoro in équipe, spesso multidisciplinari, e l'assistenza ad uno stesso paziente da parte di più medici è la norma. L'"apprendimento" continuo era una volta alla base della formazione, laddove oggi si avverte la necessità di un "miglioramento" continuo da associarsi ad un apprendimento basato sulla concreta capacità di applicare le conoscenze e finalizzarle al miglioramento della pratica quotidiana. Non è più sufficiente "conoscere", ma sono indispensabili nuove modalità di studio e di insegnamento volte maggiormente al "*problem solving*" piuttosto che all'acquisizioni di nozioni accademiche. Per terminare queste breve riflessioni, ritengo che sia tempo, per la psichiatria italiana, di focalizzare la propria attenzione sulle "core competencies", confrontandosi con i modelli europei ed internazionali.

La formazione nel Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica

M. Rigatelli, L. Pingani

Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: il Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica si propone di formare personale sanitario che, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, svolge interventi riabilitativi ed educativi per soggetti con disabilità psichica.
Metodologia: vengono analizzate le diverse componenti formative che caratterizzano il Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, dell'Università di Modena e Reggio Emilia: esame di ammissione, attività didattica, attività formativa professionalizzante, attività a scelta dello studente, attività definite come "altre" e il percorso di orientamento post-laurea.
Risultati: il Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica dell'Ateneo di Modena ha partecipato con successo alla simulazione di Certificazione effettuata dall'Unità Valutazione e Certificazione della Fondazione CRUI per le Università Italiane.
Conclusioni: al fine di ottenere un funzionamento efficace di una qualunque organizzazione (e quindi anche un Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica) è necessario individuare e gestire le numerose attività, che la compongono, collegate tra loro. In particolare devono essere individuati e valutati i seguenti processi: Sistema di gestione e Struttura organizzativa, Esigenze e Obiettivi, Risorse, Processo formativo, Risultati, Analisi e Miglioramento.

Il modello ECM in psichiatria. Formazione o informazione?

G. Turrini

Ospedale Privato Villa Maria Luigia, Parma

I concetti di formazione e informazione, che spesso vengono confusi, vanno invece distinti, riferendosi a livelli diversi del percorso di addestramento professionale.
La informazione è preliminare e ineludibile, e riguarda la acquisizione di conoscenze soprattutto teoriche. Tradizionalmente, questo livello è soddisfatto dall'insegnamento accademico, dalla lettura di riviste e testi specialistici, dalla partecipazione a lezioni, seminari, congressi, e altro ancora. L'accesso alla informazione non pone particolari problemi, soprattutto oggi, nell'era della rete (internet), che mette a disposizione una quantità di informazioni pressochè illimitata e in tempi estremamente rapidi. La informazione può essere resa obbligatoria, come in effetti avviene nell'insegnamento scolastico a qualunque livello. E ciò è possibile perché al discente non è richiesto un atteggiamento particolarmente attivo nella partecipazione al percorso informativo.
La formazione, al contrario, ha una finalità ed uno stile prevalentemente pratico. Attraverso essa si vuole raggiungere non tanto o non solo il "sapere" (obiettivo della informazione), bensì il "saper fare" ed anche, per quanto riguarda in particolare l'ambito psicologico e relazionale (ineludibile in psichiatria), il "saper essere". Essa richiede pertanto al discente un atteggiamento di partecipazione attiva, di vero e proprio coinvolgimento anche sul piano dei propri processi emotivo-affettivi. Per tali motivi si dovrebbe fondare su una autentica motivazione, su un desiderio personale di apprendimento e di trasformazione; il che rende la obbligatorietà teoricamente incompatibile, e la volontarietà un requisito indispensabile.
Il modello ECM, nelle sue intenzioni, vorrebbe perseguire un obiettivo sia informativo sia formativo. La questione della obbligatorietà rimane una questione aperta, essendo per i motivi già esposti teoricamente incompatibile con la parte di formazione che riguarda l'addestramento psicologico, potendo invece essere più facilmente applicata per la acquisizione di tecniche di intervento, almeno negli aspetti più impersonali delle stesse. Certamente nella applicazione del modello deve essere ricercato il maggior coinvolgimento possibile dei discenti, favorendo modalità attive rispetto a quelle passive, anche sulla base di meccanismi di attivazione emotiva, di identificazione, di confronto. Ciò tuttavia richiederebbe che i docenti fossero a loro volta formati a questi specifici compiti.
Il programma di formazione ECM dell'Ospedale Privato Villa Maria Luigia di Parma ha rappresentato uno sforzo di raggiungere almeno una parte degli obiettivi su esposti. Il programma è costituito da una sequenza di eventi i cui vari argomenti sono confrontabili con la realtà quotidiana e vengono trattati dal punto di vista della psicopatologia, della farmacologia, delle complicanze internistiche, ambientali, sociali e degli interventi assistenziali.
I singoli eventi si sviluppano su un tema di fondo rappresentato da un argomento di interesse quotidiano, illustrato attraverso la presentazione di casi clinici complessi ed emblematici delle difficoltà che l'operatore sanitario abitualmente incontra sia nell'ambito del reparto sia nelle successive interazioni con le strutture territoriali nel lavoro in rete.
I docenti sono professionisti che lavorano "sul campo", selezionati tra varie figure professionali. La didattica è centrata sull'organizzazione in piccoli gruppi enfatizzando l'interattività tra docenti e discenti, attraverso il confronto critico sugli aspetti gestionali ed assistenziali oltre che prettamente clinici. Il fine è primariamente pratico: la valutazione delle proprie competenze, l'ampliamento delle stesse derivato dalle esperienze portate nella discussione di gruppo, la integrazione tra le diverse professionalità, allo scopo di migliore il livello della assistenza.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA ROSSA

S79 - Dove è finito lo spirito di Geel? Riflessioni sulla residenzialità rivolta alle persone con disabilità cognitiva

MODERATORI
C. Ruggerini, A. Castellani

Il significato attuale di Geel. Integrazione tra sapere antropologico e competenza tecnica

C. Ruggerini, F. Villanti[*], E. Moretti[**], F. Vezzosi[***], G.P. Guaraldi[*]

Dipartimento Integrato Materno Infantile, Università di Modena e Reggio Emilia, Azienda Policlinico di Modena; [*] Scuola di Specializzazione in Psichiatria, [**] Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica; [***] Dottorato di Ricerca in Psicobiologia dell'Uomo, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: geel è un paese del Belgio fiammingo con una tradizione di "family care system" per persone con Ritardo Mentale e/o Disturbo Mentale che risale, almeno, al XIII secolo e alla cui origine si pone il culto di una vergine martire di nome Dymphna. Dati relativi all'anno 2001 indicano – in una popolazione di 33.000 abitanti – 435 famiglie che ospitano 537 pazienti. Villa (1980) indica tra i fattori di mantenimento della esperienza la forza della tradizione: i figli attuano con naturalezza ciò che hanno visto fare dai loro genitori. Dai primi anni '90 il governo fiammingo ha attivato un ospedale psichiatrico – OPZ, *Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis*, integrato con il "family care system" poiché concorre alla osservazione delle caratteristiche delle persone inviate da altri servizi e alla scelta delle famiglie. L'esperienza di Geel suscita un interesse costante nella comunità scientifica: secondo una indagine del Community Mental Health Journal, nel decennio 1950-1960, 7 riviste su 14 campionate citano questa esperienza; nel decennio 1990-2000 lo fanno 20 riviste su 74. L'OPZ organizza periodicamente eventi, in collaborazione con la comunità scientifica internazionale, per divulgare la sua esperienza di *Family Care* – gli ultimi due congressi risalgono al 2000 (*Foster family care program*) e al 2005 *(Innovative perspectives on psychiatric rehabilitation*). L'esperienza di Geel ha ispirato, fino ad oggi, secondo Godemont, ex direttore dell'OPZ, 172 programmi di family care classificabili in 4 modelli: 1) "Modello Geel": concentrato, cioè costituito da un consistente numero di pazienti e da un supporto professionale di grado medio, incentrato in un unico presidio ospedaliero; 2) "Modello Scozzese": disperso, presente cioè su un'ampia superficie con un debole supporto professionale; 3) "Modello Uchtspringe (Germania) e Veldwijk (Olanda)": notevolmente concentrato, sceglie di alloggiare i malati nelle case adiacenti l'ospedale e di occuparli in mansioni interne ad esso; 4) "Modello American half-way house": il paziente trascorre solo un breve periodo nelle famiglie, con un supporto professionale di alto grado.
Metodologia e Risultati: per valutare l'impatto di questa esperienza nella cultura italiana abbiamo: 1. esaminato la bibliografia esaustiva di circa 700 voci fornita dall'OPZ relativa all'influenza della esperienza di Geel nelle esperienze assistenziali europee ed extraeuropee; abbiamo individuato i lavori di 6 autori italiani pubblicati tra il 1902 e il 1980 (Pipparelli); 2. esaminato in modo sistematico i cataloghi delle case editrici italiane; abbiamo individuato i lavori di Aluffi sull'inserimento eterofamiliare supportato di adulti – di cui si tratta in questo stesso Simposio –; 3. esaminato in modo sistematico i quotidiani degli ultimi 10 anni, individuando tre articoli, il più ampio dei quali è stato pubblicato nel 2000 (Sannucci, La Repubblica, 1 luglio).
Conclusioni: l'esperienza di Geel continua ad essere una sintesi straordinaria di assistenza alle persone disabili, poiché in essa il sapere sui bisogni essenziali dell'uomo – di accoglienza e di inclusione nella vita sociale – ha saputo fondersi con un sapere tecnico, relativo ai disturbi mentali che possono aggiungersi ad una condizione di disabilità o di normalità cognitiva. Questa esperienza è, a nostro parere inspiegabilmente, del tutto ai margine dal dibattito sulla assistenza condotto nelle sedi ufficiali anche se – per il suo stretto legame con quanto di più profondo vi è nella cultura europea – continua a influenzare forme originali di assistenza (Ruggerini et al., 2005).

Bibliografia

Pipparelli M. *Geel nel passato e nel presente. La terapia in famiglia delle malattie mentali attraverso i secoli.* Bologna: Patron 1980.
Ruggerini C, Villanti F, Moretti E, Guardi GP. *Riflessioni sulla attualità della esperienza di Geel attraverso il racconto di una storia di vita.* Relazione al Corso di Aggiornamento a Struttura congressuale "Disabilità e Sviluppo della Personalità", organizzato da CNIS, Comune di Modena, AUSL di Modena, Modena, 15-18 marzo 2005
Villa R. *Le famiglie di Geel: utopia, tradizione e storia nel trattamento della follia*. Studi Storici – Rivista Trimestrale dell'Istituto Gramsci 1980;21:503-26.

La residenza nelle Case della Carità

R. Zanni

Case della Carità, Caritas Diocesana, Reggio Emilia

La Casa della Carità nasce dalla intuizione di un giovane parroco, don Mario Prandi che, inviato nel 1938 nella parrocchia di Fontanaluccia sull'alto Appennino modenese, si ritrova una dozzina di persone con gravi handicap psichici e/o fisici. Scoppiata la guerra gli uomini vanno al fronte e rimangono donne e vecchi a fare fronte a questo grave problema oltre che lavorare i magri campi.
Non accettando che queste persone vengano allontanate dal loro habitat, dagli affetti famigliari, dalle relazioni di vici-

nato, profondamente convinto che nei poveri è presente il Cristo sofferente, e che la comunità cristiana può e deve prendersi cura dei suoi fratelli più piccoli e sofferenti, nel 1941 inizia a raccogliere questi poverini in una casa messa a disposizione della parrocchia dalla madre di due ragazze sordomute con grave deficit mentale.
L'assistenza è assicurata da alcune ragazze della parrocchia, che in seguito vestiranno l'abito religioso, aiutate dal volontariato. Si forma una vita familiare dove tutto è condiviso come in ogni altra famiglia; le religiose stesse non possono avere spazi riservati o suppellettili separate. Diviene la famiglia delle famiglie della parrocchia dove ognuno dà il suo contributo e il suo aiuto. È la Comunità che si assume la paternità di questi ammalati e assicura loro un'assistenza amorosa, circondandoli di affetto e facendo sentire loro che sono parte attiva della comunità stessa.
Gli ospiti accolti sono diversi per età e tipologia di handicap, anziani, ecc. Il clima di famiglia permette a queste persone ospitate di esprimere le capacità residue, la loro affettività, il loro istinto paterno /materno nei confronti di altri ospiti, divenendo una formidabile terapia riabilitativa, che porta loro equilibrio e serenità. L'ampio volontariato permette loro di mantenere relazioni esterne significative, partecipando attivamente alle iniziative e alla vita della Comunità, di cui si sentono parte.
Sul modello della famiglia, in caso di bisogno, si ricorre al medico, agli ospedali e servizi sia per terapie che per riabilitazione, ecc., evitando di fare delle Case della Carità strutture riabilitative, fisioterapiche, ecc.
Le persone sono accolte nella gratuità più assoluta. Non è richiesta retta alcuna: condividono semplicemente la loro pensione. Perciò tutto questo avviene a costo zero per lo Stato.
Ben presto l'esperienza viene richiesta da altre parrocchie e le Case della Carità si moltiplicano: attualmente sono 24 in Italia e 14 all'estero.

L'eterogeneità della disabilità intellettiva. Ri-abilitazione nelle strutture residenziali

S. Monchieri

I.R.C.C.S. Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

Le persone con disabilità intellettiva presentano limiti cognitivi e relazionali accanto alla comorbidità medico-neurologica-psichiatrica e alla frequenza di comportamenti di sfida, quali: comportamenti aggressivi, distruttivi, di ricerca di attenzione, autolesivi, rumorosi, iperattivi e comportamenti socialmente e sessualmente inappropriati. Tali problematiche psicopatologiche e la loro cronicità, rendono spesso impossibile l'immediato ritorno di queste persone agli ambienti familiari, in modo da rendere indispensabile l'inserimento delle stesse in strutture a lunga degenza.
Il programma della deistituzionalizzazione è stato operato per differenti fattori, fra i quali: il principio di normalizzazione e il conseguente miglioramento della qualità della vita.
A tal fine, sono sorte numerose strutture, soprattutto nel panorama internazionale, identificate come "Residential Institution", "ICF/MR community based homes", "Sheltered Apartments", "Residential Facilities", ecc.
In questa condizione psicopatologica, la guarigione non coincide con la restituzione di capacità funzionali fisiche o psichiche, simili a quelle della popolazione generale, ma si attua nell'impegno a restituire o a far acquisire ai malati una vita in grado di offrire una soddisfazione soggettiva. Per questo, le strutture devono favorire interventi riabilitativi atti allo sviluppo di abilità necessarie per la vita quotidiana, al soddisfacimento dei bisogni dell'ospite e al miglioramento della sua qualità della vita.
Diviene di fondamentale importanza che miglioramenti strutturali-gestionali-operativi e programmi terapeutici-riabilitativi e socio-riabilitativi diventino aspetti fondamentali nelle nuove strutture comunitarie al fine di migliorare la qualità di vita delle persone ivi inserite.
Dai risultati presenti in letteratura emerge che il trasferimento da ampie istituzioni a strutture comunitarie abbia portato a miglioramenti nella qualità della vita, nel funzionamento adattivo, nella comunicazione, nelle abilità sociali, nelle interazioni sociali e nella riduzione delle stereotipie delle persone con disabilità intellettiva.
Tuttavia, dovrebbe essere tenuta in considerazione l'individualità, pertanto, sarebbero necessarie un'analisi dei bisogni e della qualità della vita delle persone inserite nelle strutture al fine rispondere alle loro reali esigenze.

L'ambiente che cura

G. Giusto

Redancia s.r.l., Varazze

Si prendono in considerazione gli aspetti strutturali e quelli relativi al gruppo di persone che vi abitano, per porre l'attenzione sul problema del tipo di residenza da proporre per pazienti affetti da patologia psichiatrica grave.
Ci si sofferma sugli aspetti sensoriali dell'ambiente dal punto di vista architettonico
e da quello interpersonale.
Si sottolinea il concetto di "riparazione"per evidenziare l'importanza del rapporto interno-esterno.
Vengono affrontati i problemi relativi alla valutazione degli esiti nel processo di riabilitazione psichiatrica.

Famiglie che "guariscono". Riflessioni sull'applicazione del modello IESA (Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti) presso i Dipartimenti di Salute Mentale

G. Aluffi, P.M. Furlan

Dipartimento interaziendale di Salute Mentale b, ASL 5 Collegno, Università di Torino

Tra le possibili alternative a una residenzialità strettamente sanitaria è da collocarsi l'inserimento eterofamiliare supportato il quale, oltre a presentare indubbi vantaggi etici, terapeutici ed economici, contribuisce alla riduzione dello stigma.
Il progetto di Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti sofferenti di disturbi psichici, attivato presso il DSM 5b ASL 5 Reg. Piemonte (servizio IESA) ed operativo dal 1998,

si pone come esperienza pilota a livello nazionale ed internazionale. Consiste nell'offrire ad utenti del D.S.M. la possibilità di convivere con volontari appositamente selezionati, formati e in seguito supportati da personale qualificato.
Sono previste quattro tipologie di inserimento eterofamiliare a seconda della durata media dello stesso e delle esigenze peculiari dell'ospite (part time, breve termine, medio termine, lungo termine).
L'attività è regolamentata da dettagliate linee guida e dal contratto che viene approvato e sottoscritto all'inizio del periodo di prova di convivenza dalle tre parti implicate: a) l'ospite; b) la famiglia ospitante; c) l'ASL. La famiglia riceve mensilmente dall'ospite la cifra di 1.030,00 euro come rimborso spese per l'ospitalità. L'ASL, qualora sia necessario, aiuta l'ospite a disporre della cifra, arrotondata in eccesso di almeno 200,00 euro per le piccole spese personali, attraverso lo strumento dell'assegno terapeutico.
Il servizio IESA è costituito da un coordinatore ed un numero di operatori proporzionato al numero di inserimenti eterofamiliari seguiti (1 ogni 10).
I professionisti e le agenzie dipartimentali che seguivano il paziente prima dello IESA, continuano a farlo nel nuovo contesto abitativo.
I risultati parziali di una ricerca ancora in corso presso il nostro servizio, suggeriscono come attraverso l'inserimento in un programma IESA si possa prevedere una importante riduzione del tasso dei ricoveri per anno e una più lieve ma altrettanto significativa delle dosi di psicofarmaco (ansiolitici e neurolettici) già nei primi 12 mesi di convivenza.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 18.30-20.00
SALA ELLISSE

S80 - I disturbi dell'alimentazione dalla prima infanzia alla pubertà: stato della ricerca e controversie

MODERATORI
A. Pascotto, G. Levi

Disturbi infantili della sfera alimentare e psicopatologia materna. Uno studio prospettico sul rischio evolutivo

M. Ammaniti, L. Lucarelli, S. Cimino
Sapienza Università di Roma; Università di Cagliari

Introduzione: in tempi recenti, il DSM-IV e il DSM-IV-TR (APA, 1994, 2000) hanno definito la categoria diagnostica dei "Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione dell'Infanzia o della Prima Fanciullezza". Dati sulla prevalenza indicano che difficoltà gravi dell'alimentazione infantile, quali il rifiuto intenso e persistente del cibo o il vomito ricorrente che si associano a difficoltà di accrescimento (*failure to thrive*) costituiscono circa il 4-14% delle visite ambulatoriali e circa l'1-5% dei ricoveri ospedalieri (Lindberg et al., 1996; Lyons-Ruth et al., 1996); il difetto di crescita non organico (*non organic failure to thrive*), in assenza di un causa medica alla sua origine, ha un'incidenza di circa il 50-58% sul totale dei casi di *failure to thrive* (APA, 2000). Le osservazioni cliniche suggeriscono una concettualizzazione dei disturbi precoci della sfera alimentare secondo un'eziologia multifattoriale, che considera il complesso intreccio di fattori costituzionali e temperamentali, psicogeni e relazionali, che possono coesistere e determinare influenze reciproche (Benoit, 1993; Chatoor, 2000). Un modello eziologico "transazionale multifattoriale" viene proposto dalla classificazione clinico-evolutiva dei disturbi alimentari associati con difficoltà di accrescimento, proposta da Irene Chatoor, e inclusa nella recente revisione della *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood-Revised*: 0-3R (Zero-to-Three, 2005). La tassonomia psicopatologica della Classificazione Diagnostica 0-3R fa riferimento a fattori eziologici multipli, prevedendo una valutazione clinica multiassiale, al cui interno le categorie diagnostiche presentate sono sia di tipo descrittivo, sia di tipo eziologico, cioè segnalano caratteristiche individuali del genitore e del figlio e della loro relazione, come fonti causali del disturbo. I risultati di alcune ricerche, che si collocano all'interno della cornice teorica della *Developmental Psychopathology*, sottolineano le interconnessioni fra la qualità del sistema di *caregiving* e l'anoressia infantile. È emerso che i bambini con un "temperamento difficile", ossia irregolari e imprevedibili nei ritmi biologici, poco responsivi e collaborativi durante il pasto, sono più esposti a disturbi alimentari, soprattutto quando le caratteristiche problematiche di questi bambini interagiscono con un'inadeguata sensibilità materna e con una "vulnerabilità psicologica" delle loro madri. L'indagine clinica della personalità delle madri dei bambini con anoressia infantile rileva la presenza di caratteristiche sintomatiche che hanno evidenziato, rispetto alle madri dei bambini di controllo, profili psicopatologici a rischio, caratterizzati da depressione, ansia, ostilità, sensibilità interpersonale, atteggiamenti alimentari disfunzionali (impulso alla magrezza, controllo dei comportamenti alimentari), anoressia e bulimia nervosa (Ammaniti et al., 2004; Chatoor et al., 2000; Stein et al., 2001).
Inoltre, la ricerca longitudinale mette in luce che mentre alcuni sintomi nella sfera alimentare, come le coliche e il vomito tendono più spesso a risolversi nel primo anno di vita, il rifiuto alimentare e un peso inferiore alla norma persistono a 2, 4, 5-7 anni di vita in una consistente percentuale di

circa il 50-80% dei bambini (Ammaniti et al., 2005; De-Gangi et al., 1993; Jacobi et al., 2003; Stice et al., 1999; Sturm, Drotar, 1998). La continuità clinica dei problemi alimentari dalla prima infanzia alla fanciullezza e all'adolescenza viene evidenziata da alcuni studi prospettici (Marchi, Cohen, 1990; Kotler et al., 2001); *pattern* conflittuali e intensamente oppositivi e mancanza di piacere nell'esperienza dell'alimentazione nell'età infantile sono stati identificati quali fattori di rischio per lo sviluppo successivo di disturbi alimentari in adolescenza e in età giovane-adulta. I risultati delle ricerche longitudinali sono a sostegno dell'importanza di indagare i disturbi alimentari infantili in quanto possibili situazioni evolutive a rischio per lo sviluppo di disturbi psichiatrici in fasi successive del ciclo vitale e stimolano l'approfondimento degli aspetti diagnostici ed eziologici e delle conseguenze a breve e a lungo termine dei disturbi della sfera alimentare ad esordio precoce.

Metodologia

Obiettivi: il presente studio prospettico si articola nelle seguenti fasi e obiettivi:

A. al Tempo 1, evidenziare le interconnessioni tra profilo psicopatologico materno, funzionamento emotivo-adattivo del bambino, esperienze affettivo-relazionali nel sistema di caregiving e (presenza/assenza) anoressia infantile;

B. al Tempo 2, valutare attraverso un follow-up in età prescolare e scolare, lo sviluppo dei pattern alimentari e il funzionamento emotivo-adattivo dei bambini anoressici e il profilo psicologico delle loro madri, esaminati al Tempo 1.

Campione: è stato esaminato un campione di 203 coppie di madri e di bambini, nei primi tre anni di vita, con diagnosi di anoressia infantile, sulla base dei criteri della Classificazione Diagnostica 0-3 R(2005), appaiati per genere ed età ad un gruppo di controllo. Allo stato attuale della ricerca, 50 coppie di bambini con diagnosi di anoressia infantile al Tempo 1 e le loro madri sono stati riesaminati al Tempo 2 (follow-up a 5-7 anni di età).

Strumenti e Procedure: sono stati applicati strumenti standardizzati di *assessment* clinico per l'osservazione dell'interazione madre-bambino durante il pasto (*Feeding Scale*, Chatoor, 1998) e la valutazione del profilo emotivo-adattivo dei bambini (*Child Behavior Checklist*, Achenbach, Rescorla, 2000) e dello status psicologico delle loro madri (*Psychiatric Symptom Checklist*, Derogatis, 1994; *Eating Attitude Test*, Garner, Garfinkel, 1979).

Risultati

A. Al Tempo 1: sono emerse correlazioni significative ($p < 0,001$) tra status psicopatologico delle madri (*controllo orale* ($F_{1,385} = 78,89$; $p < 0,001$), *bulimia* ($F_{1,385} = 15,41$; $p < 0,001$), *ansia* ($F_{1,385} = 36,82$; $p < 0,001$), *depressione* ($F_{1,385} = 178,99$; $p < 0,001$), *ostilità* ($F_{1,385} = 43,18$; $p < 0.001$), *sensibilità interpersonale* ($F_{1,385} = 43,18$; $p < 0,001$), *psicoticismo* ($F_{1,385} = 52,10$; $p < 0,001$), disturbi internalizzanti del bambino (*reattività emozionale* ($F_{1,253} = 30,53$; $p < 0,001$), *ansia/depressione* ($F_{1,253} = 176,04$; $p < 0,001$), *ritiro* ($F_{1,253} = 49,52$; $p < 0,001$) e modalità disfunzionali della relazione madre-bambino durante il pasto nelle coppie di madri e di bambini con anoressia infantile, rispetto al gruppo di controllo (Tab. I).

B. Al Tempo 2: i bambini con diagnosi di anoressia infantile al Tempo 1 presentano difficoltà persistenti nei pattern di regolazione emotiva e della sfera alimentare, rispetto al gruppo di controllo. In particolare mostrano:

– rifiuto alimentare selettivo e comparsa di fobie di tipo alimentare, modalità alimentari di tipo rigido e poco flessibile, diffidenza e negativismo verso nuovi cibi sia a casa sia a scuola, disimpegno ed oppositività durante il pasto, ritardo nell'acquisizione dell'autonomia dei pattern alimentari (spesso chiedono di essere ancora alimentati al biberon);

Tab. I. Correlazioni significative tra status psicopatologico materno, funzionamento emotivo-adattivo del bambino e pattern dell'interazione alimentare madre-bambino.

Feeding scale Caratteristiche sintomatiche		Stato affettivo della madre	Conflitto interattivo	Comport. rifiuto alim. del bambino	Stato affettivo della diade
EAT-40	Controllo orale	0,37*	0,47*	0,45*	0,51*
	Bulimia	0,20*	0,23*	0,21*	0,29*
SCL-90-R	Depressione	0,36*	0,48*	0,46*	0,53*
	Ansia	0,21*	0,29*	0,26*	0,33*
	Ostilità	0,14*	0,24*	0,24*	0,26*
	Sensibilità Interpersonale	0,25*	0,23*	0,21*	0,30*
	Psicoticismo	0,22*	0,21*	0,20*	0,28*
CBCL					
	Reattività emozionale	0,6	0,19*	0,24*	0,34*
	Ansia/depressione	0,31*	0,42*	0,42*	0,59*
	Ritiro	0,23*	0,31*	0,34*	0,44*

* = $p < 0,05$

– ansia di separazione, disturbi del sonno (dissonnie, cosleeping), disturbi psicosomatici (mal di testa, nausea e vomito), oppositività e umore irritabile, fobia scolare e fobia sociale ($p < 0,01$).

C. Al Tempo 2: le madri dei bambini, con diagnosi di anoressia infantile al Tempo 1, presentano, rispetto al gruppo di controllo, un profilo psicologico caratterizzato da distress emotivo ($p < 0,05$), sintomi ansioso-depressivi [$F_{2,48} = 18,74$; $p < 0,001$] e difficile regolazione emotiva degli stati psicosomatici [$F_{2,48} = 81,30$; $p < 0,001$].

Conclusioni: i risultati della ricerca mettono in luce le interconnessioni tra rischio psicopatologico materno e lo sviluppo a rischio dei figli. Inoltre, I risultati dello studio prospettico in progress sottolineano il contributo che può essere offerto dagli studi longitudinali per comprendere la continuità nel tempo dei sintomi nella sfera alimentare e il loro cambiamento in differenti fasi evolutive con l'attivazione di altri sistemi motivazionali, che possono rendere più complessa l'espressione psicopatologica. In particolare studi prospettici di follow-up possono far luce sulla relazione tra disturbi alimentari dell'infanzia, dell'adolescenza e dell'età adulta, e sul rischio di altri quadri psicopatologici, spesso associati ai disturbi della sfera alimentare in adolescenza e in età adulta, come i disturbi d'ansia, i disturbi depressivi e di personalità.

Clinica e psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione nella media infanzia

A. Gritti, A.M. Di Sarno, S. Pisano, F. Salerno

Clinica di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, Audiofoniatria e Dermatovenereologia, Seconda Università di Napoli

Introduzione: i disturbi della condotta alimentare (DCA) che si manifestano nella fascia d'età compresa tra sei e tredici anni sono rari e ancora poco studiati. Mancano dati sull'incidenza e la prevalenza di questi disturbi che rappresentano, secondo alcuni, il 15% delle consultazione in psichiatria infantile al di sotto dei 13 aa. (Bryant-Waugh, 2006). I DCA della media infanzia non trovano una adeguata collocazione nosografica all'interno del DSM-IV. Utilizzando criteri più adatti all'infanzia sono state descritte differenti condizioni cliniche tra le quali sono più frequenti le forme restrittive (Nicolls, 2000). Queste ultime sono rappresentate da forme propriamente AN e forme non-AN, nelle quali manca la preoccupazione per il peso e la forma corporea. La psicopatologia dei DCA della media infanzia, a differenza di quella della prima infanzia e dell'adolescenza, non è stata studiata sistematicamente. Si ipotizzano carenze strutturali precoci nei soggetti prepuberi, e sono segnalati aspetti depressivi e fobici (Corcos, 2006).

Metodologia: abbiamo svolto uno studio per approfondire modalità di esordio, caratteristiche cliniche e psicopatologiche dei DCA restrittivi della media infanzia.

I dati sono stati raccolti per via retrospettiva mediante l'esame delle cartelle cliniche e con l'ausilio di una scheda appositamente ideata.

Il campione è stato selezionato tra i SS. ricoverati per DCA presso la Clinica di Neuropsichiatria Infantile della Seconda Università di Napoli nel periodo 2000-2007. Criteri di inclusione nello studio: età di esordio 6-13 aa.; DCA di tipo restrittivo. Il campione è risultato composto di 34 SS.

Tutti i SS erano stati sottoposti ad una procedura diagnostica standard ed era stata formulata una doppia diagnosi in riferimento ai criteri DSM-IV e GOS.

Risultati: l'applicazione del del DSM-IV a questa fascia d'età è risultato poco soddisfacente con prevalenza della categoria EDNAS. Utilizzando i criteri GOS è stato possibile distinguere i SS. con AN da soggetti con altri DCA restrittivi. I SS con AN presentavano le classiche caratteristiche comportamentali e psicopatologiche, incluso il timore per la forma ed il peso corporeo. Frequenti, in associazione con il quadro anoressico, sintomi ossessivi e depressivi. La storia dei SS con AN era tipica: personalità premorbosa con tratti di perfezionismo, ottime prestazioni scolastiche; assenza di sintomi infantili di interesse NPI. Un secondo gruppo di SS era composto da pazienti con disturbi restrittivi non-AN; un terzo da SS o non classificabili.

I SS non-AN avevano caratteristiche cliniche e psicopatologiche ricorrenti: ostinato rifiuto ad alimentarsi, scarsa consapevolezza delle condizioni cliniche, vivace attività motoria, ansia a focus oro-alimentare, inibizione affettiva, basso tono dell'umore, vulnerabilità narcisistica. Il DCA si era sviluppato come evoluzione di un antecedente quadro clinico ad espressione comportamentale ed alimentare, presente fin dalla prima infanzia.

Conclusioni: i DCA restrittivi nella fascia d'età compresa tra 6-13aa. includono varie forme cliniche. Vengono discussi gli aspetti comuni all'intero gruppo e l'applicabilità dei criteri relativi alla preoccupazione per il peso e la forma corporea per la diagnosi di AN. Si ipotizzano due traiettorie evolutive dalla prima infanzia all'esordio del disturbo a partire da un difetto precoce dello sviluppo. Questa ipotesi viene discussa alla luce dell'orientamento teorico proprio della psicopatologia psicodinamica.

Disturbi alimentari restrittivi in una casistica peripuberale. Specificità delle problematiche psicopatologiche e criticità dell'intervento terapeutica

M.G. Martinetti, M.C. Stefanini

Cattedra di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Firenze

Introduzione: negli ultimi decenni si è prestato una sempre maggiore attenzione alle vicissitudini emozionali, identificatorie e di soggettivizzazione del percorso evolutivo adolescenziale, legate agli esordi sempre più precoci di alcune forme psichiatriche come i disturbi del comportamento alimentare. L'ottica di una presa in carico terapeutica interdisciplinare integrata abbiamo osservato l'intreccio nell'anoressia mentale ad esordio precoce fra fragilità narcisistica e percorso di soggettivazione.

Metodologia: viene presentata l'analisi di una casistica di AN ad esordio precoce in cura presso la SOD di Neuropsichiatria di Firenze. Il campione analizzato presenta uno scompenso somato-psichico ed usufruisce di un intervento complesso di ricovero (ordinario o DH). Per la fascia d'età considerata verranno analizzati in modo specifico e confrontati con i dati delle altre età, i fattori predisponenti, sca-

tenanti, di rischio e protettivi; inoltre si valuteranno i dati inerenti la distorsione dell'immagine corporea, l'andamento dello scompenso e la fruibilità dell'intervento sia dell'adolescente che della famiglia.
Risultati: convergono sul come in età precoce i fattori predisponenti sono maggiormente legati alle dinamiche del contesto familiare e alla psicopatologia della coppia genitoriale; i fattori scatenanti riguardano la vulnerabilità narcisistica e le possibili ferite narcisistiche che possono avere la portata di traumi veri e propri; l'immagine corporea in età prepubere non risulterebbe distorta con la stessa intensità delle età successive, specie là dove il movimento puberale non ha ancora preso avvio.
Conclusioni: verteranno sull'analisi della specificità dell'età precoce e sul come l'anticipazione dell'insorgenza di questi disturbi prefiguri assetti psicopatologici peculiari, differenziati rispetto ad altre fasce d'età, e che riguardano punti di criticità del nostro intervento.

Disturbi specifici del linguaggio e disturbi della condotta alimentare. Uno studio longitudinale

A. Fabrizi, A. Costa, F. Piperno, M. Puzzilli

Dipartimento di Scienze Neurologiche Psichiatriche e Riabilitative dell'Età Evolutiva, Sapienza Università di Roma

Alcuni studi hanno messo in luce come lo sviluppo atipico del bambino possa risultare associato a disturbi della relazione madre-bambino durante il secondo e il terzo anno di vita. Questi bambini manifestano *pattern* relazionali problematici nei contesti della quotidianità (Chatoor, 1996; Benoit, 2000; Fabrizi, 2000). Da questi studi origina l'interesse di comprendere i possibili collegamenti tra DSL e il disordini alimentari, che nella prima infanzia incidono precocemente sulla relazione e agiscono entrambi come significativi fattori di rischio psicopatologico per il bambino. Si stima che i disturbi alimentari colpiscano dal 6-10% dei bambini tra i 6 ed i 15 mesi, al 25-40% dei bambini più grandi. Tale percentuale tende ad aumentare fino al 35-40% in bambini con una difficoltà di sviluppo in senso di prematurità, nutriti artificialmente o con esperienze orali traumatiche e che presentano handicap specifici (Chatoor, 2001; Benoit, 2000; Marchi et al., 1990; Wolke et al., 1995). Il nostro contributo è mirato alla valutazione della persistenza di disordini alimentari in una casistica di 35 bambini con disturbo specifico del linguaggio studiati attraverso un follow-up della durata di 24 mesi (da un'età media iniziale di 30 mesi ad un'età media finale di 54 mesi).
Scopo della ricerca è di valutare se il DA nei bambini con DSL rappresenti solo un sintomo disfunzionale connesso alle difficoltà di comunicazione o vada considerata una patologia relazionale a se stante. Di tutti i bambini è stata studiata l'evoluzione di: il profilo di sviluppo neurolinguistico (protocollo specifico); il profilo di funzionamento emozionale (FEAS); le dinamiche interattive (*Care-Index*).
I risultati raggiunti confermano per la totalità dei bambini la persistenza del disturbo linguistico, pur con caratteristiche evolutive differenziate. Due terzi dei bambini supera al follow-up il disturbo alimentare. Un terzo mantiene il disordine alimentare con caratteristiche corrispondenti ai criteri di alto rischio di persistenza del disturbo anche in età successive. La comorbidità con altri disturbi psicopatologici si distribuisce in modo uniforme tra i due gruppi e quindi sembra non correlare con il solo disordine alimentare.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 18.30-20.00
SALA MONTEMARIO

S81 - Luci e ombre della psicoterapia del disturbo borderline di personalità

MODERATORI
G. Invernizzi, P.M. Furlan

Il Dipartimento di Salute Mentale. È organizzato per il trattamento dei disturbi di personalità e delle sindromi marginali?

P.M. Furlan, L. Ostacoli, F. Stanga

Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale, A.S.O. San Luigi Gonzaga, A.S.L. 5 di Collegno, Università di Torino

La patologia di personalità, soprattutto per quanto concerne il cluster B, si esprime attraverso crisi acute con elevata angoscia in cui viene richiesta in modo impellente la "soppressione" del sintomo seguite da un allontanamento con perdita di contatto con i servizi subito dopo il miglioramento. L'eventuale ricovero in SPDC è spesso fonte di regressione del paziente con peggioramento dei sintomi e generazione di conflittualità con l'equipe; la dimissione spesso non è seguita da una presa in carico ambulatoriale per la mancata aderenza del paziente alle terapie proposte.
Analogamente, spesso i pazienti non seguono le terapie psicofarmacologiche o le assumono in modo discontinuo ed incongruo.
Queste caratteristiche mettono in crisi il classico modello di trattamento ambulatoriale attivo presso i DSM e necessitano di diverse strategie di intervento.
La "crisi" costituisce il momento privilegiato per il contatto con il paziente e spesso per un certo tempo è quasi l'unica modalità.

È fondamentale perciò avere un sistema di gestione delle crisi che le valorizzi come possibilità di costruire progressivamente nel tempo una alleanza con il sistema di cure che si realizza attraverso la "continuità" degli interventi di crisi collegati tra di loro sia come modalità di accoglimento ed elaborazione che, attraverso il loro sviluppo diacronico, come "passi" successivi per costruire l'alleanza con il paziente.
Il "contenimento" avviene progressivamente attraverso la "mentalizzazione" effettuata non da un singolo terapeuta, ma dall'equipe del servizio nel tempo.
Questo approccio richiede però una modifica sostanziale dei modelli di funzionamento dei DSM in cui l'agire terapeutico deve essere guidato da una "dimensione psicoterapica" specifica per questo tipo di patologia.

Il valore dell'assessment nel disturbo borderline di personalità

E. Caverzasi, E. Marraffini

Centro Interdipartimentale di Ricerca e studio sui Disturbi di Personalità, Università di Pavia

Introduzione: le problematiche connesse alla diagnosi dei disturbi di personalità in particolare nel disturbo borderline rimangono il nucleo centrale delle ricerca in questo campo, sia per l'incidenza che tale patologia ha nell'ambito delle strutture psichiatriche che per la presenza di molteplici quadri clinici così differenti da generare l'impressione che non esista un paradigma esplicativo di tale patologia.
La valutazione longitudinale dei pazienti borderline è di particolare interesse; uno studio con follow-up di 6 anni ha evidenziato come, a 2 anni il 34,5% dei pazienti non soddisfi più i criteri per il disturbo borderline di personalità. Tale percentuale sale a 49,4% a 4 anni per arrivare al 68,6% a 6 (Zanarini et al., 2003). Ricerche come quest'ultima ci portano a focalizzare l'attenzione sul problema della stabilità diagnostica del paziente borderline oltre che sull'efficacia del trattamento in questa classe di disturbi.
Per tali ragioni il CIRDIP (Centro Interdipartimentale di Ricerca e studio sui Disturbi di Personalità) dell'Università di Pavia si è posto come obiettivo un approfondimento di questi temi con particolare attenzione alla capacità riflessiva dei pazienti borderline osservandone le variazioni anche in base al tipo di trattamento effettuato.
Metodologia: il disegno della ricerca è una valutazione longitudinale effettuata in due momenti a distanza di un anno (t0 e t1).
I pazienti sono stati valutati all'inizio del trattamento attraverso un percorso psicodiagnostico costituito da diversi strumenti psicometrici (SCID I, SCID II, HAM A, HAM D, SCL-90R, SASS, VGF) e la compilazione della SWAP-200.
La mentalizzazione è stata valutata attraverso l'analisi di interviste RAP (paradigma di aneddoti relazionali) ad opera di diversi valutatori indipendenti.
A un anno dall'inizio del trattamento i pazienti verranno nuovamente valutati attraverso l'*assessment* iniziale per osservare possibili evoluzioni nelle modalità relazionali prevalenti e cambiamenti a livello sintomatologico in relazione alle capacità di mentalizzazione dei pazienti.
Obiettivi dello studio:
1. effettuare un approfondimento diagnostico dei pazienti oggetto dello studio utilizzando sia il metodo categoriale che dimensionale per avere una visione più completa del quadro clinico ai fini anche di un confronto tra i due approcci metodologici;
2. selezionare pazienti per sedute settimanali di psicoterapia individuale ispirata all'MBT;
3. ripetere l'*assessment* dei pazienti a un anno dal primo contatto per valutare l'impatto dei diversi trattamenti (psicoterapia ispirata all'MBT, psicoterapia individuale, terapia farmacologica, DBT, altro), le variazioni sintomatologiche e della capacità riflessiva dei pazienti;
4. identificare se esistono e quali siano i fattori in grado di favorire la remissione della sintomatologia oltre alla presa in cura e all'impatto terapeutico di cui l'*assessment* è parte integrante.

Vengono qui presentati i primi dati raccolti in questo lavoro confrontando i diversi percorsi terapeutici.

La "forza" della vulnerabilità

N. Fina

Centro Italiano di Psicologia Analitica, Milano

La vulnerabilità del sé ha un esito deprivativo sulla soggettività e sul senso di identità che ne consegue. Lo scacco evolutivo da essa determinata impedisce l'esperienza di un senso di interezza (pieno) e di vitalità (consapevolezza soggettiva). Contribuisce alla polarizzazione dei vissuti per necessità di evitare condizioni psicologiche annichilenti o implosive. Meglio una identificazione parziale che prenda la parte per il tutto, che sentirsi in balia dell'incapacità/impossibilità di sentirsi pienamente agente nella propria esistenza. D'altra parte stabilire un senso di sé come centro di azione e di pensiero non può prescindere dall'esperienza di essersi sentito considerato come "oggetto" significativo,in termini di valore e di affetto, per altri sé soggettivi particolarmente importanti nelle fasi primarie dell'esistenza. La vulnerabilità è dunque espressione di una mancata dialettica tra "oggetto" e "soggetto" nella sua duplicità intrapsichica e intersoggettiva, due prospettive queste differenti ma la cui continua interazione tra loro è necessaria per stabilire un senso di sé come centro di azione e di pensiero al fine di considerare, a sua volta, sé nel contesto di altri sé (Fina, 2005).
La vulnerabilità riguarda dunque complessivamente l'esperienza, ne coglie gli aspetti fenomenologici e quelli relativi ai disturbi delle funzioni costitutive la dimensione della soggettività e dell'autonomia del soggetto. Coglierne questi significati è necessario al fine di comprendere meglio la teoria dello sviluppo della personalità e le relative impasse fino alle forme patologiche conclamate. L'attenzione posta sul valore euristico del concetto di vulnerabilità (Stanghellini, 1997), enfatizza a sua volta quelli di empatia e responsività del terapeuta nella situazione clinica, in merito soprattutto ai problemi della regolazione emotiva e della distanza ottimale necessarie alla costruzione della relazione analitica con pazienti il cui livello di eccitabilità psichica e la relativa reattività è abnorme (Zucca Alessandrelli, 1995; Meares, 2000).

Bibliografia

Fina N. *Un tempo tutto per noi. Tra intimità e abuso"*. Relazione tenuta al convegno "Tempo e memoria", Milano 2003.

Fina N. *Vulnerabilità e latenza terapeutica*. Quaderni de Gli Argonauti 2005;10.
Mears R. *Intimità e alienazione*. Milano: Cortina 2005.
Stanghellini G. *Antropologia della vulnerabilità*. Milano: Feltrinelli 1997.

Quando "la mente del terapeuta lascia cadere il paziente". Dal controllo pietrificante all'espressione del bisogno

C. Bressi, I. Iandoli

Clinica Psichiatrica, Università di Milano, Fondazione I.R.C.C.S. Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena

Nella relazione con il paziente borderline spesso lo psicoterapeuta avverte una sensazione di 'noia' mentre osserva il paziente che erge un muro di parole difensive che potrebbero apparire ricche di contenuti se non fosse proprio per quella sensazione che creano: la noia. Winnicott definisce le fantasie compulsive dei pazienti come una negazione della realtà psichica. E ne parla come di un fenomeno che assorbe energia emotiva senza contribuire "né ai sogni né alla realtà" [1]. Frequentemente ci succede di chiederci perché il linguaggio di questi pazienti sia così dettagliato, minuzioso, descrittivo di sinestesie inesistenti nella realtà relazionali e l'atteggiamento sia di chiusura, difensivo, non di emozione per una scoperta o un ricordo che 'tocca'. Il paziente, in realtà, nel qui e ora, della relazione sembra allontanarsi. La sua narrazione ricorda, infatti, "uno spazio pietrificato dove non può accadere assolutamente nulla". Eppure questo stancare il terapeuta e creare una sensazione di noia, oltre a far rivivere le primitive insufficienti carenze infantili, esprime delle modalità utili a tenere a bada le angosce interiori durante i momenti regressivi.
Alcuni pazienti affermano, in alcuni momenti della terapia, quando maggiore sembra il loro ritiro dalla relazione, seppure ricoperto da un ricchissimo flusso verbale di non riconoscersi più "senza angoscia" e "la paura che non vi sia angoscia è la paura di una regressione senza ritorno" [2] che fa temere loro di perdere il controllo, di divenire folli. La trasformazione della paura della follia latente si trasforma in produzione verbale interminabile. Ma dalla regressione è possibile il ritorno se gradatamente i pazienti apprendono ad usare il terapeuta in modo trasformativo. E lo stesso terapeuta "non lascerà più cadere il paziente dalla sua mente" che equivale al fallimento nella capacità di sostenere un figlio da parte di una madre.

Bibliografia

1 Winnicott DW. *Gioco e Realtà*. Roma: Armando 1974.
2 Winnicott DW. *L'angoscia associata all'insicurezza*. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinella 1981.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 18.30-20.00
SALA LEONARDO

S82 - Patogenesi e patoplastica dell'ansia e dell'umore dall'infanzia all'età adulta

MODERATORI
P. Pfanner, F. Palacio Espansa

Disturbi d'ansia e d'umore in età evolutiva

F. Palacio Espasa

Service de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent, Hopitaux Universitaires de Genève, Suisse

A la lumière de notre expérience avec des psychothérapies mère/bébé, présentant des troubles fonctionnels (sommeil, alimentation, etc.) avec B. Cramer et les psychothérapie parents/bébés avec problèmes du comportement, nous avons vu fréquemment surgir par la suite, dans les études catamnestiques que nous avons faites chez l'enfant, des troubles anxieux de nature essentiellement névrotiques à la suite des troubles fonctionnels du bébé. Par ailleurs nous avons constaté avec l'usage de la classification "0 to 3" autour de 40% de troubles anxieux et 40% des troubles de l'humeur chez les bébés présentant des problèmes du comportement. Ces éléments cliniques vont être discutés à la lumière de notre recherche sur le diagnostic structurel chez l'enfant portant sur 144 enfants âgés de 3 à 7 ans. De ces enfants, un pourcentage considérable (autour d'1/3) ne recevait pas un diagnostic d'organisation névrotique ni d'organisation troubles graves de la personnalité Borderline. Ce groupe d'enfants présentait une modalité de conflictualité dépressive dont les formes légères s'accompagnaient souvent d'anxiété plus ou moins importantes et les formes les plus sévères allaient donner des troubles de l'humeur par la suite.
Ces données ont été confirmées par les catamnèses faites, avec D. Knauer, au JETH sur 40 enfants à haut risque familial de 2 à 4 ans présentant des problèmes de comportement et du développement de gravité diverses et que nous avons revus régulièrement jusqu'à l'âge adulte (20 cas). Un bon nombre de ces enfants présentait des problèmes de l'humeur déjà à l'âge de latence et ensuite à l'adolescence. L'ensemble de ces données nous permettra de faire quelques réflexions sur la pathogénèse et l'expression clinique des troubles anxieux et des troubles de l'humeur à l'enfance et l'adolescence.

Anxiety, depression and learning disabilities

U. Balottin, C. Termine, M. Cometa, C. Luoni, G. Lanzi
Unità di Neuropsichiatria Infantile, Università dell'Insubria e Fondazione "Macchi", Varese

Learning disabilities are diffuse in children and adult. Their incidence rate is about 5%.
The aim of our study is to investigate the possible relationship between reading disability and anxiety and depression. We divided our sample of 85 children, aged 7-14 years, in four groups: 21 patients (24,7%) with a decoding deficit (accuracy and/or fluidity < 2 SD or < 5° pc in reading tests); 13 (15,3%) with decoding deficit and deficit of comprehension; 11 (12,9%) with only deficit of comprehension and 40 (47,1%) controls. The criteria used were: I.Q. >70, absence of visual and auditory deficits and absence of neuropsychiatric deficits.
Patients and controls were assessed on a range of neuropsychological tests and writing and reading tests.
The aspects of anxiety and depression were examined in detail by means of questionnaires compiled by parents (CBCL in two copies and Conners' Scale), teachers (Conners' Scale) and children themselves (CDI, TAI).
Making a cross analysis between the 4 groups, results indicated that patients with decoding deficit, with or without a comprehension deficit, exhibited significantly higher anxious and depressive problems than patients with only deficit of comprehension and than controls.
The findings provided support for the idea that reading disabilities often coexist with anxiety and depression and it is important to take into account this aspect during the clinical evaluation and the therapy.

I disturbi della sfera affettiva nella psicopatologia della prima infanzia

S. Maestro, F. Apicella, S. Calderoni, B. Felloni, C. Grassi, A. Petrozzi
I.R.C.C.S. Fondazione Stella Maris, Università di Pisa

Generalmente i disturbi dell'affettività tendono a collocarsi nell'area dei problemi internalizzanti, ma non esistono in letteratura dati sufficienti per confermare questo anche in età molto precoci.
L'ansia rappresenta uno dei problemi psichiatrici più rappresentati in età scolare (Bell-Dolan & Brazeal, 1993, Bowen et al., 1990) e secondo i più recenti dati epidemiologici, nel 10-15% della popolazione infantile in età prescolare. Campbell (1995), Earls (1980); Richman et al. (1982). Studi più recenti (Briggs-Gowan et al., 2006) dimostrano inoltre che i problemi di natura emotivo-affettiva, associati a problemi comportamentali nei bambini molto piccoli:
a) non sono transitori;
b) necessitano una precoce valutazione attraverso un intervento multidimensionale che coinvolga anche la famiglia;
c) si avvantaggiano di interventi precoci.

Ma quali sono i segni di un disturbo della sfera affettiva nel bambino piccolo?
Craske (1999) distingue i "tratti di ansietà" caratterizzati da sintomi aspecifici come la paura, la preoccupazione, il disagio emotivo, dal "disturbo d' ansia conclamato" che comporta modificazioni anche sul piano comportamentale (fobia sociale, fobia scolare, ansia di separazione). Il passaggio dall'una all'altra condizione avviene ovviamente attraverso un continuum di intensità, che configura, nella sua polarità estrema, una condizione del bambino di stress e vulnerabilità. Molte ricerche si sono focalizzate sul legame tra la genitorialità e disturbi dell'affettività in età evolutiva **(**Whaley et al., 1999). In una recente revisione dei maggiori contributi in letteratura su questo argomento sono state trovate delle correlazioni significative tra l'ansia dei bambini e tre dimensioni della genitorialità ovvero la accettabilità, il controllo, e la modulazione affettiva (Wood et al., 2003). Nella clinica risulta poi molto interessante cercare di capire come queste dimensioni si intrecciano con le rappresentazioni che i genitori hanno del bambino e come ne modellano i pattern interattivi.
Verrà presentata una casistica di bambini afferenti al centro di riferimento della prima infanzia dell'I.R.C.C.S. *Stella Maris*, per cui è stata formulata diagnosi di disturbo della affettività secondo la Classificazione Diagnostica 0-3.

L'ansia precoce come fattore di rischio per i disturbi dell'umore in età adolescenziale ed adulta

S. Presta[*] [**], C. Pfanner[*] [**], S. Millepiedi[*], M. Mucci[*], G. Masi[*], M. Marcheschi[*], G.B. Cassano[*]
[*] *I.R.C.C.S. Stella Maris, Università di Pisa;* [**] *DPNFB, Università di Pisa*

I disturbi d'ansia e dell'umore rappresentano il più frequente fenomeno psicopatologico in età evolutiva, raggiungendo nella popolazione generale una incidenza pari al 10-15%.
Per quanto l'esordio precoce di tali disturbi sia ben noto nella pratica clinica, risultano ancora carenti studi longitudinali che indaghino gli aspetti evolutivi in adolescenza e nell'età adulta. Le analisi retrospettive basate sulla raccolta anamnestica mostrano difatti evidenti limiti metodologici che invalidano parzialmente la loro validità ed attendibilità.
I dati relativi al carico familiare di bambini affetti da disturbi d'ansia e dell'umore evidenziano inoltre il frequentissimo riscontro di entità sindromiche analoghe, suggerendo pertanto, più che la presenza di una specifica predisposizione biologica, l'esistenza di meccanismi trasmissionali particolarmente complessi e sofisticati. La storia clinica longitudinale di questi soggetti permette inoltre di ipotizzare che l'esordio precoce o precocissimo di questi disturbi possa rappresentare una porta d'accesso ad alta sensibilità per una comorbidità multipla, non solo di asse I ma anche di spettro psicopatologico, tra ansia, umore, condotta alimentare, discontrollo degli impulsi, abuso di sostanze, ed anche fenomeni psicotici conclamati.
L'affinamento delle metodiche di diagnosi precoce, di analisi del decorso longitudinale e dei possibili pattern di mutamento fenotipico della disregolazione genotipica basale, nonché di valutazione del rischio familiare, rappresentano perciò la base per una pianificazione corretta e tecnicamente all'avanguardia di nuovi programmi di prevenzione e di intervento terapeutico.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 18.30-20.00
SALA SAN PIETRO

S83 - Medicina narrativa e disabilità

MODERATORI
G.P. Guaraldi, G. La Malfa

Medicina narrativa. Le prospettive di applicazione alla condizione di disabilità

C. Ruggerini, S. Vicini[*], F. Vezzosi[**], A Dalla Vecchia[***]

Dipartimento Integrato Materno Infantile, Università di Modena e Reggio Emilia, Azienda Policlinico di Modena; [*] Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, [**] Dottorato di Ricerca in Psicobiologia dell'Uomo, Università di Modena e Reggio Emilia; [***] S.O.C. di Neuropsichiatria Infantile di Reggio Emilia

Introduzione: la medicina basata sulle narrazioni – *Narrative Based Medicine* (NBM) – potrebbe riconoscere il suo atto costitutivo in una serie di 5 articoli pubblicati sul *British Medical Journal* nel 1999; nel primo di questi Greenhalgh e Hurwitz ("Why study narrative?") suggeriscono che le narrazioni che i pazienti fanno dei loro vissuti e delle loro esperienze sono rilevanti nei processi diagnostici e terapeutici, nel definire i campi della ricerca, nella formazione dei pazienti e dei professionisti. La NBM si pone come approccio complementare (qualitativo) a quello della Medicina Basata sulle Prove di Efficacia – *Evidence Based Medicine* (EBM) – (quantitativo). Le radici culturali della NBM affondano nelle concezioni di un gruppo di Antropologi Medici di Harvard – i cui capofila sono Kleinman e Good – che si collocano negli ultimi 20 anni del secolo scorso. La chiave di svolta è l'assunzione dell'idea che la medicina occidentale è una etnomedicina che, al pari delle "altre medicine", può essere studiata con chiavi di lettura antropologiche, interessate al rapporto di connessione reciproca tra fenomeni biologici politico-economici e socioculturali. La caratteristica dei sistemi medici occidentali è la scelta di privilegiare le dimensioni biofisiche della malattia; alla loro base vi è una filosofia della conoscenza che assume "la capacità del linguaggio di descrivere l'ordine naturale della natura una volta stabilito un accordo convenzionale di corrispondenza". Questo modello bio-medico risulta efficace nella terapia delle malattie acute e mostra, all'opposto, una vistosa inefficacia nel campo delle malattie croniche, nel campo dei Disturbi che la nosografia medica definisce somatoformi e nella comprensione della modellizzazione culturale dei sintomi.
Ciò che definiamo come malattia ha almeno tre dimensioni descritte dai termini: "Disease" – evento oggettivabile da parametri organici di natura chimico-fisica; "Illness" – che si riferisce al modo in cui malato e famiglia percepiscono, definiscono, spiegano e reagiscono alla malattia; "Sickness" – che si riferisce alla modalità con cui la società rappresenta la malattia". Nessuna delle tre dimensioni è una entità naturale; tutte sono costruzioni sociali della realtà. Mettendo in risalto le dimensioni multiple della malattia, gli Antropologi Medici hanno costruito le premesse culturali per un cambiamento del ruolo dei medici; nel loro campo di indagine sono state introdotte, infatti, dimensioni diverse da quelle biologiche, che appartengono al "mondo della vita" (Lebenswelt di Husserl) e che sono intercettate dal "linguaggio della esperienza" ma non dal linguaggio settoriale della medicina. Secondo i sociologi della salute, l'utilità pragmatica della NBM risiede nella possibilità di permettere una valutazione della qualità delle cure dal punto di vista del paziente. La letteratura sulle applicazioni della NBM riguarda pazienti oncologici, malati terminali con patologie croniche degenerative, pazienti con infezione da HIV o con AIDS. Le concezioni della NBM sono pertinenti al campo della assistenza alle persone disabili, che sono, spesso, esperti utilizzatori dei servizi sanitari e/o sociali.
Metodologia e risultati: viene riportata, come esempio, una narrazione raccolta in un *setting* di ricerca sugli effetti della organizzazione della assistenza alle persone con Ritardo Mentale secondo la logica del documento OMS "Innovative Care for Chronic Conditions"; il racconto della esperienza – attuato dai genitori – fornisce una critica stringente ad alcune aspetti del metodo clinico "tradizionale" – come la valutazione psicometrica della efficienza intellettuale – e esemplifica una proposta originale per lo sviluppo delle qualità individuali.
Conclusioni: il riconoscimento della "Illness" della persona disabile e la consapevolezza della "Sickness" – così come è stata storicamente elaborata dalla cultura medica – costituiscono premesse essenziali per: a) la possibilità di accedere alla ricchezza delle esperienze e alla vera e propria creatività che molte famiglie possono offrire alla comunità; b) la assunzione da parte degli operatori della assistenza di ruoli conformi a quelli ipotizzati da documenti internazionali recenti (non solo di "prescrittori ma di consulenti").

Bibliografia

Kleinman A. *Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali - Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems,* Social Science and Medicine, 1978. In: Quaranta I, ed. *Antropologia Medica.* Milano: Raffaello Cortina Editore 2006.

Good BJ. *Il cuore del problema. La semantica della malattia in Iran - The heart of what's matter. The semantics of illness in Iran.* Culture, Medicine and Psychiatry, 1977. In: Quaranta I, ed. *Antropologia Medica.* Milano: Raffaello Cortina Editore 2006.

Greenhalgh T, Hurwitz B. *Narrative based medicine. Why study narrative?* BMJ, 1999;318:48-50.

OMS. *Innovative care for chronic conditions.* Ginevra: WHO 2001.

Epistemologia post-razionalista e narrazione di storie di vita. I primi risultati di una proposta metodologica

F. Vezzosi, C. Ruggerini[1], A.M. Dalla Vecchia[2], S. Vicini[3], G.P.Guaraldi[4]

Dottorato di Ricerca in Psicobiologia dell'Uomo, Università di Modena e Reggio Emilia; [1] Dipartimento Integrato Materno Infantile, Università di Modena e Reggio Emilia, Azienda Policlinico di Modena; [2] S.O.C. di Neuropsichiatria Infantile di Reggio Emilia; [3] Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, [4] Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: il ritardo mentale si può definire come "una condizione di salute in un ambiente sfavorevole" in cui la Qualità della Vita (QoL) può essere soggetta a forti oscillazioni – in parallelo al livello di sostegni /opportunità effettivamente accessibili. Mentre si riconosce la necessità per clinici e ricercatori di valutazioni standardizzate che consentono di descrivere il cambiamento di una condizione – sia essa di disabilità che di malattia cronica –, si sottolinea che tali strumenti dovrebbero essere sufficientemente flessibili. Attualmente la valutazione del cambiamento è affidata a strumenti psicometrici che non sono "patient centred" e portano alla elaborazione di costrutti astratti: non comprendono infatti le narrazioni spontanee delle esperienze e non valutano la chiave del cambiamento secondo il punto di vista dell'individuo. Le "rating scales", per esempio, sono appropriate per esaminare differenze di misure stabili nel tempo e/o tra gruppi diversi, ma non le variazioni tra gli stati fluttuanti dello stesso soggetto. Per la valutazione di tali stati sono più pertinenti misurazioni "patient centred" che hanno le seguenti caratteristiche: il focus è sul paziente – la sua prospettiva può essere identificata, capita e infine integrata con gli aspetti essenziali della assistenza medica; si possono definire "clinimetrics", secondo il termine coniato da Feinstein; forniscono misurazioni individualizzate [1].

Metodologia: a partire da tali considerazioni, per raccogliere la narrazione della storia di vita dei soggetti con disabilità, abbiamo messo a punto un metodo originale di valutazione della variazione della QOL nel tempo [2-4]. Il quadro di riferimento è l'epistemologia "costruttivista" e " post moderna" che si potrebbe riassumere nella formula "… la nostra conoscenza della realtà è proprio la storia che noi ci raccontiamo …". Il metodo – messo a punto da specialisti medici formati in psicoterapia cognitiva – potrebbe essere considerato una applicazione delle concezioni che sottendono questo tipo di relazione terapeutica. Comprende tre fasi operative. La prima è assimilabile a un contratto terapeutico in cui si concordano finalità, durata e metodo di lavoro. Nella seconda i familiari delineano la trama del racconto utilizzando la memoria semantica per identificare periodi con QOL molto elevata, molto scadente o intermedia. Nella terza i familiari stabiliscono le relazioni tra gli eventi selezionati sollecitati al raggiungimento della massima coerenza possibile tra memoria semantica e episodica.

Risultati: il metodo è stato utilizzato nell'ambito di un progetto per il rafforzamento del *self-management* nella famiglie di pazienti con disabilità – sostenuto dalla collaborazione tra AUSL di Reggio Emilia, Organizzazione Mondiale della Sanità, Università di Modena Reggio Emilia, Associazioni dei genitori di Reggio Emilia –. I risultati preliminari, raccolti dalle prime 15 famiglie, indicano che: 1) i genitori sono in grado di ricostruire con facilità i momenti di discontinuità della QoL della loro vita con i figli disabili; 2) è possibile identificare con chiarezza ciò che per i genitori è rilevante, ad es.: informazioni mediche aggiornate e comprensibili, possibilità di condivisione dei progetti di assistenza, adozione dei metodi di abilitazione e insegnamento strutturato efficaci, continuità didattica in ambito scolastico, rispetto ed inclusione in ambito sociale.

Conclusioni: il metodo descritto è in grado di raccogliere il punto di vista delle persone disabili e dei loro familiari per: 1) modificare l'assistenza tenendo degli effetti delle azioni sulla QoL; 2) accedere alle soluzioni spesso creative realizzate dai familiari; 3) fondare una alleanza tra conoscenza scientifica – *evidence based* – (patrimonio dei professionisti) e conoscenza legata alla esperienza di vita – *narrative based* – (patrimonio dei disabili e dei loro familiari).

Bibliografia

1. Bilsbury CD, Richman A. *A staging approach to measuring patient-centred subjective outcomes*. Acta Psychiatrica Scand 2002:106 (Suppl. 414):5-40.
2. Ruggerini C, Coccia M, Guaraldi GP. *Evoluzione nell'arco della vita di persone con Ritardo Mentale: descrizione di una casistica secondo l'ottica della psicopatologia dello sviluppo*. Saggi 2002;28:7-40.
3. Ruggerini C, Vicini S, Caffo E. *Developmental Psychopathology and Mental Retardation: Which indications can be derived for the assistence?* Relazione al Simposio "Child and adolescent psychiatry interventions in the disability with particular regard to the mental retardation". In: Atti 16th World Congress of the IACAPAP, Berlino, 22-26 agosto 2004 (abstract).
4. Ruggerini C. *Il ruolo della psichiatria nell'assistenza alle persone con Ritardo Mentale: indicazioni ricavate dall'analisi delle storie di vita secondo l'ottica della Psicopatologia dello Sviluppo e della Psicologia Narrativa*. In: Atti Convegno Internazionale "Genova, porta d'Europa per la cultura della disabilità", Genova, 1-4 dicembre 2004.

Genitori di figli disabili. Raccontarsi e riflettere. L'esperienza è sapere?

C. Vasconi, C.M. Lanzafame

Associazione Famiglie Cerebrolesi, Fa.Ce.

Introduzione: siamo partiti dalla solita domanda: "Cosa accade in una famiglia quando nasce un figlio con una lesione cerebrale o comunque disabile?".

Questa domanda è stata ed è una presenza costante in associazione. D'altra parte, cercare di capire e riflettere sulle conseguenze della nascita di un figlio con problemi, che modifica sostanzialmente le aspettative e il percorso di vita della famiglia, è una delle ragioni per cui la Fa.Ce., Famiglie Cerebrolesi è nata.

"Il nostro sapere non è scritto da nessuna parte" si legge nel Quaderno della Fa.Ce. n. 2 "Abbecedario delle Famiglie".

Il bisogno di riappropriazione del diritto di essere genitori, e conseguentemente del ruolo, nei confronti della società, dei servizi sanitari e sociali, della scuola, è stata una delle ragioni del percorso intrapreso. D'altra parte i genitori sono convinti, e l'associazione con loro, che qualsiasi progetto sul figlio deve avere il loro appoggio, altrimenti fallisce.

I figli … i loro progetti … la loro visione della vita.
Davide, 20 anni con diagnosi di ritardo mentale, sta organizzando un tour musicale con i suoi 2 pappagallini e il suo cane sulle canzoni di Renato Zero. Il tour si terrà nel 2018 e nel frattempo lui sta facendo le prove.
Monica, 27 anni, non parla, il solito ritardo mentale, "gioca" a calcio durante le partite di allenamento delle squadre di bambini allenate dal padre. Lei è in campo, è nella partita.
Selica, 24 anni, tetraplegica, non parla ma danza. In scena è una forza della natura, esprime una vitalità e una presenza scenica invidiabili.
La loro voce non è quella dei genitori.
Metodologia: tra il 2004 e il 2005, la Fa.Ce. ha pensato e sviluppato un percorso di ricerca e documentazione sull'esperienza di vita dei genitori con figli disabili. Tecnicamente sono state realizzate 24 interviste, con singole coppie e piccoli gruppi tra Reggio Emilia e Parma, 30 incontri di verifica e condivisione, 90 ore di registrazione e 5000 pagine di sbobinatura.
La Fa.Ce. ha coinvolto nel progetto, come ricercatore/coordinatore, uno storico senza esperienza nell'ambito della disabilità. Questa scelta, ponderata, ha rappresentato un elemento essenziale nel successo del progetto: i genitori, forse, si sono sentiti più liberi di esprimersi, non giudicati, accompagnati in un percorso di ulteriore elaborazione della propria esperienza e del proprio sapere.
Non abbiamo voluto fare una ricerca sui bisogni e nemmeno una ricerca quantitativa di valore scientifico: i genitori sono stati scelti ad uno ad uno, privilegiando coloro che avessero già iniziato, individualmente o all'interno dell'associazione, un percorso di accettazione del figlio e di consapevolezza del proprio ruolo.
Il primo obiettivo era quello di documentare 15 anni di vita, di pensieri, di idee, di vittorie e di sconfitte, di speranze e di disillusioni di alcuni genitori della Fa.Ce.
Durante il lavoro di analisi delle interviste è nata l'esigenza di racchiudere, in una pubblicazione, una serie di parole chiave che "segnano la vita di noi, genitori con figli disabili".
Attraverso il processo autobiografico, si è focalizzata l'attenzione su determinati temi, più o meno esplicitati dai genitori, per fare emergere, a partire dalle esperienze individuali maturate nel tempo di vita, i contenuti e i significati non tanto e non solo dell'esperienza genitoriale, bensì della "competenza", del sapere, della conoscenza dei propri figli, in relazione a un sapere collettivo (quello dell'associazione, cioè) e nei confronti di qualunque esperto o di qualunque situazione (le istituzioni e i servizi, ad esempio).
Nel giugno 2005 è stato pubblicato il Quaderno della Fa.Ce. n. 2, "Abbecedario delle famiglie".
Dopo la lettura del Quaderno e la relativa rielaborazione da parte dei genitori che hanno partecipato alle interviste, sono emerse ulteriori riflessioni che hanno portato ad una conclusione, per noi, spiazzante. Come genitori di figli disabili e come Associazione, abbiamo sempre affermato di essere "la voce dei nostri figli".
Non è vero.
I nostri figli hanno una loro voce, spesso silenziosa o non ascoltata, hanno loro progetti e loro prospettive, che non sempre collimano con quelle dei genitori.
Questa constatazione ci ha messo in crisi: il nostro sapere deve essere completato dal sapere dei nostri figli.
Come trasmettere il sapere di chi non parla, di chi ha un forte ritardo mentale, del figlio gravissimo?
A questo punto, attraverso incontri di gruppo guidati dall'idea di documentare, stiamo cercando i segnali, le tracce, le situazioni nelle quali i nostri figli "parlino" di loro, dei loro progetti, delle loro prospettive.
Forse non saranno le parole che esprimeranno tutto ciò, probabilmente la documentazione dovrà necessariamente essere visiva.
Il Quaderno della Fa.Ce. n.3 è in corso d'opera.
Risultati: il Quaderno della Fa.Ce. n.2, "Abbecedario delle famiglie", raccoglie documentazioni, scritte e visive, che centrano il fuoco del valore dell'esperienza, dell'importanza dei saperi accumulati lungo tutto l'arco della vita dei genitori a contatto con la disabilità del figlio, con i suoi problemi e con le piccole e grandi conquiste della quotidianità. Ma non solo.
Non si tratta infatti di presentare solo esperienze autobiografiche, bensì di mettere in valore, in circolazione, in relazione tali esistenze e tali elaborazioni con quei genitori che ancora non sono riusciti a elaborare un percorso di vita che vada al di là della pura sofferenza e/o rivendicazione, con quegli operatori e esperti che approcciano ogni giorno le richieste e i bisogni dei figli e delle famiglie, con coloro che amministrano la "cosa pubblica", con quei cittadini e cittadine che, sensibili o meno al tema della disabilità, sono comunque disponibili a confronti a tutto tondo su tematiche eminentemente "civili".
Il Quaderno ha aperto degli spazi, sia di dialogo tra le famiglie associate e parenti, conoscenti, ma anche tra l'Associazione e le istituzioni.
Gli spazi aperti di dialogo e confronto non si sono limitati alla sfera privata o informale. Il servizio disabili adulti dell'Ausl e alcune cooperative sociali impegnate nei centri diurni del distretto sanitario e nei servizi di collocamento mirato hanno concordato un percorso progettuale sulla falsariga di quanto svolto con i genitori, questa volta però concentrato sugli operatori. Si tratta di realizzare un progetto di ricerca/formazione focalizzato sull'esperienza degli operatori che consentirà non solo alle cooperative sociali investite e al servizio disabili adulti di ottenere una serie di preziose indicazioni sulle "storie" concrete degli operatori impegnati quotidianamente con le famiglie e gli ospiti delle strutture, ma, come obbiettivo finale, permetterà anche un confronto ottimale tra linguaggi, esigenze, bisogni, vissuti di un segmento del privato sociale (i genitori e i figli) con linguaggi, esperienze, motivazioni e vissuti di chi con loro misura il proprio impegno quotidiano. Anche in questo caso perciò, a partire da saperi sottotraccia, spesso inascoltati, attraverso le interviste a coppie di operatori e piccoli gruppi, si potranno raggiungere linguaggi, contenuti e valori da mettere in relazione con quanto emerso dal percorso genitoriale.
Sarà un occasione utile anche a rimodulare percorsi formativi e a rimodellarne i progetti dedicati a questi ultimi?
Un ulteriore risultato importante, ci pare sia stato quello di fissare, finalmente sulla carta e in modo pubblico, quanto spesso si ascolta o si percepisce appena: il sapere, la conoscenza, forse anche la competenza non sono patrimonio esclusivo ma sono davvero diffusi. Compito semmai di chi ha la responsabilità formale di determinate scelte, o di chi ha la responsabilità di garantire il benessere delle persone, po-

trebbe proprio essere anche quello non solo di considerare le tante voci e i tanti saperi, ma anche quello di mettere in relazione, trasportare da un contesto all'altro le competenze, al fine proprio di migliorare la qualità della vita.
Stiamo lavorando per l'utopia?
Conclusioni: i genitori di figli disabili hanno una voce che non nasce solo ed esclusivamente dall'esperienza, ma da un'elaborazione individuale e collettiva di essa.
L'esperienza elaborata dai genitori è sapere?
Come fanno i genitori a trasmettere questo sapere?
Che ruolo ha questo sapere nella presa in carico da parte dell'istituzione sanitaria e nel destino dei figli?
Nelle anamnesi e nelle diagnosi che spazio hanno lo "stare nel tempo" di Davide, Monica e Selica?
Il grande tour di Davide, la partita di calcio di Monica, la vitalità scenica di Selica come sono interpretate da coloro che tutelano la salute e il benessere delle persone disabili?
Che significato ha questo percorso per voi?
Nota: i Quaderni della Fa.Ce. sono visibili e scaricabili sul sito www.face.re.it

Esperienze gestionali con i disabili intellettivi

C. Porcelli

U.O. di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, A.U.S.L. Bari 4, Bari

L'ICD 10, ovvero la decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, definisce la disabilità intellettiva come "la condizione di interrotto o incompleto sviluppo psichico, caratterizzata soprattutto da compromissione delle abilità che si manifestano durante il periodo evolutivo e che contribuiscono al livello globale di intelligenza, cioè quelle cognitive, linguistiche, motorie e sociali. Il ritardo può presentarsi con o senza altre patologie psichiche o somatiche. […] L'adattamento sociale è sempre compromesso, ma tale compromissione può non essere evidente in soggetti con lieve ritardo mentale che vivono in ambienti sociali protetti dove è disponibile un adeguato sostegno". La disabilità intellettiva quindi è un "modo di essere" espressione dell'incontro tra un danno organico e la reazione dell'ambiente. È uno stato che perdura per tutta la vita d è ad alto rischio per lo sviluppo di disturbi psicopatologici spesso difficilmente trattabili. La disabilità intellettiva per tutti i rischi che comporta e per quella che è la sofferenza che determina nei portatori, è sempre una condizione da considerare "grave". È qualche volta possibile modificare l'evoluzione ma mai la guarigione.
Elemento basilare del trattamento delle persone con disabilità intellettiva è individuare le possibilità residue presenti in ciascun individuo ed avviare interventi tesi a potenziarle. Molto spesso il quadro clinico di questi soggetti è complicato dalla presenza di livelli di autostima estremamente bassi legati per lo più sia alla percezione della differenza tra sé e gli altri e sia ai continui e frequenti fallimenti conseguenza di richieste e sollecitazioni assolutamente incongrue.
La "gestione" dei nostri pazienti è funzione di molte variabili: la gravità ed il tipo della problematica di fondo, l'età, la presenza di disturbi psicopatologici associati, la collaborazione delle famiglie e la loro tolleranza al disagio, la disponibilità di mezzi e strutture sul territorio, ecc.
Esamineremo i risultati di 3 tipologie di intervento: il Centro Diurno, *l'Home Maker* e la residenzialità.
Spesso gli interventi indicati vengono usati in sequenza e la residenzialità diventa l'esito del fallimento degli interventi precedenti.
Esamineremo quindi le motivazioni dei fallimenti e le possibili soluzioni.

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 18.30-20.00
SALA VERDE

S84 - Il rito: dalla antropologia alla psicopatologia e alla psicoterapia

MODERATORI
G. Turrini, G. Borsetti

Il rito in analisi. Dalle prassi tecniche alla liberazione del tempo

S. Carta

Università di Cagliari, Associazione Italiana di Psicologia Analitica

Il rito può essere pensato come una struttura umana fondamentale, una sorta di macchina psicologico-sociale che consente di trasformare stati psichici e configurazioni sociali verso modalità più appropriate ed adattive.
L'intervento sottolineerà la possibilità di rinvenire la struttura del rito nei dispositivi tecnici e procedurali dei processi analitici, e presenterà una discussione dell'osservazione di Jung secondo il quale ogni intervento dettato da una "tecnica" è essenzialmente manipolativo. Tale osservazione –anche alla luce delle ricerche sull'efficacia in psicoterapia" – risulta interessante perché ci consente, alla luce delle fun-

zioni e delle strutture rituali tradizionali, di ridefinire la "tecnica" analitica come legittima solo quando volta a favorire l'espressione e l'ingresso nella temporalità – e quindi nella biografia del soggetto – di aspetti o tratti che ad essa erano sottratti. Anche basandosi sulla rilevanza delle figure del *mito* e del *gioco*, verrà illustrata la nozione per la quale l'analisi può essere intesa come un processo che favorisce l'ingresso del soggetto nella temporalità, propiziando l'appropriazione da parte del soggetto della biografia alla quale egli è destinato. Per questo, si cercherà di mostrare in che modo il rito si ponga come struttura temporalizzatrice primigenia ed originaria, che dovrà, pur recedendo man mano nello sfondo psichico, contenere la storia della persona, in questo senso, disfandosi del pericolo di costituire una prassi tecnicista e manipolativa dell'intervento analitico.

Rituali patologici e riti terapeutici

C. Widmann

I.C.S.A.T. (Italian Committee for the Study of Autogenic Therapy)

Ai suoi esordi, l'antropologia aspirò a individuare un oggetto d'indagine che fosse comune a tutte le collettività umane e ritenne di individuarlo nei vincoli di parentela e nel comportamento rituale.
In effetti, il rito si rivelò categoria universale, diffuso in tutte le culture e strutturante di tutte le organizzazioni sociali, rintracciabile fin dalle preistoria sulle pitture rupestri e documentato in ogni successiva epoca storica.
Il rito si svolge entro contesti in cui sono rigidamente fissati tempi, luoghi, ruoli, uso di parole e gesti, modalità di esecuzione e di ripetizione, ecc. Una fenomenologia del rito, però, non è facile a delinearsi, perché esso può essere individuale o collettivo, privato o pubblico, occasionale o ricorrente, ordinario o straordinario.
La molteplicità dei riti trova tratti comuni negli aspetti dinamici più che in quelli fenomenologici. In particolare, tutti i riti sembrano coltivare la relazione fra l'individuo e una dimensione arcana ed esaltare l'intensità di vissuto che accompagna una determinata situazione.
Con specifico riferimento a questi aspetti dinamici, la psicologia analitica vede nel rito un'esperienza che tiene in contatto con il mondo archetipico: il rito è sempre un incontro ravvicinato con l'archetipo (Neumann).
Il rito attiva anzitutto il polo istintuale dell'archetipo: questo intento è bene esemplificato dai riti di invocazione o dall'esaltazione prodotta dai riti di preparazione alla guerra. Psicopatie a sfondo satanico e omicidi seriali costituiscono esempi patologici di attivazione della pulsionalità istintuale. Nel contempo, la prescrittività del rito funge da baluardo contro l'irrompere disordinato delle energie pulsionali. Le ritualità carnevalesche esemplificano la liberazione controllata di pulsioni, mentre la ritualità ossessiva costituisce un fallimento per eccesso di questa funzione protettiva del rito.
Il rito attiva anche il polo immaginale dell'archetipo, assolvendo funzioni di estensione delle conoscenze, consentendo la rappresentazione di polarità conflittuali e di antinomie psichiche e, attivando l'immaginario e la mitopoiesi, si pone a fondamento del processo individuativo. Nell'autismo, ad esempio, stereotipie rituali anticipano nuclei larvali di identità.
L'esperienza terapeutica presenta un'evidente fenomenologia rituale (delimitazione di loghi, tempi, ruoli, gesti, ecc.) ma soprattutto è sostenuta da aspetti dinamici affini a quelli del rito: intensità di vissuto, attivazione e controllo della vita pulsionale, estensione della consapevolezza, confronto con le antinomie. In quanto esperienza concreta, in cui si estrinseca il mito personale di ciascuno, si pone a fondamento del costituirsi dell'identità individuale.

La ritualità del setting come fattore curativo in psicoterapia

G. Turrini

Ospedale Privato Villa Maria Luigia, Parma

Il setting psicoanalitico si configura come un territorio particolare, nel quale le regole della relazione abituale vengono sostituite da altre e diverse regole. Per esempio, l'azione è in larga parte proscritta, mentre la parola gode di uno spazio di libertà immensamente superiore a quello di qualunque altra relazione umana, anche la più intima. Nell'analisi al paziente è concesso dire qualunque cosa, ed anzi proprio a questo viene incoraggiato. Tale possibilità non ha il corrispettivo in nessuna altra situazione relazionale abituale.
L'insieme dell'assetto formale che caratterizza il setting mantiene nel tempo una stabilità quasi totale, nella ripetizione reiterata di movimenti, atteggiamenti, parole. Esso contiene il "processo", definendo non l'oggetto della ricerca ma le regole del lavoro di ricerca. Definisce, insomma, non "cosa" ma "come". Si tratta, visto da una angolazione generale, di una sorta di cerimoniale, che entrambi i soggetti (analista e paziente) tendono ad osservare scrupolosamente, quasi con modalità automatiche. I gesti, le posture, le poche parole, assumono quindi il valore di un vero e proprio rito, che unisce i protagonisti dell'incontro e ne sottolinea l'appartenenza ad un sistema di regole che solo essi conoscono, condividono, e che ne permette il riconoscimento reciproco. All'interno di tale cornice si svolge il processo, ovvero il precorso trasformativo e terapeutico che ha come protagonista la coppia analitica.
In questo senso il rito del setting si fonda in modo analogo al rito nelle religioni e nelle società iniziatiche; non è unico (esistono riti diversi), è studiato e modificato dagli "anziani", ovvero coloro che sono investiti della resposabilità di custodire e vivificare il rito. Nella psicoanalisi ciò può essere ad esempio tradotto con lo studio della teoria della tecnica.
Ma quale è la influenza del setting nella costruzione e nello sviluppo del processo? La ritualità dei gesti e delle parole rimanda a significati e a contenuti psichici, oppure rappresenta meramente il contenitore neutro della attività trasformativa?
Nel lavoro terapeutico, in particolare con soggetti psicotici, ciò che parrebbe solo "forma", ovvero il setting, diviene "sostanza", ovvero contenuto relazionale ed emotivo. Ciò è vero solo a patto che il rito del setting venga vivificato dall'etica della relazione, e non sia irrigidito invece nell'esclusiva etica della prescrizione.

Rito e percorso individuativo. La dimensione iniziatica della terapia analitica

G. Borsetti, A. Simoncini*

*Clinica Psichiatrica, Università Politecnica delle Marche; *A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona*

La psicoterapia del profondo si presenta oggi come l'erede più moderno, culturalmente accettato, della ritualità che caratterizza l'iniziazione sia nell'accezione clanica che in quella misterica.

Non si vuol qui affermare che la psicoanalisi sia un rito di iniziazione, né che l'analizzato sia paragonabile ad un *dwija* della tradizione indù, un "nato due volte", ma indubbiamente c'è un mitologema ed una ritualità implicita nel setting di ogni psicoterapia – visibile come un *atanòr* alchemico – che avvia ad un percorso individuativo che Corbin ha indicato come "via dell'immaginale" e "all'immaginale", che Jung aveva colto come costellazione archetipica e Hillman ha definito come "fare Anima".

Da un lato l'iniziazione misterica mira a liberare l'uomo dai condizionamenti della vita normale e a condurlo al superamento della ristretta visione del mondo fenomenico. Dall'altro lato l'iniziazione clanica, cioè delle culture cosiddette primitive, mira ad integrare l'individuo nel gruppo sociale, permettendo a ciascuno di scoprire la propria identità. In entrambi i casi ci sono elementi comuni che permettono di cogliere suggestive analogie con quei tipi di terapia che si pongono come obiettivo non il superamento del sintomo od il cambiamento dell'assetto cognitivo ma il mutamento dell'essenza stessa del soggetto, dello psichismo. Analogie che forniscono spunti preziosi per formulare ipotesi sulla loro efficacia al di là di una pretesa scientificità o meno.

Se la psicopatologia rappresenta una soluzione di continuità ed una perdita di senso nel nostro flusso esistenziale, il percorso iniziatico – così come la psicoterapia – si propone fondamentalmente come ricerca di senso, termine polisemico che rimanda significativamente al significato ed all'orientamento, trovando fondamento in una ricca esperienza emozionale che solo in un secondo tempo sarà integrata in un sistema cognitivo. Il centro della coscienza viene così simbolicamente trasferito dal cervello al cuore.

Nel percorso iniziatico, come in quello individuativo, viene richiesto al soggetto il sacrificio di tutte le contingenze, legami ed ostacoli che gli impediscono di elevarsi ad una condizione esistenziale più elevata. Anche se su un piano puramente simbolico, è necessaria la capacità di affrontare la fonte primaria di ogni angoscia: la disgregazione e la morte. Ciò permette di definire l'iniziazione come una "nuova nascita", poiché non si tratta dell'acquisizione mentale di nuovi dati, bensì del passaggio ad una nuova ontologia. Lo stesso Guénon definisce la seconda nascita come una "rigenerazione psichica; ed è infatti nell'ordine psichico, … in cui si collocano le modalità sottili dell'essere umano, che devono attuarsi le prime fasi dello sviluppo iniziatico".

Anche al di là della concezione ritualistica del *setting*, dei presupposti di fattibilità consistenti sia nella terapia che nell'iniziazione misterica nella possibilità di scardinare la propria rappresentazione del mondo e di rendersi disponibile al "potere" come direbbe Castaneda, sono proprio le analogie tra i meccanismi dei percorsi individuativi e iniziatici che appaiono particolarmente suggestive.

La riedizione transferale del conflitto o del complesso costituiscono l'essenza rituale della terapia. La dinamica non va compresa né come rappresentazione simbolica, in cui simbolo significa espressione manifesta di un contenuto latente, né come allegoria, ma come evento primario irriducibile quale è l'atto rituale. Con Cassirer potremmo allora dire che in questa luce il rito non rappresenta ma costituisce un avvenimento reale, è così intessuto nella realtà dell'azione da diventarne una parte costitutiva. Il rito agisce sul reale agendo sulla rappresentazione del reale.

L'identificazione con gli stati primitivi della coscienza, lo stabilirsi di un nuovo contatto con la componente germinativa della psiche, produce un incremento dell'energia vitale e la componente regressiva viene bilanciata dal contenuto nucleare del rito stesso che pone al centro dell'attività la rappresentazione solenne di eventi sacri e impedisce di ricadere in una pura inconsapevole istintualità.

Anche nel percorso individuativo, il contatto più diretto con l'energia primigenia, lo scioglimento dei nodi conflittuali e complessuali, porta ad un aumento di energie a disposizione dell'Io, ma affinché non si produca una nuova, diversa inflazione è necessario l'ancoraggio ad un centro gravitazionale del rito psicoterapico ben solido ed efficace. La considerazione che questo nucleo possa essere rappresentato più dal processo individuativo realizzato dal terapeuta, dalla sua realizzazione del sé, piuttosto che dalla sua teoria epistemologica di riferimento, ci porterebbe lontano dal campo della nostra attuale trattazione. Ci basterà qui considerare il terapeuta come la presentificazione del "mito del sé".

VENERDÌ 22 FEBBRAIO 2008 - ORE 18.30-20.00
SALA NUREYEV

S85 - Human spaceflight: un modello concreto di integrazione bioneuropsicologica

MODERATORI
F. Garonna, V. Cotronei

Effetti neurobiologici e psicopatologici dell'ambiente spaziale

F. Garonna

S.C. Psichiatria, Ospedale "San Bassiano", Bassano Del Grappa (Vicenza)

I programmi delle Agenzie Spaziali Internazionali prevedono nel futuro prossimo e lontano una graduale colonizzazione umana del nostro sistema solare: dal completamento della Stazione Spaziale Internazionale, con una permanenza di più astronauti rispetto agli attuali due, alla stazione lunare, al viaggio per Marte …
L'ambiente spaziale resta un ambiente estremo e pericoloso, che comporta adattamenti anatomo-fisiologici imponenti. Determinante è il fattore umano, in quanto dopo o assieme ai robot sarà l'Uomo il vero protagonista di questa avventura.
Già sono note le modificazioni neurofisiologiche determinate dall'ambiente microgravitario, ma ancor più importanti sono gli aspetti psicologici e psicopatologici che intervengono sia dovute alle condizioni neurofisiologiche estreme, sia legate alla condizione di isolamento in spazi ristretti e distanti dal proprio habitat familiare. Sono stati descritti dai reports degli stessi astronauti interessanti fenomeni di reazione e adattamento, che intervengono durante e dopo le missioni spaziali, l'interazioni con individui di diversa nazionalità e cultura, di sesso diverso.
Le esperienze condotte in ambienti confinati sperimentali, cassoni sottomarini, stazioni polari, camere iperbariche, grotte ecc. riproducono solo parzialmente e sommariamente la condizione di vita nello spazio. In questo caso si deve prefigurare una permanenza protratta, con difficoltà di comunicazione dal controllo a terra, pericolosità estrema senza possibilità di soccorso.
Quanto influiscono sulle dinamiche psicologiche e psicopatologiche che si possono prevedere gli effetti neurobiologici dello spazio extraterrestre, e quanto è dovuto agli aspetti relazionali e psicologici personali. La risposta a questi interrogativi è data dalla visione unitaria bioneuropsicologica con cui si devono comprendere i fenomeni di reazione e di adattamento umano all'ambiente spaziale. Questo diventa pertanto un laboratorio di studio fondamentale dei processi di integrazione somato-psichica nel comportamento umano.

Riferimenti bibliografici

Hawkey A. *The physical price of a ticket into space*. JBIS 2003;56:152-9.

Grigoriev AI, Kozlovskaya IB, Potapov AN. *Goals of biomedical support of a mission to Mars and possible approaches to achieving them*. Aviat Space Environ Med 2002;73.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA CAVALIERI 1

S86 - European Bipolar Forum on "Soft Bipolar Spectrum": Recognizing and treating hypomania: The mission impossible

MODERATORI
G. Perugi, J. Angst

Hypomania during Depression

F. Benazzi

University of California at San Diego, USA

Depressive mixed states (DMX) (ie, co-occurring depression and non-euphoric, usually subsyndromal, manic/hypomanic symptoms) have recently seen a rebirth of studies. The last five years papers were reviewed.

Results: DMX frequencies were 20-70%, in bipolar disorders (BP) and in major depressive disorder (MDD). The most common manic/hypomanic symptoms were irritability, racing/crowded thoughts, and psychomotor agitation. Among the definitions of DMX tested, ie, depression plus different cutoffs number of manic/hypomanic symptoms, and depression plus several combinations of specific manic/hypomanic symptoms, the most validated one was depression plus 3 or more hypomanic symptoms. However, di-

mensional definitions were supported by *no bi-modality* in the distribution of *intradepressive and lifetime* manic/hypomanic symptoms. Diagnostic validity of DMX was supported by the following findings: 1) strong association with BP family history, and BP, 2) moderate diagnostic stability, 3) factors of mania/hypomania present in depression, 4) dose-response relationship between number of intradepressive hypomanic symptoms and BP family history loading, 5) non-bi-modal distribution of intradepressive and lifetime manic/hypomanic symptoms in/between BP and MDD, 6) correlation between intradepressive and lifetime manic/hypomanic symptoms and MDD symptoms, 7) MDD DMX more likely to shift to BP, 8) MDD DMX closer to BP on bipolar validators than to non-DMX MDD.

Conclusions: DMX may support the continuity/spectrum concept of mood disorders, as opposite polarity symptoms in the same episode do not support a splitting between mania/hypomania (defining BP) and depression (defining MDD). For treatment impacts, antidepressants may worsen DMX by increasing manic/hypomanic symptoms, and combinations of mood stabilising agents and antidepressants may be required in BP and MDD DMX.

References

Benazzi F. *Family history validation of a definition of mixed depression*. Compr Psychiatry 2005;46:159-66.

Akiskal HS, Benazzi F. *Family history validation of the bipolar nature of depressive mixed states*. J Affect Disord 2003;73:113-22.

Maj M, Pirozzi R, Magliano L, Bartoli L. *Agitated depression in bipolar I disorder: prevalence, phenomenology, and outcome.* Am J Psychiatry 2003;160:2134-40.

HCL-32. The origins and the development of a self-assessment screening tool for hypomania

J. Angst, F. Benazzi*

*Zurich University Psychiatric Hospital; *E. Hecker Outpatient Psychiatry Center, Forli (Italy), University of California at San Diego (USA) Collaborating Center, and the Department of Psychiatry, National Mental Health Service, Forli (Italy)*

Background: for several reasons there is a considerable underdiagnosis of bipolar-II disorders (BP-II) and minor bipolar disorders (MinBP) in favour of depression. Starting in 1986 the Hypomania Checklist-20 was successfully used over several interview waves of the epidemiological Zurich Study for the assessment of a hypomanic/manic syndrome. The list was first applied as a self-assessment instrument by Hantouche in France in a multicentre study on major depression and resulted in a doubling of the diagnoses of BP-II (from about 20% to 40%) in patients with major depressive episodes. This led us to expand the instrument (Hypomania Checklist-32 (HCL-32)) for use as a self-assessment screening instrument for hypomania/mania.

Methods: the HCL-32 assesses periods of "ups and downs" of energy, activity and mood in terms of symptoms, duration and consequences. It includes, and does not pathlogise, normal everyday changes. It was applied to out-patients with major depressive disorders (MDD) and BP-I and BP-II disorders in Italy (Benazzi), Sardinia (Carta et al.), Sweden (Adolfsson & Skeppar), Spain (Vieta et al.) and Germany (Katzmann); in addition, it was given to normal subjects in Sweden (Adolfsson), Germany (Meyer) and Switzerland (Brand, who included individuals who had fallen in love).

Results: in several samples the HCL-32 was shown to have good re-test reliability and good psychometric properties (reliability, sensitivity and specificity). In samples of both patients and normal subjects, factor analyses resulted in a two-factor solution, one "active/elated", the other "risk-taking/irritable". A minimum score of 14 was shown to have a positive predictive value for BP-II disorder of over 80% (Benazzi).

Conclusion: the HCL-32 would appear to be a suitable screening instrument for the self-*assessment* of hypomania: It can be used in clinical practice in order to sharpen the recognition of BP-II and minor bipolar disorders at a subsequent interview.

Reference

Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer TD, et al. *Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients.* J Affect Disord 2005;88:217-33.

Centrality of hypomania in treating the "soft bipolar spectrum"

E. Hantouche

Mood Center, Adult Psychiatry Department, Pitié-Salpêtrière Hospital, Paris, France

Soft bipolarity is characterized by numerous and complex complaints and target symptoms. Therefore there is a need to adopt effective models and a hierarchical approach of target problems to treat. By contrast to "bipolar" model (independence of hypomanic and depressive episodes), the "continuum" model seems to be more effective and practical. This model applies the primacy of hypomania (mental and behavioral excitability and hyperactivity), circularity, and persistent mood and behavioral instability, and trait impulsivity. Until now, the treatment of soft bipolarity is more "experience-based" than "evidence-based". Some fundamental stages are needed for this purpose:

Clinical stage

– Obtaining the whole clinical subtleties of mood swings and disorders.
– Systematic search for co-morbidities (anxiety and impulse control disorders).
– Exploring basic affective temperaments.
– Self-rating of hypomania, cyclothymia, and hyperthymia.
– Getting information from family members, and exploring family history of bipolarity.

Pharmacological stage

– Knowing basic elements of psychopharmacology, especially concerning novel anticonvulsants and antipsychotics.
– Making selective choice for problems to treat and solve (such as "dark" hypomania).
– Targeting pertinent targets, such as psychic excitement, impulsivity, and hyper-reactivity.

– Preparing optimal first-line drug therapy, ideally beginning with mono-therapy.
– Applying the rule "Go slow and stay low" for all soft bipolars.
– Using clever combinations with the best pharmacokinetic and dynamic interactions.
– Understanding and making sure to be understood by patients.
– Guaranteeing the best somatic and cognitive tolerance (Avoid sedative drugs).
– Thinking always "long-term" objectives in terms of functionality (activities, quality of life, family well-being), and accepting some residual symptoms.
– Never neglecting suicide risk (search always for family history of suicide).

Psychological stage
– Never fixing the objective of "total platitude"; certain level of instability and hypomania are needed to preserve creativity.
– Being constantly "flexible" (treatment should be adapted to the patient, not the reverse).
– Saving the patient's creative potential.
– Integrating brain chemistry with psychology and vice versa.
– Insisting on the high importance of psycho-education.
- Being constantly ready to work within a team.
- Privileging integrated and structured approaches.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA CAVALIERI 2

S87 - Antisocialità e devianza: genesi e margini di curabilità

MODERATORI
F. Madeddu, S. Dazzi

Psicopatia e antisocialità. Una introduzione

F. Madeddu

Dipartimento di Psicologia, Università di Milano Bicocca

La contemporanea concettualizzazione dell'area legata alla devianza proviene, come noto, da numerose rivisitazioni relative ai diversi modi di inquadrare il fenomeno. Il rapporto con altre aree psicopatologiche, il legame con i temi sociali e giuridici, i tentativi di identificare una genesi specifica, sono stati tutti temi che hanno fornito contributi al dibattito odierno.
Attualmente due grandi ipotesi nosografiche sembrano contendersi il campo: da un lato il riferimento è al disturbo antisociale di personalità così come emerge dal DSM IV, dall'altro i lavori di Hare sulla psicopatia. Sullo sfondo una logica più puramente 'descrittiva' ed un'attenta anche a dimensioni psicologicamente più rilevanti. A queste è necessario aggiungere l'approccio psicodinamico che trova soprattutto in O. Kernberg, un autorevole posizione relativa alle dinamiche più profonde, con ipotesi eziologiche e cliniche specifiche.
Nella presentazione questi temi verranno brevemente richiamati, con l'intento di permettere soprattutto una corretta identificazione terminologica e clinica della questione in esame. Spesso infatti con termini simili o identici si intendono fenomeni clinici diversi fra loro, impedendo uno scambio proficuo e l'identificazione di prassi terapeutiche anche minimamente condivise. Gli studi longitudinali appaiono in tal senso promettenti, nella direzione di identificare traiettorie differenti e sottotipizzazioni empiricamente fondate.

Bibliografia

Dazzi S, Madeddu F. *Cattivi si nasce e si diventa*. Milano: Raffaello Cortina Editore (in press).

Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Ontario: MultiHealth System 2003.

Neumann CS, Vitacco MJ, Hare RD, Wupperman P. *Reconstructing the 'reconstruction' of psychopathy: a comment on Cooke.* Mitchie, Hart & Clark. J Pers Disord 2005;19:624-40.

Il trattamento farmacologico dei disturbi gravi della personalità

E. Mundo, M. Buoli, A.C. Altamura

Cattedra di Psichiatria, Università di Milano, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena

Nel corso della presentazione verranno passati in rassegna i più recenti dati sul trattamento farmacologico dei disturbi gravi della personalità con particolare riferimento a quelli dell'area borderline e antisociale. La terapia farmcologica nei disturbi borderline e antisociale della personalità rappresenta solo un aspetto di un progetto di trattamento più complesso e integrato, e viene solitamente utilizzata per il controllo di alcune dimensioni cliniche che si accompagnano ai tratti maladattativi, tra cui oscillazioni dell'umore, impulsività, gesti auto- o etero-aggressivi, sintomi d'ansia, sintomi psicotici. Secondo quanto riportato in letteratura, la terapia di prima scelta per il controllo dei sintomi dell'umore e di quelli d'ansia sono gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), spesso associati a stabilizzatori dell'umore (quali il valproato) utili anche per il controllo dell'impulsività. Particolarmente interessante risulta essere il profilo farmacologico clinico di alcuni antipsicotici atipici che, oltre ad avere una provata efficacia sui sintomi psicoti-

ci potrebbero anche avere un'azione stabilizzante nel lungo termine e, pertanto, essere particolarmente indicati nel trattamento dei disturbi della personalità gravi. Al termine della presentazione verranno presi in considerazione alcuni aspetti dell'integrazione tra l'effetto dei farmaci e quello della psicoterapia ad orientamento dinamico e, in particolare, verranno discussi i nuovi orientamenti della ricerca sull'effetto neurobiologico dei trattamenti farmacologici e non farmacologici.

Bibliografia

Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus P. *Borderline personality disorder*. Lancet 2004;364:453-61.

Mundo E. *Neurobiology of dynamic psychotherapy: an integration possible?* J Am Acad Psychoanal Dynamic Psychiatry 2006;34:676-88.

Zanarini MC and Frankenburg FR. *Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study.* J Clin Psychiatry 2001;62:849-54.

Gli studi longitudinali nella devianza. Lo Studio Longitudinale Adolescenti di Parma (SLAP)

S. Dazzi

Università di Milano, Bicocca

L'antisocialità descritta dagli studi longitudinali è definita secondo un approccio *life span oriented*, che consente di impadronirsi dei cambiamenti individuali, incorporando le variazioni degli agiti distruttivi nel tempo. Il comportamento patologico viene, perciò, analizzato, grazie alla numerosità dei follow-up e agli intervalli di tempo, in un ampio periodo, dal suo esordio e dal suo sviluppo nel tempo, al suo eventuale declino o alla sua escalation e stabilizzazione. La considerazione del dispiegarsi del disturbo, della suo origine e del suo decorso passato, consente una più valida predizione della prognosi e la possibilità di costruire itinerari evolutivi che collochino i molteplici stadi della patologia in un ordine empiricamente definito.

Dopo un'analisi della letteratura sui risultati e le traiettorie di sviluppo della devianza, sui meccanismi di interazione tra fattori di rischio e protettivi che danno origine ai fenomeni di continuità interattiva e cumulativa e sull'intervento di condizioni di mediazione o moderazione della predisposizione individuale iniziale, è stato progettato lo Studio Longitudinale sugli Adolescenti di Parma (SLAP).

Lo studio SLAP prevede la somministrazione di quattro *assessment* in quattro diverse fasi dello sviluppo individuale: nel T1 sono stati intervistati soggetti di 11-12 anni (2001-2002), nel T2 soggetti di 14-15 anni (2004-2006) e nel T3 e T4 saranno intervistati gli stessi soggetti a 16-17 anni (2006-2007) e a 18-19 anni (2008-2009). Il campione è costituito da circa 600 ragazzi frequentanti all'inizio della ricerca le scuole medie inferiori, poi, a partire dal T2, le scuole medie superiori della città di Parma. Obiettivo è la rilevazione dell'insieme dei fattori di rischio e protettivi connessi allo sviluppo di antisocialità, in particolare la costruzione di meccanismi e percorsi evolutivi generanti la messa in atto di agiti devianti, violenza o abuso di sostanze. Dagli strumenti somministrati è stato e sarà possibile cogliere molteplici fattori di personalità,di temperamento, connessi all'ambiente familiare e alle relazioni con i propri genitori, connessi al gruppo sociale e alle relazioni con i coetanei, riguardanti la diagnosi di patologie emergenti nell'infanzia come il disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività, il disturbo oppositivo provocatorio, il disturbo della condotta, il disturbi del comportamento alimentare e, in generale, tutti quegli elementi in grado di svolgere il ruolo di fattori di rischio o di protezione per l'emergere delle psicopatologie adulte. Gli strumenti sono stati somministrati oltre che ai soggetti costituenti il campione, anche ai loro genitori e insegnanti, in modo da aver una descrizione del comportamento del soggetto da più punti di vista: quello personale, quello di un genitore che osserva il figlio nel contesto domestico e quello di un insegnante, in grado di descrivere la condotta del ragazzo a scuola. Il coinvolgimento dei genitori nella ricerca ha inoltre permesso di ricavare informazioni riguardanti il temperamento e le manifestazioni comportamentali del figlio durante l'infanzia, in età prescolare. Un questionario autosomministrato, la *Rutter Parent Scale* ha consentito di rilevare tali dati. La valutazione delle variabili così ottenute ci consentirà di verificare se, come confermato da numerose altre ricerche (Caspi & Moffit, 1990; Tremblay et al.,1988), esistano già nella prima infanzia degli indicatori di rischio di antisocialità.

Dall'analisi dei numerosi dati rilevati si sono concluse valutazioni delle relazioni tra le variabili, attraverso l'applicazione del metodo di elaborazione statistica SPSS e, attraverso lo svolgimento della *path analysis*, sono stati costruiti modelli probabilistici sulle relazioni causali, esemplificando così traiettorie evolutive che abbiano come esito evolutivo la manifestazione di condotte delinquenziali

L'intervento psicoanalitico in contesti ad alta incidenza di criminalità

S.M.G. Adamo

Università di Milano Bicocca

Il contributo si propone di descrivere e di discutere l'intervento a orientamento psicoanalitico nell'ambito di alcuni progetti educativi realizzati a Napoli, nell'ultimo decennio, grazie a una collaborazione tra il Comune di Napoli, la Direzione Regionale dell'istruzione e l'Università . Caratteristica comune di tali progetti è quella di rivolgersi a una fascia di popolazione residente in quartieri (centro storico e periferie), estremamente a rischio, per la presenza di povertà, disoccupazione, illegalità diffusa e appartenenza alla criminalità organizzata.

La fascia di età, a cui si è indirizzato l'intervento, è molto ampia, poiché abbraccia bambini degli asili nido e delle scuole per l'infanzia, e ragazzi della scuola media. In particolare il progetto, su cui mi soffermerò, è il Progetto Chance, attivo da dieci anni e rivolto al recupero di adolescenti drop-out. L'intervento è realizzato da un'équipe composta da psicoterapeuti dell'infanzia e adolescenza, da psicoanalisti esperti di gruppi e da psicologi clinici. Il contributo descriverà i vari setting attivati e i concetti teorici a cui ci si è riferiti e mostrerà, anche attraverso alcune esemplificazioni, l'evolversi del lavoro.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA ELLISSE

S88 - Relazioni sociali e disturbi psichiatrici

MODERATORI
G. Maina, M. Amore

Relazione amorosa e psicopatologia

D. Marazziti

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Da un punto di vista neurobiologico l'amore è un sistema integrato o un processo biopsicosociale che coinvolge l'uomo nella sua globalità biologica, psicologica e sociale che serve a promuovere la vicinanza tra due individui allo scopo di favorire la riproduzione della specie, ma anche il senso di sicurezza, la gioia e il benessere, attraverso l'attenuazione delle sensazioni spiacevoli provocate dall'ansia e dallo stress. Il termine "processo" indica, dunque, che l'amore è un'entità dinamica con un inizio preciso e che evolve, seguendo tappe ben precise. La prima tappa dell'amore è l'innamoramento che rappresenta la consapevolezza dell'attrazione, è presente in tutte le culture e le società e, pertanto, si ritiene che sia determinata geneticamente. Secondo alcune ipotesi, l'attrazione sarebbe regolata dagli stessi sistemi che entrano in gioco nelle emozioni primarie, quali l'ansia e la paura: seguendo questa teoria, diversi stimoli, come cambiamenti ormonali, eventi vitali, cambierebbero l'equilibrio chimico e/o funzionale del nostro cervello rendendolo in un certo senso "predisposto" a essere colpito in maniera massiva da determinati stimoli che provengono da un estraneo. Proprio perché entrano in gioco le aree coinvolte nelle emozioni, anche l'innamoramento non è un processo volontario ed è talvolta difficile da connotare o descrivere con parole. Sulla base delle somiglianze tra idea ossessiva, tipica del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), e idea prevalente dell'innamoramento, abbiamo esplorato l'ipotesi che ci potesse essere una sovrapposizione a livello di disfunzione serotoninergica. In effetti, i risultati di uno studio effettuato dal nostro gruppo ha dimostrato come in soggetti che si erano innamorati da poco tempo e si trovavano ancora nella fase romantica (cognitiva) della relazione, presentavano una riduzione di un marker serotoninergico rispetto ai controlli "normali" e simile a quella osservata in un gruppo di pazienti affetti da DOC. La nostra ipotesi dunque prevede l'esistenza di un continuum fra DOC attraverso l'idea prevalente, tipica dell'amore romantico fino a stati deliranti: Per queste ragioni, ci troviamo in accordo con altri autori, sul fatto che l'innamoramento e condizioni francamente patologiche come il DOC e i disturbi deliranti possano essere messi in relazione agli stessi sistemi neurobiologici. Il rischio di divenire completamente "ossessivi" o "paranoici" nei confronti del partner potrebbe essere interpretato come il prezzo da pagare, in termini evoluzionistici, al fine di ottenere una maggiore probabilità di legame e fedeltà alla relazione. La tempesta biochimica scatenata dall'attrazione provoca anche cambiamenti ormonali: infatti i soggetti nelle prime fasi dell'innamoramento presentano elevati livelli di cortisolo e questo dato è in accordo con ricerche effettuate sugli animali che evidenziano che la creazione di legami sociali è una situazione stressante. Il testosterone mostra un andamento caratteristico e opposto nei due sessi: negli uomini diminuisce e nelle donne aumenta, come se la natura mirasse a far incontrare a metà strada gli individui dei due generi. Recentemente, è stato anche riportato che l'innamoramento provoca un aumento dei livelli plasmatici dei fattori neurotrofici, aprendo nuovi scenari alla biologia delle relazioni sociali.

I bipolari e l'amore

A. Koukopoulos

Centro Lucio Bini, Roma

L'influenza più importante del disturbo bipolare sulla vita psichica riguarda l'amore. L'amore in senso lato che è la relazione della persona con tutte le cose, anche con le cose che apparentemente non ci coinvolgono e l'amore, in senso più stretto, per una persona fino ai legami erotici e la relazione sessuale. Tutto questo viene creato, coinvolto e stravolto dai vari stati dei disturbi dell'umore. Tutto si spegne nella depressione e tutto diventa doloroso.
Al contrario, nella mania e nella ipomania esplode la gioia di vivere; tutto diventa interessante, spesso meraviglioso e l'erotismo, in tutti i suoi aspetti viene esaltato in modo stupefacente. Sul piano dell'erotismo, come su altri aspetti della vita psichica, si notano notevoli differenze fra i vari tipi del disturbo bipolare. Nel disturbo ciclotimico si vivono numerosi, spesso fulminei e appassionati ma transitori, innamoramenti. Nel disturbo bipolare I gli innamoramenti sono meno numerosi ma più stabili.
Una situazione intermedia presenta il disturbo bipolare II. Da notare un parallelismo con la creatività artistica e questo non dovrebbe essere una sorpresa.

La famiglia del paziente ossessivo-compulsivo

P. Saracco

Servizio per i disturbi depressivi e d'ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

In pochi altri disturbi psichiatrici è dato di osservare un coinvolgimento del sistema familiare come quello che si verifica nel disturbo ossessivo-compulsivo (DOC): la peculiare sintomatologia che lo caratterizza è infatti in grado di coinvolgere i familiari, di invischiarli nel disturbo, di porre loro continue e specifiche richieste.
Schematicamente possiamo distinguere due tipi di coinvolgimento dei familiari, uno specifico del DOC e uno aspecifico, legato al fatto di convivere con una persona affetta da

un disturbo grave; procurare materiale per le compulsioni del paziente, aiutarlo a iniziarle o a svolgerle, assistere ai rituali sono tutte forme di coinvolgimento specifico, così come soddisfare i continui bisogni di rassicurazione del paziente, sostenere i tentativi di evitamento di situazioni ansiogene o sostituirsi ad esso in compiti che sarebbero di sua responsabilità. Numerosi familiari di pazienti con DOC sono talmente coinvolti nei sintomi del paziente che lo stile di vita dell'intera famiglia finisce col ruotare attorno alle richieste di quest'ultimo; per assecondare tali richieste i familiari si trovano così costretti a fare o non fare determinate cose, dall'allineare gli oggetti perché tutto sia "perfetto" o "simmetrico", all'indossare certi vestiti in casa per non "contaminare" l'ambiente. I familiari di pazienti con DOC possono tuttavia trovarsi coinvolti dal disturbo anche indirettamente, cioè non per effetto diretto dei sintomi sulla vita familiare, ma perché hanno un congiunto affetto da un grave disturbo cronico, con il conseguente "carico" di tensioni, provocazioni, stress che ne deriva; parliamo in questo caso di coinvolgimento aspecifico. La quotidianità con un disturbo tanto complesso, infatti, attiva nei familiari vissuti assai dolorosi di rabbia, disperazione, paura, impotenza, vergogna; con il passare del tempo cambiano le condizioni personali di vita dei familiari, che si trovano obbligati a modificare le proprie abitudini in casa e sul lavoro, e si alterano i rapporti interpersonali all'interno della famiglia, che risente del clima di frequente aggressione e provocazione prodotto dal paziente.
Con la presente relazione si intende fornire una fotografia dell'entità e delle caratteristiche di tale impatto del disturbo sulla famiglia, a fronte di una letteratura che fino ad oggi ha scarsamente indagato la qualità di vita dei familiari, o valutato il grado di coinvolgimento nei rituali o il carico assistenziale da essi sopportato.
Poiché l'esperienza clinica evidenzia come nel DOC il trattamento della famiglia sia una componente essenziale di un approccio terapeutico integrato, che voglia tener conto dell'importante ruolo giocato dal contesto familiare nel rinforzare il disturbo, verranno inoltre presentati i risultati ottenuti sui familiari con lo strumento della psicoeducazione, nella forma dei gruppi psicoeducazionali multifamiliari. L'approccio psicoeducazionale, sia esso rivolto ai pazienti o ai familiari, è infatti un aspetto del trattamento dei disturbi psichiatrici che sta ricevendo grande considerazione; nel trattamento del DOC tale intervento nasce con l'obiettivo di incidere sia sull'andamento del disturbo, contrastando il coinvolgimento dei familiari nella sintomatologia ossessivo-compulsiva, che sul funzionamento dell'intero nucleo familiare.

Late-onset depression. Tra vulnerabilità biologica e psicologica

M. Amore

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Parma

Il concetto di depressione senile, delineata nel DSM-II come entità nosografia autonoma, è scomparso nella III edizione del DSM.
Alexopoulos ha separato due forme di depressione in base all'età d'esordio, precedente o successiva ai 60 anni; i pazienti ad esordio depressivo tardivo (Late onset/LO) presentano con maggior frequenza ansia, insonnia iniziale, agitazione, sensi di colpa, inappetenza e perdita di peso, sintomi ipocondriaci, disturbi cognitivi (anche tipo pseudodemenza), deliri; rispetto ai pazienti con esordio precoce (*Early onset*/EO) più frequenti sono gli eventi di vita stressanti nei 12 mesi precedenti l'esordio della sintomatologia depressiva, mentre minore risulta la predisposizione familiare.
Recentemente la depressione tardiva è stata correlata con alterazioni strutturali cerebrali a livello di aree implicate nella genesi dei disturbi dell'umore (gangli della base e corteccia frontale); sulla base organica potrebbero agire fattori di stress come eventi di vita scatenanti condizioni depressive.
Questa vulnerabilità è supportata dalla maggiore incidenza di disfunzioni cognitive ed anormalità cerebrali nei pazienti con depressione LO, suggerendo per essi un approccio diagnostico-terapeutico differente ed un approfondimento circa la correlazione tra aree cerebrali coinvolte da lesioni – vascolari o degenerative – e lo sviluppo tardivo di disturbi depressivi.
La depressione che esordisce dopo i 60 anni si accompagna a più significative limitazioni funzionali, forse a causa di una più marcata influenza delle patologie organiche croniche associate ed alla conseguente disabilità fisica.
È quindi possibile considerare tre sottogruppi di depressione senile: depressione EO, depressione LO con fattori di rischio vascolari o degenerativi e depressione LO ad esordio successivo ad eventi di vita stressanti.
La depressione LO potrebbe quindi seguire due differenti percorsi eziologici, che possono sovrapporsi, tracciati attraverso cambiamenti biologici a carico del SNC di tipo vascolare o degenerativo o attraverso esperienze di vita stressanti.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA MONTEMARIO

S89 - Domande e sfide poste dalla disabilità intellettiva oggi

MODERATORI
G. La Malfa, A. Castellani

Un paradosso. Empatia del disabile

R. Rossi
Università di Genova

Dopo alcune considerazioni sulla natura dell'autismo infantile, e della disabilità in generale e sulle sue diverse articolazioni cliniche, viene da fare un'ipotesi inusuale. Se l'autismo corrisponde ad un grave difetto di quello che potremmo chiamare apparato relazionale, con un disturbo della capacità di costruire la teoria della mente, non è affatto detto che ciò vada a scapito dell'empatia, che è una funzione emotiva con una struttura tutta diversa. Si delinea quindi la possibilità, paradossalmente, di un autismo con grandi capacità empatiche, aspetto che è alla base di alcune rappresentazioni dell'autismo nel cinema.
Ciò richiama alla mente la figura del *filosofo folle*, nel *Sofista* di Platone.
Questo modo di vedere le cose potrebbe essere di non poca importanza nell'impostazione terapeutica, soprattutto sulla situazione emotiva e le funzioni recettive di chi cura o di chi si occupa del paziente artistico, scoprendo insospettate possibilità comunicative.

Riusciamo a capire l'Intelligenza?

G.P. La Malfa
Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, A.O.U. Careggi, Firenze

I criteri diagnostici per la disabilità intellettiva (DI) sono attualmente soggetti a notevoli critiche. In particolare non esiste un soddisfacente accordo sia riguardo al concetto cognitivo di DI (punteggio QI due deviazioni standard al disotto della media del proprio gruppo culturale di appartenenza), sia a quello di capacità adattativi (anch'esso almeno due deviazioni standard al disotto della media del proprio gruppo culturale di appartenenza). Queste incertezze metodologiche, rimandano alla complessità del concetto stesso di Intelligenza. È da molto tempo noto che esistono differenti paradigmi di intelligenza, che vanno dal fattore G, alle intelligenze multiple di Gardner. In quale misura la riflessione sulla persona con DI può aiutarci a meglio comprendere il concetto stesso di Intelligenza?
Attualmente esiste un notevole dibattito anche sulla stessa definizione di DI: i termini fino ad ora usati, oltre che "politicamente non corretti" non sembrano definire soddisfacentemente tali persone. Recentemente è stato proposto il termine di "disturbo cognitivo precoce", che probabilmente, anche se di difficile introduzione nella clinica, è quello più preciso.
Una definizione operativa interessante di intelligenza può essere quella di "comprensione del mondo che ci circonda". In questo senso intervengono varie funzioni cognitive che si integrano in modo variabile. Da questo punto di vista vediamo che persone con diversi profili cognitivi sono raggruppate sotto il termine di DI.
Ma la nostra comprensione del mondo avviene anche attraverso le emozioni e gli affetti. Recentemente grande attenzione viene posta al ruolo giocato dall'affettività. Infine anche la morale è una importante determinazione della nostra comprensione del mondo.
In questo senso, la sempre più accurata attenzione alla persona con DI, può aiutarci sicuramente e definire sempre più chiaramente l'intelligenza, anche da un punto di vista scientifico.

Le "certificazioni" per disabilità cognitive come indicatore epidemiologico

F. Nardocci
A.U.S.L. Rimini

Le certificazioni delle disabilità previste dalla Legge 104 per l'inclusione scolastica degli alunni in situazione di handicap, possono rappresentare un importante strumento per potenziare le capacità dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile di utilizzo dei sistemi diagnostici multiassiali e per migliorare le loro competenze diagnostico valutative in tema di ritardo mentale e disturbi dell'apprendimento.
La consistenza attuale delle certificazioni si è stabilizzata mediamente sul 2% della popolazione scolastica. Notevoli differenze però si riscontrano non solo per le diverse fasce di età, ma tra territori regionali e provinciali anche limitrofi. Diversi "stili" di certificazione caratterizzano i vari Servizi di Npi, stili non agevolati dallo scarso utilizzo di un sistema classificatorio unico.
Particolari elementi di valutazione del fenomeno della variabilità della percentuale delle certificazioni sulla popolazione scolastica generale possono essere anche evidenziati dai confronti sulla popolazione scolastica con disabilità delle altre Nazioni Europee. Particolari elementi permettono di individuare nella disabilità cognitiva l'area di maggiore possibilità di confusione diagnostica e in particolare nell'area diagnostica del ritardo mentale, in particolare quello lieve, e nelle diagnosi differenziali tra ritardo mentale e disturbi dell'apprendimento.
Le certificazioni previste dalla Legge 104 si configurano pertanto come uno strumento di indagine epidemiologica di notevole importanze così come l'area del ritardo mentale uno dei contesti prioritari su cui indirizzare lo studio e il consenso dei servizi verso l'utilizzo di sistemi classificatori unitari.

Atteggiamento degli adolescenti nei confronti delle persone affette da disabilità intellettiva

A.P. Verri, S. Pazzi, A. Cremante, V. Destefani

Laboratorio di Psicologia Cognitivo Comportamentale, A.P. Verri, Fondazione "Istituto Neurologico Casimiro Mondino", Pavia

Introduzione: allo scopo di prevenire lo stigma verso la disabilità intellettiva abbiamo condotto, in collaborazione con l'associazione Anffas Pavia, una indagine di valutazione degli atteggiamenti degli adolescenti verso le persone con disabilità intellettiva. È noto, infatti, in letteratura che gli atteggiamenti hanno valore predittivo rispetto ai comportamenti degli individui.
Metodologia: sono stati testati 377 ragazzi (130 maschi e 247 femmine), di età media di 17,2 anni, frequentanti le classi terze e quarte di sei differenti ordini di scuola media superiore (liceo scientifico/linguistico, liceo psico-socio-pedagogico, istituto tecnico professionale con indirizzo operatore sociale, istituto tecnico per ragionieri, istituto tecnico industriale).
Gli alunni sono stati esaminati attraverso l'utilizzo del questionario MRAI-R (*Mental Retardation Attitudes Inventory*; Antonak & Harth, 1994). L'inventario è composto da 29 item che consentono di ottenere un punteggio totale, che rappresenta la stima dell'atteggiamento verso le persone con ritardo mentale e quattro punteggi relativi alle sottoscale che si riferiscono alle componenti di tale atteggiamento: integrazione-segregazione (fattore 1), distanza sociale (fattore 2), diritti personali (fattore 3), e pregiudizi (fattore 4).
Risultati: dal confronto dei risultati registrati per ciascun ordine di scuola si è evidenziato che gli studenti dei licei e dell'istituto professionale con indirizzo operatore sociale hanno ottenuto un punteggio più elevato corrispondente ad un atteggiamento più aperto nei confronti della disabilità, mentre gli studenti in istituti tecnici sembrano registrare valori inferiori.
Per quanto riguarda i rapporti con le persone affette da disabilità intellettiva, ha dichiarato di avere una persona affetta da ritardo mentale il 9,81% del campione in famiglia, il 53,58% tra le proprie conoscenze e il 19,89 nel vicinato. Il 17,77% degli studenti ha un compagno di scuola con disabilità intellettiva, e solo il 7,95% di loro riferisce una frequenza quotidiana del compagno. Inoltre, il 16,97% del campione riporta frequenti contatti con persone affette da disabilità intellettiva, mentre il 77,45% dichiara di avere con loro relazioni saltuarie. Per quanto concerne la definizione qualitativa soggettiva del tipo di rapporto, i ragazzi che descrivono un atteggiamento spontaneo nei confronti delle persone con ritardo mentale sono il 74,53%, mentre il 20,15% sembra percepire il rapporto in modo forzato. Infine, tra gli studenti testati, l'85,41% sente il proprio contatto con portatori di disabilità intellettiva positivo, mentre il 8,28% giudica negativamente la qualità di tale contatto.
Conclusioni: l'analisi degli atteggiamenti nei confronti delle persone affette da disabilità intellettiva si profila di centrale importanza ai fini della prevenzione di pregiudizi e comportamenti negativi. La somministrazione di questo strumento può costituire una prima tappa del percorso di sensibilizzazione alla disabilità intellettiva mirato all'integrazione delle persone che ne risultano affette.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA LEONARDO

S90 - Interventi di tranquillizzazione rapida nell'urgenza

MODERATORI
P. Girardi, G. Di Sciascio

Linee guida per la tranquillizzazione rapida

G. Di Sciascio, S. Calò, A. Bellomo*

*Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari, Azienda Ospedale "Policlinico" di Bari; * Dipartimento di Psichiatria, Università di Foggia, Azienda Ospedale "Ospedali Riuniti" di Foggia*

In ambito psichiatrico, come in quello medico in generale, l'urgenza configura una condizione di patologia grave che richiede un intervento terapeutico immediato.
La frequenza delle urgenze psichiatriche negli ultimi anni è notevolmente aumentata, probabilmente come risultato di un cambiamento nel sistema dell'assistenza psichiatrica [1].
Nell'ambito dell'urgenza psichiatrica la maggior parte delle condizioni cosiddette "improcrastinabili" riguardano gli stati di agitazione psicomotoria. Tra i fattori di rischio correlati alle emergenze comportamentali ricordiamo l'appartenenza al sesso maschile, l'abuso di sostanze stupefacenti, la presenza di un discontrollo degli impulsi; non è, infine, da sottovalutare il ruolo svolto dal contesto o background socio-culturale del paziente e di recenti *life-events* stressanti [2].
Numerosi disturbi possono correlarsi ad una situazione di agitazione psicomotoria o a comportamento francamente aggressivo/violento.
Alla luce di tali considerazioni appare evidente quindi come una tempestiva diagnosi, che consenta di discriminare tra i

diversi quadri psicopatologici sottostanti, sia di fondamentale importanza al fine di effettuare un intervento terapeutico appropriato nel periodo più breve possibile.
Le *Expert Consensus Guidelines* [3 4] sul trattamento delle urgenze comportamentali raccomandano, infatti, un corretto impiego degli strumenti psicofarmacologici sia per il buon esito dell'intervento sia per stabilire l'alleanza terapeutica con il paziente. L'obiettivo di un buon intervento sull'acuzie sintomatologia non è semplicemente quello del controllo dei sintomi, ma facilitare il passaggio verso la fase successiva del trattamento [5]. L'utilizzo di un farmaco scarsamente tollerabile in acuto ne compromette l'*effectiveness* nel lungo termine. Allo stesso modo, un farmaco scarsamente maneggevole, specie in un paziente con comorbidità organica, o *drug-na?ve*, può causare effetti collaterali pericolosi e potenzialmente letali.

Bibliografia

1. Hazlett SB, McCarthy ML, Londner MS, Onyike CU. *Epidemiology of adult psychiatric visits to US. Emergency departments*. Acad Emerg Med 2004;11:193-5.
2. Anderson AC. *Environmental factors and aggressive behavior*. J Clin Psychiatry 1982;43:280-3.
3. Allen MH, Currier GW, Hughes DH, Reyes-Harde M, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies. *The Expert Consensus guideline series: treatment of behavioral emergencies*. Postgrad Med 2001;(Spec. No):1-88.
4. Allen MA, Currier GW, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. *The Expert Consensus guideline series: treatment of behavioral emergencies 2005*. J Psychiatr Pract 2005;11(Suppl. 1):1-108.
5. Currier GW, Chou JC, Feifel D, Bossie CA, Turkoz I, Mahmoud RA, et al. *Acute treatment of psychotic agitation: a randomized comparison of oral treatment with risperidone and lorazepam versus intramuscular treatment with haloperidol and lorazepam*. J Clin Psychiatry 2004;65:386-94.

10 anni di tranquillizzazione rapida nel DEA e in un reparto per acuti

G. Ducci

U.O.C. S.P.D.C. San Filippo Neri, Roma, D.S.M. A.S.L. Roma E

La tranquillizzazione rapida è la procedura di somministrazione, generalmente parenterale, con dosaggi variabili ed ad intervalli di tempo brevi, di antipsicotici e viene messa in atto per il controllo di pazienti agitati, minacciosi o violenti. Nel corso degli anni sono state proposte strategie farmacologiche diverse e sono stati utilizzati concetti differenti quali neurolettizzazione rapida, contenzione chimica, psicotolisi e tranquillizzazione rapida. Quest'ultimo concetto ha mostrato minori ambiguità rilevandosi, nello stesso tempo, più operativo. Gli obiettivi della tranquillizzazione rapida sono: ridurre l'angoscia e l'agitazione minimizzando gli effetti collaterali; ridurre i comportamenti pericolosi; tranquillizzare, non neurolettizzare; sedare, se necessario. D'altra parte, pur esistendo una corposa bibliografia per quel che riguarda i farmaci utilizzati, la scarsa standardizzazione delle procedure ed il sostanziale non consenso sullo schema di intervento porta ad una estrema variabilità di comportamento. La terapia farmacologica presenta tre opzioni: orale (meno invasiva, richiede tempo per agire); EV (azione più rapida, più invasiva, a volte pericolosa come nel caso di assunzione di cocaina) IM (trattamento di scelta se non è richiesta un'azione immediata). Verranno illustrati i dati di prevalenza dell'intervento farmacologico utilizzato per oltre 10 anni nel DEA e nel SPDC dell'Ospedale San Filippo Neri di Roma (neurolettico + BDZ EV), per un totale di circa 500 interventi su un numero complessivo di oltre 5000 ricoveri. L'intervento descritto ha il vantaggio di una rapida tranquillizzazione o sedazione in situazioni di acuzie psicopatologica o di rischio di condotte aggressive, lasciando intatta la possibilità di impostare in un secondo tempo una terapia antipsicotica o di stabilizzazione dell'umore, e riducendo fino ad annullare la necessità del ricorso alla contenzione fisica ed all'isolamento, tecniche coercitive variamente utilizzate nel mondo. Verranno riportate alcune considerazioni rispetto alla popolazione trattata (sesso, età, diagnosi clinica), all'incidenza degli effetti collaterali ed alle controindicazioni assolute e relative. Infine verrà messo in evidenza l'effetto risolutore di tale intervento nei quadri di grave agitazione e confusione correlati alla diagnosi di disturbo dissociativo della coscienza.

Bibliografia

Bazire S. *Psychotropic drug directory*. London: Riley 2000.

Currier GW. *Atypical antipsychotic medications in the psychiatric emergency service*. J Clin Psychiatry 2000;61(Suppl. 14):21-6.

Fagioli S, Polselli GM. *L'uso degli psicofarmaci nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura del Lazio*. Minerva Psichiatr 1997;38:103-11.

Heilbrun K, Golloway GG, Shoukry VE, Gustafson D. *Physical control of patients on an inpatient setting: forensic vs. civil populations*. Psychiatr Q Summer 1995;66:133-45.

Hillard JR. *Emergency treatment of acute psychosis*. J Clin Psychiatry 1998;59(Suppl. 1):57-60.

Terapie farmacologiche nell'urgenza psichiatrica

C. Vampini

Dipartimento per la Salute Mentale, Verona

Un corretto impiego delle terapie psicofarmacologiche appare essenziale al buon esito dell'intervento nelle urgenze psichiatriche. L'obiettivo non è solo quello di controllare i sintomi dell'acuzie, ma anche quello di facilitare il passaggio verso le fasi successive del trattamento. In tal senso, l'utilizzo di farmaci con buona tollerabilità in acuto, oltre a essere più sicuro in soggetti con comorbilità organica o *drug-na?ve*, migliora la *compliance* e quindi l'*effectiveness* sul lungo termine. Nel trattamento sintomatico acuto dell'ansia le benzodiazepine, in virtù della loro rapidità d'azione rappresentano la terapia di scelta. Il lorazepam in fiale, somministrato per via IM, risulta il composto più rapido e maneggevole. L'impiego di un antipsicotico in associazione può essere indicato nei casi di agitazione molto grave o se l'ansia appare sintomatica di un disturbo psicotico. Nel trattamento d'urgenza di uno stato psicotico acuto gli antipsicotici vengono impiegati con un obiettivo immediato di tipo sintomatico, cioè quello di ridurre rapidamente i livelli di angoscia ed agitazione e di controllare, per quanto possibile, comportamenti aggressivi. L'effetto specifico sui sintomi psicotici compare, di norma, solo in

un periodo successivo. Storicamente, i farmaci più utilizzati nelle condizioni di acuzie psicotica sono stati gli antipsicotici di prima generazione, anche grazie alle loro formulazioni parenterali. Per quanto riguarda gli antipsicotici di seconda generazione, la recente introduzione sul mercato internazionale di formulazioni in fiale di aripiprazolo, olanzapina e ziprasidone ne ha facilitato l'utilizzo anche alle situazioni di urgenza. Studi recenti hanno documentato per questi composti, somministrati per via IM, l'efficacia e la tollerabilità sull'agitazione acuta in corso di psicosi. Per un impiego ottimale nella pratica clinica vanno, peraltro, considerate alcune caratteristiche differenziali, farmaco-specifiche. In generale, i vantaggi dei nuovi antipsicotici rispetto a quelli tradizionali consistono in una tranquillizzazione ottenuta con minori effetti sedativi e in un migliore profilo di tollerabilità e si traducono in una maggiore maneggevolezza d'impiego in situazioni critiche.

Bibliografia

Andrezina R, Josiassen RC, Marcus RN, Oren DA, Manos G, Stock E, et al. *Intramuscular aripiprazole for the treatment of acute agitation in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a double-blind, placebo-controlled comparison with intramuscular haloperidol*. Psychopharmacology 2006;188:281-92.

Breier A, Meehan K, Birkett M, David S, Ferchland I, Sutton V, et al. *A double-blind, placebo-controlled dose-response comparison of intramuscular olanzapine and haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia*. Arch Gen Psychiatry 2002;59:441-8.

Daniel DG, Potkin SG, Reeves KR, Swift RH, Harrigan EP. *Intramuscular (IM) Ziprasidone is effective in reducing acute agitation associated with psychosis: a double – blind, randomized trial*. Psychopharmacology 2001;155:128-34.

Meehan K, Zhang F, David S, Tohen M, Janicak P, Small J, et al. *A double blind randomized comparison of the efficacy and safety of intramuscular injection of olanzapine, lorazepam, or placebo in treating acutely agitated patients diagnosed with bipolar mania*. J Clin Psychopharmacol 2001;21:389-97.

Zimbroff DL, Marcus RN, Manos G, Stock E, McQuade RD, Auby P, et al. *Management of acute agitation in patients with bipolar disorder: efficacy and safety of intramuscular aripiprazole*. J Clin Psychopharmacol 2007;27:171-6.

"L'agitazione psicomotoria". Chi ben comincia ...

P. Girardi, B. Patrizi, V. Savoja, A.E. Koukopoulos, G.D. Kotzalidis

Sapienza Università di Roma, II Facoltà di Medicina, Ospedale Sant'Andrea, Roma

Introduzione: l'agitazione psicomotoria è il sintomo più frequentemente riscontrato nei reparti di emergenza. La causa può essere la più disparata: dai disturbi d'ansia a quelli depressivi e bipolari, alla schizofrenia. La diagnosi precoce è spesso difficile al primo contatto; comunque, la terapia appropriata è comune nella maggioranza dei casi. L'obiettivo primario è quello di ridurre l'agitazione, a prescindere dalla condizione di base. Le pratiche più frequenti configurano due approcci fondamentali, uno che presuppone che l'azione antipsicotica sia ad esordio tardivo, per cui l'agitazione viene trattata con terapie prevalentemente sedative, l'altro che sostiene che l'azione dei farmaci antipsicotica sia immediata e tende ad instaurare il farmaco che verrà impiegato nel lungo termine sin dall'inizio, ponendo più attenzione alla psicosi, ipotizzata come causa dell'agitazione, e meno attenzione all'agitazione come predittore negativo dell'*outcome*. Abbiamo ipotizzato che la correttezza del trattamento all'esordio della sintomatologia evita l'iatrogenia legata all'uso di farmaci con forte componente sedativa, come gli antipsicotici classici, associandosi a un migliore *outcome*.

Metodologia: abbiamo revisionato la letteratura utilizzando come termini MeSH "psychomotor agitation", "psychiatric emergency", "outcome", "one-year follow-up" e la terapia con farmaci antipsicotici, classici e atipici. Abbiamo confrontato gli esiti dei vari studi a distanza di 1 anno. Inoltre, abbiamo cercato la letteratura che misurasse la sintomatologia psicotica e l'agitazione nel corso della farmacoterapia antipsicotica e abbiamo riassunto i suoi risultati.

Risultati: gli antipsicotici atipici come gruppo sono risultati dopo un anno di terapia migliori degli antipsicotici classici e della terapia sedativa con benzodiazepine e antistaminici nell'induzione di migliore *compliance*, minore tasso di *drop-out*, migliore qualità della vita nella popolazione psicotica inizialmente agitata. Gli antipsicotici inducono una miglioramento dei sintomi psicotici e dell'agitazione entro i primi giorni di trattamento [1], ma possono iniziare la loro azione curativa nei confronti del complesso sintomatologico psicotico anche dopo alcune settimane in alcuni pazienti [2].

Conclusioni: la corretta impostazione di una farmacoterapia antipsicotica all'esordio della sintomatologia psicotica, quando in un'emergenza psichiatrica è presente agitazione, consente di evitare l'effetto patoplastico di una medicazione sintomatica, legata a maggior drop-out per inefficacia ed effetti collaterali a distanza di un anno. La risposta alla terapia antipsicotica atipica può essere immediata o tardiva in alcuni pazienti, ma gli effetti nel lungo termine sono sovrapponibili.

Bibliografia

[1] Kapur S, Arenovich T, Agid O, Zipursky R, Lindborg S, Jones B. *Evidence for onset of antipsychotic effects within the first 24 hours of treatment*. Am J Psychiatry 2005;162:939-46.

[2] Emsley R, Rabinowitz J, Medori R. *Time course for antipsychotic treatment response in first-episode schizophrenia*. Am J Psychiatry 2006;163:743-5.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA SAN PIETRO

S91 - Il pensiero magico o demoniaco dal soggetto normale al soggetto schizofrenico in una prospettiva antropologica e terapeutica

MODERATORI
G. Pierri, G. Nivoli

Strategie di manipolazione mentale delle sette. l'esperienza dell'Ambulatorio antisette dell'ICAA

M. Strano

International Crime Analysis Association

La manipolazione mentale attuata dai leader delle sette per indurre gli individui a divenire adepti non implica quasi mai delle tecniche particolarmente coercitive (una sorta di lavaggio del cervello) ma si limita semplicemente a individuare le debolezze delle persone e ad offrire delle "cose" interessanti. In altre parole le sette si limitano a fornire delle situazioni psicologiche e relazionali che appaiono particolarmente funzionali ad una specifica condizione umana (stabile o temporanea) e nella maggior parte dei casi le persone coinvolte si avvicinano spontaneamente convinte di aver trovato la soluzione della loro vita. Le circostanze in cui i culti distruttivi applicano metodi coercitivi più duri si riferiscono soprattutto alle strategie per mantenere all'interno del gruppo il soggetto nei momenti di incertezza e in tali casi sono state segnalate pressioni psicologiche e fisiche anche molto forti (digiuni forzati, alterazioni del ritmo sonno-veglia, induzione psicologica di fobie da abbandono, rinforzo dei sensi di colpa, ecc.), minacce e a volte anche violenze. Le sette che applicano tecniche manipolative sono soprattutto quelle su base pseudoreligiosa (orientaleggiante o ispirata al cristianesimo) e quelle su base pseudopsicologica (psicosette) che avvicinano le persone per spogliarle dei loro beni o per controllarle ed ottenere vantaggi di vario genere (prestazioni sessuali, informazioni, lavoro non retribuito, ecc.). Le sette sataniche invece generalmente non utilizzano tecniche di manipolazione mentale e i loro adepti sono solitamente consenzianti. Lo studio attraverso la metodologia dell'analisi dei casi trattati dall'autore analizza alcune strategie di avvicinamento ed inserimento di individui all'interno di culti distruttivi.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA VERDE

S92 - Fluidità di genere e realtà virtuale: male, female o e-mail?

MODERATORI
T. Cantelmi, D. La Barbera

Il coming out e la rete. L'esordio virtuale

T. Cantelmi

Istituto di Terapia Cognitivo-Interpersonale, Roma

Introduzione: il titolo del Simposio si ispira ad una ormai celebre frase di Vittorio Lingiardi. In rete si assiste al fenomeno della fluidità di genere, attraverso il quale è possibile sperimentare parti di sé persino contraddittorie [1]. Un fenomeno nuovo è costituito dal *coming out* omosessuale in rete.
Metodologia, risultati: sono state monitorate per 1 anno chat lesbo ed omo e sono stati osservati i *coming* out virtuali. Il *coming out* virtuale è piuttosto precoce (l'età media si aggira intorno ai 15 anni per i maschi omosessuali e intorno ai 20 anni per le donne lesbiche) e si accompagna nel 60% dei casi ad una relazione virtuale. Vengono presentati casi e analizzati.
Conclusioni: il *coming out* virtuale consiste nel primo tentativo di sperimentare in modo protetto l'identità sessuale, è accompagnato ad una alta quota di incertezza sull'identità e si associa ad una relazione virtuale.

Bibliografia

[1] Cantelmi T, Carpino V. *Il tradimento on line.* Milano: Franco Angeli 2005.

L'ambiguità di genere e il virtual self

D. La Barbera

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo

Come ci ricorda l'antico mito dell'androgino, la possibilità di partecipare simultaneamente di diverse modalità di essere nel mondo e di relazionarsi con le persone rappresenta

una delle aspirazioni più arcaiche dell'essere umano, il tentativo magico onnipotente di superare la dolorosa condizione di separatezza che caratterizza l'esperienza umana sin dal momento della nascita. Sebbene nell'arco della storia dell'umanità siano state elaborate diverse tecniche e soluzioni capaci di soddisfare in maniera diretta o indiretta questa inconscia aspirazione, la condizione dell'androginia è stata riservata tradizionalmente a particolari categorie di individui che dovevano occupare una posizione marginale o separata dalla società: taumaturghi, mistici, artisti.
Come sottolinea S. Turkle, Internet e le realtà virtuali sono state le uniche tecnologie capaci di modificare in maniera radicale non solo l'immagine della realtà e la maniera di interagire con essa, ma il modo stesso di pensarsi, di concepire se stessi. Grazie all'introduzione delle tecnologie informatiche della seconda generazione l'immagine di un sé monolitico e unitario è andata ad affiancarsi a quella di un sé multiplo e decentrato, operante contemporaneamente in molti mondi e in molti modi. L'anonimato, la distanza fisica, il ridotto senso di responsabilità che caratterizza l'esperienza on line permette infatti di sperimentare identità alternative senza che questo comporti alcuna conseguenza sulla vita reale: è tra queste che si collocano le pratiche del *gender switching*, cambiamento dell'identità di genere o il *multitasking identitario*, la possibilità di presentarsi come persone diverse mentre si dialoga con più utenti contemporaneamente in spazi interattivi differenti. Riducendo la rigida distanza tra maschile e femminile e le aspettative di genere che caratterizzano le relazioni sociali, gli spazi interattivi della Rete possono assumere la funzione di spazi transizionali, contenitori di quegli aspetti di sé che il soggetto teme di esportare nella vita reale, facilitandone la conoscenza e l'integrazione. Per altri versi, accade frequentemente che tali esperienze assumano nel tempo delle valenze regressive, che spingono il paziente a rifugiarsi in relazioni virtuali con partner che raramente corrispondono all'immagine idealizzata di loro e possono dare luogo nel tempo anche ad esperienze di ritiro e diffusione dell'identità.

Bibliografia

Caretti V, La Barbera D. *Le dipendenze patologiche, clinica e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2005.
Cannizzaro S, Di Maria F. *Reti telematiche e trame psicologiche*. Milano Franco Angeli 2001.
Roversi S. *Chat line*. Bologna: Il Mulino 2001.
Turkle S. *La vita sullo schermo*. Milano: Apogeo 1997.
Wallace P. *La psicologia di Internet*. Milano: Raffaello Cortina 2000.

Cybersex, chatsex e cyberporn addiction

E. Lambiase

Istituto di Terapia Cognitivo Interpersonale, Roma

Un comportamento sessuale che ultimamente si sta sviluppando sempre più è il cybersesso. La maggior parte delle persone lo fanno per scopi ricreativi, ma una porzione significativa ha una pre-esistente dipendenza o compulsione che ora trova un nuovo sfogo. Per altri il cybersesso è la prima espressione di un disturbo da dipendenza sessuale, con una rapida progressione (Schneider, 2000a).
Il cybersesso può essere operativamente definito come un'attività sessuale per realizzare la quale le persone utilizzano Internet al fine di stimolare ed incrementare la propria eccitazione. Le attività che possono essere svolte su Internet a tale scopo includono, ad esempio, guardare foto o video erotici, leggere materiale sessuale, utilizzare chat erotiche, scambiarsi e-mail ed immagini esplicitamente sessuali, condividere fantasie sessuali mentre ci si masturba. Questo utilizzo diviene patologico quando la persona non riesce a farne a meno nonostante evidenti conseguenze negative nella propria vita, a livello personale ed interpersonale.
Cooper e colleghi (1999) descrivono tre categorie di utilizzatori di pornografia online: ricreativi, compulsivi sessuali e a rischio. I primi accedono al materiale sessuale online più per curiosità o per intrattenimento e non sembrano ricavarne problemi. I compulsivi sessuali, a causa di una propensione patologica all'espressione sessuale, utilizzano Internet per manifestare o incrementare le loro attività sessuali compulsive. Gli utenti a rischio sono quelli che hanno sviluppato una forma di dipendenza solo ed esclusivamente dopo essere entrati in contatto con il cybersesso.
A nostro avviso le caratteristiche a partire dalle quali è possibile definire e identificare una dipendenza sessuale, e quindi da cybersesso, sono le seguenti: conseguenze negative obiettive, pensiero ossessivo, fallimento nel tentativo di controllare i comportamenti sessuali nel momento in cui vengono messi in atto, ricerca reiterata e ricorsiva nel tempo dei comportamenti sessuali nonostante le conseguenze negative.
Nella nostra esperienza clinica, in accordo con le osservazioni di altri specialisti (Carnes, 2001; Schneider, 2000a), abbiamo notato come una delle caratteristiche fondamentali e specifiche della dipendenza da cybersesso è la rapida progressione del disturbo con la conseguenza alterazione dei *pattern* di eccitazione. In breve tempo la persona inizia a passare molte ore online per la ricerca di soddisfazione sessuale, aumenta la quantità di attività che divengono stimolanti e quindi ricercate, sempre più tempo viene speso e del tempo dedicato, con modalità ossessiva, a pensare a questo tipo di attività.
Riteniamo che tale rapida evoluzione sia dovuta ad una serie di caratteristiche tipiche di internet, che sono: accessibilità (ampio e facile accesso a contenuti sessuali di tutti i tipi in ogni momento della giornata), economicità, alterazione dell'identità, dissociazione (possibilità di entrare in uno stato mentale alterato, dissociato dalla realtà e da se stesso, nel quale vivere le proprie fantasie sessuali), integralità (internet ormai è entrato a far parte in modo integrate della nostra vita quotidiana), interattività, segretezza, normalizzazione (possibilità di negare o sminuire le conseguenze). Tali caratteristiche fanno sì che gli utenti a rischio, una volta entrati in contatto con il sesso online, sviluppino rapidamente una forma di dipendenza; oppure che le persone con una pre-esistente dipendenza sessuale espandano i *pattern* di eccitazione, le tipologie di comportamenti messi in atto o aumentino semplicemente il tempo dedicato al sesso e alla sua ricerca oppure la frequenza con la quale mettono in atto comportamenti sessuali.

Trame telematiche e relazioni virtuali

V. Caretti, G. Craparo, A. Schimmenti*

*Dipartimento di Psicologia, Università di Palermo; * Dipartimento di Psicologia, Università di Torino*

Introduzione: il contributo di ricerca si colloca nell'ambito degli studi empirici che indagano gli aspetti psicologici delle dipendenze patologiche (Caretti, La Barbera, 2005).. Nelle *addiction* l'incapacità di mentalizzare emozioni vissute come sopraffacenti esita nell'utilizzo compulsivo di una sostanza o di un comportamento, probabilmente finalizzato alla fuga da uno stato di coscienza ordinario avvertito come intollerabile. Nelle psicopatologie legate all'abuso degli strumenti tecnologici, l'espressione sintomatologica più evidente di questo fenomeno è la "Sindrome Dissociativa da Videoterminale" (Caretti, 2000).

Metodologia: il nostro studio si è proposto di indagare la relazione tra fenomeni di dipendenza da Internet, disregolazione affettiva e meccanismi dissociativi nella popolazione normale.

Pertanto, ad un campione di 110 studenti universitari (80 M, 30 F; età media = 18,49, ds = 0,98; range: 18-22 anni) sono stati somministrati i seguenti reattivi *self-report*:

- *Internet Addiction Test* (IAT: Young, 1998), per la misurazione della dipendenza da Internet;
- *Toronto Alexithyimia Scale*, 20 items (TAS-20: Bagby, Taylor, Parker, 1994), per la misurazione dell'alessitimia/disregolazione affettiva;
- *Dissociative Experiences Scale II* (DES-II: Carlson, Putnam, 1993), per la misurazione della dissociazione psicologica;
- nonché un questionario costruito *ad hoc* per indagare le modalità privilegiate di utilizzo della Rete.

I dati sono stati elaborati con l'ausilio del software SPSS 13.

Risultati: tutti i soggetti del campione (100%) hanno dichiarato di poter accedere agevolmente ad Internet. I servizi che rappresentano motivo principale delle connessioni in rete sono risultati: la ricerca libera di materiale (45,5%); le chat e gli *instant messaging* (23,6%); la posta elettronica (18,2%). I punteggi medi ottenuti dai soggetti ai tre reattivi sono riportati in Tabella I.

Solo due soggetti (1.8%) presentano un punteggio all'IAT superiore al *cut-off* clinico dello strumento proposto dall'autrice (≥ 60). Utilizzando un valore di cut-off ≥ 50 per l'Italia, come proposto da Cantelmi et al. (2000), sono 14 i soggetti (12,7%) che presentano una dipendenza da Internet. Per quanto riguarda gli altri test, 18 soggetti (16,4%) risultano alessitimici alla TAS-20 (punteggi ≥ 61), e ben 25 (22,7%) manifestano significativi sintomi dissociativi alla DES-II (punteggi ≥ 30).

Tab. I. Punteggi medi ai reattivi IAT, TAS-20 e DES-II in un gruppo di studenti universitari (n = 110).

	Sesso	Media	Deviazione std.
Totale IAT	maschi	37,89	10,28
	femmine	33,93	9,38
Totale TAS-20	maschi	48,89	11,10
	femmine	48,60	10,41
Media DES-II	maschi	20,82	11,86
	femmine	22,69	9,24

Le correlazioni tra i punteggi ai tre reattivi risultano tutte significative. In particolare, l'IAT è associato moderatamente (rho = ,346, p < ,001) alle esperienze dissociative e più leggermente (rho = ,231, p < ,02) all'alessitimia.

Gli studi di regressione lineare mostrano inoltre che le esperienze dissociative stimano significativamente il 12% della varianza dei punteggi IAT (r-quadro corretto = ,112; F = 14,711, p < ,001; Beta = ,346, t = 3,835, p < ,001).

Conclusioni: lo studio qui proposto conferma ulteriormente la connessione tra le dipendenze patologiche, la disregolazione affettiva e i meccanismi dissociativi. In particolare, in questo lavoro si evidenzia il ruolo della dissociazione nella dipendenza da Internet. La rete ha infatti, nel soggetto dipendente, una funzione protettiva di "rifugio della mente" (Steiner, 1993), generando esperienze sensoriali e stati di coscienza non ordinari entro cui il soggetto si "disperde", probabilmente come risposta a condizioni di stress e a vissuti dolorosi che il soggetto non è in grado di mentalizzare, forse proprio a causa di un inappropriato sviluppo della capacità di auto-regolare le emozioni.

Bibliografia

Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. *The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – II. Convergent discriminant, and concurrent validity.* J Psychosom Res 1994;38:33-40.

Caretti V. *Psicodinamica della Trance Dissociativa da Videoterminale.* In: Cantelmi T, Del Miglio C, Talli M., D'Andrea A, a cura di. *La Mente in Internet.* Padova: Piccin 2000, pp. 125-31.

Caretti V, La Barbera D, eds. *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia.* Milano: Cortina 2005.

Carlson EB, Putnam FW. *An update on the dissociative experiences scale.* Dissociation 1993;6:16-27.

Steiner J. *I rifugi della mente: organizzazioni patologiche della personalità nei pazienti psicotici, nevrotici e borderline*. Tr. it. Torino: Boringhieri 1996.

Young K. *Presi nella Rete.* Tr. it. Bologna: Calderini 1998

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA NUREYEV

S93 - L'esordio dei disturbi psichici in età adolescenziale

MODERATORI
E. Caffo. G.P. Guaraldi

L'esordio dei disturbi psichici in età adolescenziale

E. Caffo, L. Strik Lievers
Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: il dibattito sull'esistenza e sulla natura di elementi di continuità fra la patologia psichiatrica dell'adolescenza e quella dell'età adulta è argomento di interesse in una prospettiva sia terapeutica che preventiva, nella clinica così come nelle strategie di salute pubblica.
Metodologia: sono stati criticamente analizzati e vengono presentati i risultati dei più recenti studi sistematici e longitudinali presenti in letteratura.
Risultati: numerosi disturbi psichiatrici esemplificano la continuità fra adolescenza ed età adulta. Fra gli altri, la schizofrenia, i disturbi d'ansia e dell'umore (depressione e disturbo bipolare), il comportamento antisociale e l'abuso di sostanze. La progressione della psicopatologia (in "continuità eterotipica") è mediata da molteplici fattori, quali la componente genetica, l'età di esordio, le strategie cognitive, le influenze ambientali di rischio e protettive, le capacità di *coping*. Prospettive di ricerca includono lo studio delle modificazioni neurobiologiche dell'adolescenza e l'analisi dei fattori che determinano il passaggio fra fase prodromica e franca psicopatologia.
Conclusioni: strategie di prevenzione e cura per essere efficaci devono essere pensate in un'ottica evolutiva, nella stretta collaborazione fra le competenze del neuropsichiatra infantile e dello psichiatra dell'adulto.

Il disturbo bipolare in età infantile ed adolescenziale

M.R.A. Muscatello, A. Bruno, R. Cambria, L.Cortese, G. Pandolfo, R. Zoccali, M. Meduri
Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche ed Anestesiologiche, Università di Messina

È ormai evidente dagli studi presenti in letteratura che il disturbo bipolare può manifestarsi in età infantile ed adolescenziale nella sua classica presentazione clinica oltre che, come tradizionalmente ritenuto, con sintomi atipici. Ciò comporta che, sul piano diagnostico, i criteri del DSM IV relativi al disturbo possano essere applicati anche alle forme ad esordio infantile senza sostanziali modificazioni. Sul piano epidemiologico, la prevalenza lifetime del disturbo bipolare nell'adulto varia da 0,3 a 1,5%, mentre i dati relativi alla prevalenza del disturbo nell'età infantile ed adolescenziale sono limitati; appare comunque evidente che il disturbo è relativamente poco rappresentato nell'età infantile.
Sul piano clinico, nell'adolescenza prevalgono le manifestazioni di disforia ed irritabilità; la grandiosità ed il coinvolgimento in attività piacevoli possono essere espresse in forme meno riconoscibili rispetto all'adulto e variano in funzione dell'età e del livello di scolarità. Le presentazioni considerate non classiche o atipiche, quali gli stati misti, la mania disforia, la ciclicità rapida e la presenza di episodi dai confini indefiniti sono particolarmente frequenti nella presentazione adolescenziale del disturbo bipolare che, inoltre, in questa fascia di età si ritrova spesso in comorbidità con disturbi della condotta, da uso di sostanze e del controllo degli impulsi. Particolarmente frequente negli adolescenti affetti da disturbo bipolare è la marcata compromissione del funzionamento scolastico ed interpersonale associata a comportamenti aggressivi e impulsivi e ad un alto rischio di atti suicidari e/o autolesionistici.
Queste ultime caratteristiche rendono ragione del frequente *overlap* diagnostico con il disturbo borderline di personalità, altra condizione ad esordio adolescenziale. È inoltre da valutare la possibile associazione del disturbo bipolare con il disturbo da iperattività /deficit dell'attenzione (ADHD). Infatti, oltre alla ben documentata evoluzione dell'ADHD verso il disturbo antisociale di personalità, con o senza comorbidità con l'abuso di sostanze, è presumibile che una percentuale di soggetti adolescenti e giovani adulti con diagnosi di disturbo bipolare o di personalità borderline presentino antecedenti anamnestici di ADHD, dal momento che le possibili linee evolutive del disturbo comprendono alterazioni emozionali e comportamentali ascrivibili all'instabilità affettiva ed all'impulsività.

Il fenomeno Hikikomori e la fobia sociale. Analogie e differenze culturalmente fondate

G.P. Guaraldi, C. Ruggerini[*], S. Manzotti Yamaguchi[**]
Dipartimento Neuroscienze T.C., Università di Modena e Reggio Emilia; [*] Dipartimento Integrato Materno Infantile, Università di Modena e Reggio Emilia/Azienda Policlinico di Modena; [**] Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, Università di Modena e Reggio Emilia

Negli ultimi anni si è osservato, in Giappone, il fenomeno crescente degli adolescenti e dei giovani adulti che restano reclusi nella loro stanza – in alcuni casi anche per più di 10 anni- senza mai uscire (questi "adolescenti chiusi in casa" sono chiamati *Hikikomori*). Il fenomeno *Hikikomori* è stato descritto solo in Giappone e ha suscitato interesse anche in altri paesi in quanto *Cultural Bound Sindrome* (CBS), cioè insieme di comportamenti mediato da fattori culturali e sociali [1].

Il termine *Hikikomori* fino a poco tempo fa designava una forma di disturbo comportamentale – con ritiro dalle relazioni extrafamiliari – correlato a psicopatologie come la schizofrenia [1]. Il risultato di un'indagine epidemiologica sul rifiuto scolastico, conclusa nel 2001 [2], ha evidenziato sia un forte aumento del numero degli adolescenti che rifiutano la scuola – in assenza di una psicopatologia sottostante – sia una tendenza alla persistenza delle loro difficoltà di adattamento oltre l'età scolare. Si stima che il fenomeno Hikikomori interessi attualmente fino al 20% degli adolescenti giapponesi maschi – cioè un numero di adolescenti compreso tra 50,000 e 1,000,000 –.
Il fenomeno degli adolescenti ritirati in ambito familiare in assenza di un quadro psicopatologico viene chiamato l'*Hikikomori Sociale* per distinguerlo dall'*Hikikomori da Psicosi*. I criteri diagnostici proposti da Saito [3], adottati anche nelle linee guida del Ministero della Salute, Lavoro e Welfare [4] specificano che il comportamento di rifiuto di lasciare la casa dei genitori e di isolamento dal mondo esterno deve durare più di sei mesi. Il fenomeno Hikikomori è simile al fenomeno del Rifiuto della Scuola.
I criteri diagnostici prescindono dall'eziologia; Hikikomori non è una categoria necessariamente psicopatologica. L'eziologia del fenomeno Hikikomori è multipla: fattori biologici, psicologici e sociali sono presenti in varia misura, in modo isolato – nei quadri strettamente psicopatologici o sociologici – oppure misto [5]. La utilizzazione di un approccio bio-psico-sociaele per la comprensione dell'Hikikomori è stata suggerita dalla lunga controversia sui fattori eziologici implicati nel rifiuto scolastico ed è condiviso dall'Autorità statale, dagli psichiatri, dagli operatori sociali e dai volontari della assistenza allo scopo di evitare la psichiatrizzazione forzata del fenomeno [6].
Si può affermare che nella comprensione del fenomeno Hikikomori la cultura giapponese ha scelto di: a) evitare di ricondurre questo esteso fenomeno esclusivamente a cause psicopatologiche –individuali o familiari –; b) utilizzare una teoria dello sviluppo che enfatizza il ruolo del sistema sociale [7]; c) sviluppare un'autocritica del proprio sistema sociale.

Bibliografia

1. Ushijima S. *Psychopathology of today's adolescent*. Jap J Clin Psychiatry 2004;33:359-62.
2. Ministry of Education and Science. *Futoukou nikannsuru jittaichosa. Heisei 5-nen futokoseito tsuisekichousa hokokusho*. Tokyo 2001.
3. Saito T. *Shakaiteki Hikikomori*. Tokyo: PHP Kenkyujo 1998.
4. Ministry of Health, Labour and Welfare. *Jyudai-nijyudai wo chushintoshita Hikikomori wo meguru chiikiseishinnhekenkatsudo no guideline*. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare 2003.
5. Saito T. *Social Withdrawal*. Japanese Journal of Clinical Psychiatry 2002;31:584-85.
6. Saito K. *"School Refusal" as a contemporary issue of mental health in Japanese children and adolescents*. Jap J Clin Psychiatry 2004;33:363-72.
7. Kanba S, Sugiyama N. *Evolutionary and developmental perspectives of psychopathology*. J Clin Psychiatry 2002;31:481-7.

Aspetti psicopatologici in età adolescenziale

E. Sechi, M.P.Legge[*], I.Brindesi[**], M.C. Scatena[*]

U.O. N.P.I Dipartimento Salute Mentale, Università di L'Aquila; [*] U.O. N.P.I. Dipartimento Salute Mentale, A.S.L. Avezzano-Sulmona; [**] U.O. N.P.I. Dipartimento Salute Mentale, A.S.L. Pescara

Nell'ambito di un programma nazionale per la realizzazione di progetti di prevenzione per la salute mentale in età adolescenziale aventi per oggetto interventi in ambiente scolastico è stata condotta una serie coordinata di indagini relative a disturbi mentali in età adolescenziale in un contesto urbano in 3 differenti A.S.L. della Regione Abruzzo, utilizzando la stessa metodologia tra le varie U.O. di NPI coinvolte, che ha consentito un'iniziale rilevazione delle problematiche psicopatologiche più frequenti, della percezione che ne hanno gli insegnanti e l'attivazione nel corpo docente di una maggiore competenza nel rilevare possibili segnali di disagio psichico negli alunni.
I disturbi mentali insorgono spesso in età evolutiva sia nelle forme manifeste sia con segni e manifestazioni comportamentali spesso non correttamente identificate anche a causa dei pregiudizi esistenti nei riguardi dei disturbi psichici (cronicità, incurabilità, pericolosità, ecc.). Tale atteggiamento negativo o stigma comporta spesso un ritardo nella rilevazione dei segnali di disagio e di conseguenza una difficoltà di effettuare una diagnosi precoce e di intervenire in una fascia d'età nella quale i disturbi sono facilmente affrontabili anche con modalità terapeutiche anche non farmacologiche (psicoeducative, psicoterapeutiche, ecc.).
Studi epidemiologici sulla prevalenza dei disturbi mentali in età evolutiva condotta in Nord Europa, in Nord America e in Italia indicano % comprese tra il 14 e 20%.
È apparso importante non solo cercare di conoscere nella Regione Abruzzo i tassi di prevalenza su un campione di popolazione in età adolescenziale ma anche identificare delle modalità di prevenzione del disagio in un'età critica come quella adolescenziale durante la quale è massima la possibilità preventiva, con la partecipazione attiva del corpo insegnante come filtro preventivo di primo livello per la rilevazione dei segnali di disagio emotivo-comportamentale dei ragazzi stessi. Questo livello di possibile identificazione del disagio psichico necessita di essere raccordato con altri livelli della catena preventiva (medici di medicina generale e pediatri di base, operatori dei dipartimenti di salute mentale, ecc.) ed essere solo un possibile punto di partenza di un'osservazione longitudinale che consenta di verificare la successiva comparsa di quadri clinici definiti.
L'obiettivo è stato di valutare il grado di capacità dei docenti di rilevare e interpretare gli stati di difficoltà emotiva dei loro alunni utilizzando il grado di discrepanza esistente fra il disagio percepito dai ragazzi stessi espresso su un questionario anonimo e il giudizio espresso dagli insegnanti su un corrispettivo questionario anonimo, come base di partenza di un processo formativo attivo dell'insegnante stessa finalizzato ad una maggiore capacità di riconoscimento dei segnali di rischio psicopatologico.
L'indagine ha previsto il rilievo dei problemi emotivo-comportamentali attraverso la somministrazione dei due questionari di Achenbach (standardizzazione per la versione ita-

liana 2001): TRF (compilato dall'insegnate), YSR (autosomministrato per gli alunni). La popolazione target è costituita da un campione di adolescenti di età compresa tra i 14 e i 16 anni residenti in tre aree urbane delle rispettive ASL che frequentano le prime due classi della scuola media superiore. Sono stati effettuati incontri di informazione-formazione con gli insegnanti di cui uno iniziale (informativo sul progetto), due intermedi (formativi sui temi del disagio, della psicopatologia dell'adolescente e del ruolo del docente nella relazione educativa) e uno finale (di comunicazione e discussione dei risultati), per un totale di quattro incontri.
La raccolta ed elaborazione statistica dei dati provenienti dalle tre Unità Operative è stata svolta in un unico database centrale.
La ricerca ha consenitto di avere una valutazione della frequenza dei disturbi psicopatologici in un campione adolescenziale della regione Abruzzo e una valutazione della percezione dei docenti dei disturbi psicopatologici negli stessi adolescenti.
Dai risultati dei questionari autosomministrati agli adolescenti (YSR) con il sistema di valutazione multiassiale su base empirica di Achenbach è emersa una elevata positività sia nell'area dei disturbi internalizzanti (maschi = 22%; femmine = 26,57%) che esternalizzanti (maschi = 31,87%; femmine = 27,05%) che corrispondono ai dati della letteratura.
In particolare, per i maschi, le condotte devianti appaiono quelle più rappresentate nei 3 campioni, seguite dai disturbi dell'attenzione mentre per le femmine i più rappresentati sono i comportamenti devianti, i disturbi dell'attenzione e la condizione ansioso-depressiva.
Nei 3 campioni si nota una netta discrepanza tra le percentuali di positività riportate ai questionari degli alunni YSR (molto più elevate) e quelle emerse dai questionari compilati dai docenti TRF.
Questi dati mettono in evidenza la difficoltà che incontra il docente nel rilevare e comprendere comportamenti e sintomi dei ragazzi; tale considerazione è valida sia per i comportamenti esternalizzanti che internalizzanti
I disturbi di attenzione, categoria definita a parte rispetto alle aree internalizzanti ed esternalizzanti, rappresentano anch'essi un problema diffuso sia tra i maschi sia tra le ragazze. In questo caso, la prevalenza del disturbo nelle ragazze, rispetto ai maschi, non corrisponde con i dati riportati negli altri studi scientifici. Ai questionari TRF si nota ancora una prevalenza nelle ragazze delle difficoltà di attenzione.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA S. GIOVANNI

S94 - L'approfondimento dei nessi psichiatria & dimensione spirituale

MODERATORI
G. Bartocci, N. Lalli

Evoluzione della cultura. Evoluzione della spiritualità?

G.G. Rovera
Università di Torino

1. In Psichiatria e Psicopatologia Culturali si possono, fra le altre, delimitare concettualmente alcune aree tematiche:
– una prima area riguarda l'Evoluzione Culturale in riferimento ai Culti alle Culture e alla Civilizzazione;
– una seconda area riguarda l'Evoluzione della Spiritualità in rapporto ad approcci quali l'aspirazione/bisogno dell'assoluto; all'orientamento dei valori rispetto ai poteri culturali; alle dimensioni della spiritualità nell'ambito di una "pluralità culturale relazionale";
– entrambe le aree si intrecciano in un'evoluzione talora casuale dell'umana creatività.
2. Le metodiche utilizzabili in Psichiatria Culturale e che fanno capo ad una congetturale evoluzione della spiritualità, possono essere così sintetizzate:
– ricerca comparativa tra culture diverse con tecniche standardizzate;
– ricerca narratologicoetnografica con strumenti condivisi da culture differenti.
– ricerca di una metodica interdisciplinare compatibile con gli aspetti clinici quantitativi, qualitativi e strutturali. Essa si riferisce ad un "modello di rete" interattiva e criticamente in evoluzione.
3. Si riportano sinteticamente i dati di una ricerca personale effettuata in un ambulatorio psichiatrico. Le richieste di "aiuto spirituale" e di "pratiche esorcistiche" sono state prioritariamente vagliate nell'ambito di un servizio a struttura religiosa. In alcuni anni di consulenza la casistica ha superato il migliaio di utenze. Si è rilevato che oltre il 90% dei casi osservati presentavano una sintomatologia a rilevanza psicopatologica. I dettagli saranno discussi durante l'intervento.
4. Circa l'evoluzione della Cultura e della Spiritualità si possono discutere considerazioni e quesiti critici:
– una prima riflessione riguarda l'universalità o meno del "bisogno assoluto di spiritualità": in questo caso la stessa potrebbe essere considerata quale tendenza/strumento verso il trascendente;
– una seconda riflessione è se vi sia un'aspirazione/bisogno generale verso l'assoluto, come ipercompensazione alla nostra angoscia di morte. In questi casi attraverso le credenze religiose si possono attivare rituali magici;
– una terza riflessione concerne la spiritualità come aspira-

zione/bisogno che è radicata immanentemente in un percorso esistenziale: di tipo mistico, stoico, scettico, agnostico, eccetera.
5. Gli studi sull'evoluzione della cultura e sull'evoluzione della spiritualità, devono comunque essere compatibili sia con il pensiero scientifico, sia con le attuali posizioni della metodologia interculturale, sia con i diritti universali dell'uomo.

Psicodinamica del misticismo. Percorsi mistici e/o deliranti?

N. Lalli, S. Ingretolli

Centro di Psicoterapia Dinamica, Roma

Sicuramente l'esperienza mistica, pur nella molteplicità della fenomenologia, può essere considerato un fenomeno spirituale di particolare rilievo ed importanza. Intendo per misticismo quei particolare stati psichici – in parte spontanei, in parte provocati con tecniche particolari – vissuti dagli interessati come effetto di un rapporto immediato e certissimo con una realtà radicalmente diversa da quella mondana.
Questo vissuto particolare, se viene attribuito a potenze ultramondane, si sottrae ovviamente a qualsiasi lettura di tipo scientifico, rimanendo appannaggio esclusivo della fede e della teologia. Se accettiamo invece che il misticismo, insieme a tutte le altre forme di espressione religiosa, è culturalmente prodotto e storicamente condizionato, e se evidenziamo che molto spesso stati psicopatologici sono presenti, e non sempre facilmente distinguibili in soggetti che in seguito manifesteranno un compenso psichico e quindi un misticismo maturo, allora possiamo ritenere plausibile e pertinente studiare il misticismo come un peculiare fenomeno umano. Pertanto rimane basilare la questione metodologica che non è possibile accettare la distinzione, proposta da numerosi autori, tra un misticismo sano ed uno patologico, perché implicitamente dovremmo ammettere, non solo che esiste una profonda, strutturale differenza tra una visione ed una allucinazione a contenuto mistico, ma soprattutto dovremmo ammettere che un tipo di misticismo sia di origine oltremondana.
Nell'esaminare la biografia di alcuni mistici, possiamo constatare la presenza, a volte contemporanea, a volte nel tempo, di evidenti disturbi psicopatologici che possono a volte esitare in una forma di compenso psichico. Affermava E. de Martino: "… senza dubbio i mistici, camminano sull'orlo dell'abisso e talora vi precipitano tragicamente. Pertanto il vero mistico non è uno in contatto con una realtà ultramondana, ma è colui che è diventato tale combattendo il rischio di essere falso, cioè malato e culturalmente disintegrato".
Ciò premesso e dimostrato, mi soffermerò – anche per evidenziare l'importanza degli aspetti culturali nel determinare il diverso destino dell'esperienza mistica – su due personaggi molto famosi ed accuratamente studiati. Da una parte Madeleine, la celebre paziente di Janet, studiata per oltre vent'anni (ed è l'unico caso di delirio mistico così a lungo studiato), caso clinico che costituì poi il materiale per il ponderoso volume "De l'anguasse à l'exstase". Dall'altra Ramakrishna, contemporaneo di Madeleine, ma vissuto in una cultura completamente diversa: quella indiana. La prima fu giudicata come malata mentale, il secondo – pur presentando manifestazioni molto simili – è stato considerato uno dei più importanti mistici indiani.

Servizi Psichiatrici pubblici e diversità religiose nella zona multietnica e multiculturale di Londra Est

M. Ascoli

East London and City Mental Health NHS Trust, London, UK

In questo lavoro, la relatrice si propone di offrire una panoramica dei servizi psichiatrici pubblici di Newham, un distretto situato nella zona Nord-Est di Londra, ove solo il 30% della popolazione residente è rappresentato da cittadini Britannici di etnia caucasica, mentre il restante 70% è rappresentato da minoranze etniche e comunità di immigrati di prima e seconda generazione, in massima parte provenienti da paesi Africani e del Sud Est Asiatico. Le numerose minoranze etniche convivono pacificamente e senza apparenti tensioni interetniche o interreligiose. La particolarità di Newham è che la diversità etnica della popolazione residente e degli utenti dei servizi psichiatrici pubblici rispecchia quella degli operatori della salute mentale impiegati nei servizi stessi. Ne risulta una situazione di multiculturalità ove l'incontro con il diverso è parte integrante del lavoro quotidiano con i pazienti e con i colleghi dell'equipe multidisciplinare.
L'ampia diversità culturale degli utenti e degli operatori della salute mentale implica, inoltre, un'altrettanto ampia diversità religiosa che si riflette e si ripercuote sui valori alla base delle scelte e delle valutazioni cliniche degli operatori, e sull'estrema varietà delle presentazioni cliniche, alcune delle quali, per essere comprese a fondo e adeguatamente valutate, necessitano di un'attenta analisi culturale.
In questo lavoro, la relatrice presenta alcune riflessioni sulla delicata e non sempre facile relazione tra appartenenza religiosa dei pazienti, presentazione clinica e modalità di intervento, nel proprio lavoro quotidiano di psichiatra, soprattutto per quanto riguarda i seguenti aspetti:
appartenenza religiosa e modelli esplicativi di malattia mentale;
appartenenza religiosa e sintomi clinici;
ripercussioni dell'appartenenza religiosa sulla relazione terapeutica.
Ripercussioni della diversità religiosa nella pianificazione dei servizi psichiatrici pubblici

Intuizione delirante e ispirazione religiosa da una prospettiva di psichiatria culturale

V. De Luca

Istituto Italiano di Igiene Mentale Transculturale

L'espressione psichiatrica "intuizione delirante" è stata usata da K. Schneider e K. Jaspers per identificare un processo che origina da una esperienza breve e isolata e che segnerebbe l'inizio di un pensiero delirante. Anche se questo processo è stato riportato anche da Autori successivi, al giorno d'oggi è piuttosto inusuale trovare il termine intuizione de-

lirante negli articoli scientifici, né viene citato nel testo diagnostico basilare dell'*American Psychiatric Association*, il DSM-IV-TR.
Se da un lato questa descrizione psicopatologica sembra aver perso d'importanza nel campo della psicopatologia generale, può tornare utile agli psichiatri che, approcciando pazienti con culture differenti, si trovano alle prese con la forma e il contenuto di alcune credenze bizzarre. Queste credenze vengono alle volte considerate psicotiche di rigore, essendo la bizzarria del contenuto di un delirio uno dei criteri maggiori per la diagnosi di schizofrenia nel DSM-IV. Uno dei più importanti contributi della psichiatria culturale è proprio la legittimazione di una diversità culturale che abbraccia naturalmente differenti espressioni per i valori, i significati e le credenze. D'altra parte, è ancora più importante ricordare che la sola presenza di un diverso background culturale non giustifica l'esclusione di un processo delirante. A questo proposito è necessario un corretto equilibrio tra le posizioni "etic" che approcciano la patologia attraverso la traccia fornita dalla diverse nosologie, e quelle *emiche* che rispettano e si inseriscono nella trama narrativa dei pazienti, cogliendone i significati e le forme culturalmente sensibili. In questo discorso, la lezione impartita da Schneider appare a dir poco preziosa, spostando l'interesse dell'osservatore dal contenuto alla forma delle rappresentazioni, all'atmosfera affettiva che circonda il soggetto osservato portatore di suppose intuizioni deliranti.
Muovendo da recenti pubblicazioni in psichiatria culturale, la seconda parte della discussione affronta il fenomeno dell'ispirazione religiosa e i suoi possibili correlati psicologici. Lo studio delle esperienze religiose fa parte da tempo della vocazione della psichiatria transculturale, e recenti sviluppi hanno proposto strutture psicologiche e dinamiche specifiche di *detachement* alla base di esperienze mistiche e religiose. L'ispirazione religiosa, al di là delle possibili implicazioni etiche, si pone come un'esperienza individuale o collettiva i cui connotati psicologici sono fortemente plasmati da correlati sociali e culturali, che vengono analizzati sulla base della letteratura internazionale.
In conclusione viene proposto un confronto tra intuizione delirante e ispirazione religiosa basato sull'analisi di *single cases*, al fine di evidenziare i campi di sovrapposizione e le naturali differenze tra i due fenomeni, comparazione necessaria per evitare il duplice rischio di patologizzare normali (sane) intuizioni culturalmente plasmate o di sottovalutare processi patologici culturalmente accettati.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA MALTA

S95 - Diagnosi in psicoanalisi: modelli e clinica a confronto

MODERATORI
P. Petrini, S. Mendlovic

From "Maternal" environment to "Paternal" action- towards a curing psychotherapy

S. Mendlovic

Shalvata Mental Health Center and the School of Psychotherapy, Tel Aviv University

During the past 120 years, psychoanalysis transformed in terms of theory, clinical practice and technique. The nature of the therapeutic action consequently changed: from a positive act that rests upon rationalistic thinking, contemporary therapeutic action is stressing the early needs of the patient that are to be recognized, met, fulfilled and then frustrated in order to allow development. It is then, present-day views of psychoanalysis believe, that the subjectivity of the patient reveals and expands.
The proposed article concerns with a call to return to the original, affecting and curing, nature of the classical Freudian psychoanalytic thinking. Without de-centralizing the importance of meeting early needs and providing a facilitating environment, it is argued that therapy should aim to a managed and rationalistic-driven therapeutic action. Such an action should indeed rest upon a "maternal" atmosphere, hence having Winnicott's mirroring, holding and handling qualities. Nevertheless, on top of these qualities, the therapeutic action should also have a directional, vector-like, quality. This "Paternal" quality, so it is to be argues, is defining therapy, differentiating it from other development-enhancing human relationships, and should be considered to be under the direct responsibility of the therapist. The article thus aims at combining up-to-date inter-subjective and relational thinking with Freud's original position of the therapist: active, responsible, curing.

Diagnosi e Psicoterapia Psicoanalitica

M. Baldassarre

Roma

La valutazione del funzionamento psichico di una personalità è fondamentale ai fini del trattamento psicoterapeutico, in quanto ci consente di conoscere le modalità del paziente di approccio alla realtà, il livello di percezione, quindi il livello di mentalizzazione raggiunto.

Il processo diagnostico si compone di quattro incontri, alla fine dei quali il terapeuta dovrebbe essere in grado di poter formulare un programma terapeutico per affrontare il disagio. Tutto ciò è determinante non solo per il trattamento in sé, che perde la caratteristica di improvvisazione per acquistare invece il rigore scientifico, ma anche sui tempi di durata della cura. Nella pratica clinica presso l'I.R.E.P. (Istituto di Ricerche Europee in Psicoterapia Psicoanalitica) e nelle ricerche condotte sui disturbi della personalità (Centro disturbi della Personalità, Ospedale Forlanini - San Camillo A.S.L. Roma D) e sugli esordi psicotici, ci siamo interessati alla valutazione del funzionamento della personalità, utilizzando il modello dell'appoggio oggettuale (Gilliéron 1980) riguardo al funzionamento dello psichismo e applicandolo al disagio evolutivo (Baldassarre 1990), alle famiglie, alle coppie e ai pazienti adulti. Il trattamento è costruito da due livelli:

– I livello: processo diagnostico;
– II livello: processo psicoterapeutico.

L'attenzione del terapeuta è rivolta già alle modalità in cui si manifesta la richiesta della consultazione, nel I colloquio già la modalità di relazionarsi è collegata alle caratteristiche basilari di personalità del paziente, al modo in cui è organizzata, al tipo di psicopatologia da cui è afflitta.

L'adolescente "post-moderno". Nuove identità e nuove forme di psicopatologia. Modificazioni dello scenario psicoanalitico

A. Casoni, C. Sandomenico

Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali, "Psicoanalisi Contro", Gruppo di Psicoanalisi Gindriana

Il tema della relazione affronta le modificazioni indotte sulla personalità adolescenziale dalle recenti trasformazioni socio-culturali, con particolare riguardo al "disagio della normalità" e alla psicopatologia franca.

Si identifica un'area di disagio o di sofferenza adolescenziale che, se non è considerabile come *causata* in senso stretto dal "benessere" socio-economico, ne è in qualche modo connessa direttamente.

La ricerca qui presentata scaturisce da una prassi che ha utilizzato, come è nella tradizione del nostro istituto, un duplice strumento d'indagine: la ricerca psico-sociologica e la riflessione sulla clinica psicoanalitica.

L'adolescenza, nella società contemporanea, se da un lato ha subìto una sua dilatazione progressiva – fino a divenire una sorta di fase "interminabile", con la conseguente "adolescentizzazione" della personalità adulta – dall'altro ha attratto l'attenzione degli psicopatologi, e specificatamente degli psicoanalisti, fino a diventare il momento di discrimine tra identità infantile e adulta, tra personalità "sana" e struttura psicopatologica.

Secondo alcuni la psicoanalisi dell'adolescenza ha cambiato il paradigma "classico" della psicoanalisi stessa (G. Pellizzari), producendovi una sorta di rivoluzione epistemologica (F. Petrella). Ne è un esempio l'affermarsi e il diffondersi della diagnosi di *Disturbo Narcisistico di Personalità*, che porta in sé le tematiche e le conflittualità tipiche dell'adolescenza, le dialettiche tra identità e alterità, estendendole alla vita adulta.

Le ultime generazioni di adolescenti presentano delle specificità che gli studiosi – in particolare i sociologi della condizione giovanile – identificano con termini come personalità "patchwork" (G. Razeto), "post-moderna" (M. Featherstone), "a palinsesto" o "liquida" (Z. Bauman). Il venir meno di certezze consolidate, se da una parte ha determinato un accrescimento del senso di precarietà dell'individuo, dall'altra ha trasformato il campo delle sue appartenenze, non più caratterizzato dall'esclusività ma dalla *pluralità*. Ciò vale sia per le appartenenze della sfera privata sia per quelle della sfera sociale. Si pensi alla "provvisorietà" della famiglia, così frequentemente segnata da separazioni, divorzi, ricostituzioni; alla liberalizzazione e moltiplicazione delle esperienze affettivo-sessuali, talvolta ridotte a "piacere da consumare"; o ancora all'impossibilità di prevedere un percorso lavorativo stabile e certo, e alla imprevedibilità del proprio futuro economico.

La conseguente frammentazione dell'identità, lungi dall'essere interpretabile come mera patologia, rappresenta anzi una *conditio sine qua non* per l'adattamento alle mutate esigenze sociali. Ma, inevitabilmente, espone i nuovi soggetti a nuove forme di disagio, e talvolta a forme nosografiche che segnalano questi cambiamenti.

A questo scenario si aggiunge l'influenza esercitata dai mass-media e dalla comunicazione tecnologica (internet, video-giochi, chat, telefoni cellulari, moltiplicazione dei canali tv, ecc.), che ha introdotto la presenza *virtuale* dell'altro, e che sta producendo delle modificazioni nella rappresentazione cognitiva ed affettiva dello spazio relazionale. La molteplicità delle opzioni di comunicazione si scontra con la riduzione al *virtuale* dell'altro, in una sorta di "protesi" della presenza con nuove forme di esperienza della solitudine.

Si analizzano di conseguenza alcuni effetti prodotti sul piano della psicopatologia e della clinica psicoanalitica:

– la riflessione psicoanalitica attuale sulle nuove identità giovanili;
– le modificazioni indotte nella clinica psicoanalitica:

1. nuove famiglie e trasformazione dello scenario edipico;
2. le identità di genere: riformulazione di maschile e femminile;
3. i linguaggi dell'inconscio e la comunicazione tecnologica;
4. presentificazione del desiderio e tempi della terapia;
5. il ritmo della relazione analitica;
6. il tempo lungo della pensabilità dell'inconscio;

– la necessità di un modello teorico in grado di contenere/accogliere le modificazioni indotte dalle trasformazioni socio-culturali sul funzionamento psichico del soggetto;
– il concetto di Inconscio Sociale secondo Sandro Gindro.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 14.15-15.45
SALA DEI CESARI

S96 - Fattori scatenanti l'attacco di panico: dalla psicologia alla biologia

MODERATORI
F. Pieraccini, I. Maremmani

Il modello della provocazione del panico con singola inalazione di CO_2 al 35%

G. Perna, D. Caldirola, A. Bertani, L. Bellodi
Centro per i Disturbi d'Ansia, San Raffaele Turro, Milano

Nel corso degli ultimi decenni sono stati sviluppati diversi modelli per la provocazione del panico in laboratorio; fra tutti quelli studiati il modello della singola inalazione con CO_2 al 35% appare quello più consistente e utilizzato con maggiore continuità tanto che, nonostante le prime pubblicazioni siano riferite ai primi anni 80, nell'anno corrente diversi gruppi hanno continuato ad usare tale modello come riferimento sperimentale dell'attacco di panico. Da una mole di studi che conta oltre 300 articoli pubblicati, possiamo trarre alcune osservazioni consistenti: (a) la singola inalazione di CO_2 al 35% è in grado di riprodurre la sintomatologia del panico in una buona percentuale di pazienti; (b) l'iperreattività all'inalazione di CO_2 al 35% identifica uno spettro di vulnerabilità panico-fobica che presenta una buona specificità; (c) l'iperreattività al 35% di CO_2 è un fenomeno legato alla vulnerabilità familiare al disturbo di panico; (d) Il modello della iperreattività alla CO_2 può essere considerato un modello valido nel processo di valutazione delle proprietà anti-panico delle molecole psicoattive.
Il modello della singola inalazione di CO_2 con 35% di CO_2 presenta inoltre caratteristiche di sicurezza e semplicità tali da proporsi come un valido test di laboratorio della vulnerabilità al disturbo di panico e dunque potenzialmente uno strumento diagnostico da introdurre nella pratica clinica soprattutto quando sussistano dubbi diagnostici o pazienti con disturbo di panico siano resistenti alla terapia. Questo modello risulta essere inoltre rilevante nel processo di psicoeducazione del paziente e può essere un valido ausilio nella terapia di desensibilizzazione comportamentale alle sensazioni enterocettive.

Bibliografia

Verburg K, Perna G, Griez E. *A Case Study of the 35% CO_2 Challenge*. In: Griez E, Faravelli C, Nutt D, Zohar J, eds. *Anxiety disorders: an introduction to clinical management and research*. Somerset: John Wiley & Sons Ldt 2001, pp. 341-56.

La luce

L. Bossini, F. Pieraccini
Università di Siena

Gli aspetti cronobiologici dei disturbi psichiatrici sono stati ampiamente per studiati per i disturbi dell'umore, meno conosciuti sono quelli relativi ai disturbi d'ansia. Il disturbo di panico sembra avere una tendenza di esordio e ricadute nei mesi estivi. Molti studi sul disturbo di panico (DP) riportano una significativa rilevanza di fattori fisici ambientali nella genesi e nel decorso di tale disturbo: quelli maggiormente implicati sembrano essere gli stimoli luminosi. L'ipersensibilità alla luce descritta nel DP ha sollevato l'interrogativo su quali strutture, centrali e/o periferiche, possano essere in grado di spiegare questo fenomeno. Mc Intyre (1990) ha ipotizzato una disfunzione della ghiandola pineale, che risulterebbe eccessivamente sensibile alle variazioni della luminosità ambientale; quando i primi tre mesi di vita postnatale coincidono con un periodo di ridotta stimolazione luminosa potrebbe realizzarsi tale disfunzione (Souètre, 1989) Anche il sistema serotoninergico è stato chiamato in causa nel tentativo di spiegare l'ipersensibilità alla luce dei pazienti con DP: questo, infatti, subisce nel corso dell'anno delle variazioni considerevoli in rapporto ad alcuni parametri climatico-ambientali, soprattutto il fotoperiodo; Klein (1993) ipotizza un coinvolgimento di questo sistema nella patogenesi del DP mediante una modulazione su altri sistemi neurotrasmettitoriali, principalmente quello noradrenergico (Bellodi & Perna, 1998). Infine Alcuni Autori suggeriscono un coinvolgimento della retina nella patogenesi del DP, correlato allo sviluppo del Sistema Nervoso Centrale (SNC) e in particolare della corteccia visiva primaria, con un'influenza specifica degli input ambientali luminosi (Kandel, 1988; Castrogiovanni et al., 2001), con un meccanismo probabilmente mediato dalla dopamina (Castrogiovanni et al., 1999). A livello retinico, il neurotrasmettitore più studiato è la dopamina, la quale sembra rivestire un ruolo centrale nel processo di decodifica degli stimoli luminosi (Witkovsky & Eldred, 1984); inoltre tutti i disturbi in qualche maniera correlati ad una disfunzione del sistema dopaminergico peggiorano d'estate: per esempio le psicosi indotte da sostanze d'abuso (Poikolainen, 1982). La luce potrebbe scatenare gli AP tramite la via dopaminergica; è dimostrato, infatti, che sostanze dopamino-agoniste hanno attività panicogenica (es. amineptina, L-DOPA, cocaina, ecc.).Una delle tecniche attualmente in uso per determinare l'attività del sistema dopaminergico retinico consiste nella registrazione del pattern elettroretinografico (ERG), ed in particolare dell'ampiezza dell'onda?, le cui variazioni rifletterebbero le modificazioni di tale neurotrasmettitore non solo nella retina, ma anche nel SNC.
Scopi di questo studio sono:
– valutare il sistema dopaminergico centrale tramite ERG e il sistema dopaminergico periferico tramite dosaggio plasmatico in soggetti con DP e confrontare questi parametri con soggetti sani appaiati per sesso ed età al gruppo dei pazienti;

– valutare le modificazioni del sistema dopaminergico dopo 6 mesi di trattamento farmacologico specifico per il DP;
– confrontare i parametri biologici con le variabili cliniche e valutarne la correlazione con la sensibilità alla luce.

Metodologia: sono stati reclutati 15 pazienti con DP (9 uomini e 6 donne, età media 45 ± 15) senza comorbidità medica e psichiatrica intraepisodica e lifetime, afferenti agli ambulatori della Psichiatria Universitaria di Siena ed un gruppo di controllo reclutato nella popolazione generale, appaiati per sesso ed età al gruppo dei pazienti. Il gruppo dei pazienti è stato rivalutato dopo 1 anno di terapia farmacologica introdotta in modo naturalistico. Ad ogni valutazione i soggetti sono stati valutati tramite gli strumenti sotto riportati, prelievo di sangue ed ERG.Strumenti di valutazione clinica e psicopatologica:
– la M.I.N.I., intervista strutturata breve per la conferma diagnostica;
– una scheda anagrafica con la descrizione delle caratteristiche socio demografiche, di malattia e di terapia;
– SCI-PAS per la valutazione della sintomatologia di spettro ascrivibile al DP;
– SCRAS per la valutazione clinica specifica del DP;
– QVF, questionario da noi elaborato per la valutazione della fotosensibilità.

Risultati: dall'analisi dei dati ottenuti emerge una differenza significativa tra pazienti, valutati prima della terapia (T0), e controlli sani relativa all'ampiezza dell'onda b, il cui valore risulta minore nei soggetti affetti da DP rispetto ai soggetti sani in maniera statisticamente significativa. La differenza dell'ampiezza dell'onda b tra occhio destro e occhio sinistro, risulta anche essa minore nei soggetti affetti da DP rispetto ai controlli. I risultati suddetti indicherebbero, nei soggetti con DP, oltre che un generico deficit del sistema dopaminergico anche una minore plasticità di tale sistema, evidenziata dall'analisi delle differenze di ampiezza dell'onda beta tra occhio destro e sinistro. Tale parametro neurofisiologico non è risultato modificabile dalla terapia farmacologica (T1). Inoltre, i soggetti con DP, rispetto ai controlli, hanno mostrato punteggi più elevati nella parte del QVF relativa alla fotofobia. Tale differenza di fotosensibilità risulta attenuata dal trattamento farmacologico, in seguito al quale sembrano ristabilirsi valori di fotosensibilità simili a quelli presenti nei soggetti sani.

Conclusioni: la ridotta ampiezza dell'onda ? nei pazienti con DP, e le significative differenze dei valori medi di dopamina plasmatica fra pazienti e controlli, sosterrebbe l'ipotesi di un coinvolgimento del sistema dopaminergico nel modulare gli aspetti cronobiologici in questo disturbo, come caratteristica di tratto vista la non modificabilità da parte della terapia farmacologica specifica che si accompagna ad una risoluzione del quadro clinico.

Disturbo di panico e uso di sostanze. significato clinico e dinamiche psicopatologiche

I. Maremmani

Vincent P. Dole Research Team, Ospedale Universitario "Santa Chiara", Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

L'associazione tra disturbo di panico e uso di sostanze è epidemiologicamente rilevante. L'ipotesi che l'uso di sostanze potenzialmente ansiogene incrementi il disturbo di panico è difficile da comprovare, poiché potrebbe trattarsi di un effetto favorente in soggetti predisposti, e concentrati, per un fattore di predisposizione comune, tra gli abusatori di sostanze. Per quanto concerne l'uso autoterapico, è possibile che per alcuni soggetti la componente cognitiva del disturbo di panico induca un frequente ricorso alle sostanze ad azione antiagorafobica, come l'alcol o gli oppiacei, in chi già li ha assunti. La dinamica autoterapica, pur favorendo l'instaurarsi della tossicomania mediante l'intensificazione dell'uso, non ne diviene un connotato differenziale: in altre parole, i tossicomani con storia di autoterapia del panico non hanno una forma di tossicomania che si risolve con il trattamento efficace del disturbo di panico. È auspicabile che il potenziale antipanico di alcune classi di sostanze quali gli oppiacei e i cannabinoidi motivi la sperimentazione e l'impiego di derivati sicuri e non tossicomanigeni come nuove opzioni nel trattamento del panico e dell'agorafobia.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA CAVALIERI 1

S97 - L'utilizzo degli agonisti degli oppiacei in psichiatria

MODERATORI
I. Maremmani, G. Gerra

Effetti degli oppiacei sui sistemi neuroendocrini

G. Gerra, A. Zaimovic

Servizio Tossicodipendenze, A.U.S.L. di Parma

La stimolazione dei recettori oppioidi interferisce in modo complesso con la funzione degli assi neuroendocrini, modulando una consistente varietà di reazioni organiche. In primo luogo, l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) è in parte controllato dal tono oppioide con una azione complementare dei sistemi? e ?, capaci di indurre importanti variazioni nella risposta allo stress e nell'assetto metabolico, con evidenti conseguenze psico-biologiche. A questo proposito gli oppiacei, utilizzati in ambito terapeutico, sembrano svolgere ruoli differenziati nell'azione sull'asse HPA, relativi sia

alla cinetica, sia allo specifico profilo farmacologico. Il metadone e la buprenorfina sembrano non interferire con la funzione dell'asse HPA, che invece sarebbe compromessa dall'eroina. Le risposte individuali, anche in questo caso, appaiono più significative dell'azione farmacologia in sé. Recenti evidenze ottenute con il test al metopirone e nostri precedenti dati indicano possibili alterazioni della risposta dell'asse HPA in sottogruppi di pazienti in metadone, caratterizzati da specifici elementi comportamentali e clinici. L'azione antagonista della buprenorfina sui recettori oppioidi? potrebbe in parte contrastare l'azione di stimolo della dinorfina sull'asse HPA, con un minor coinvolgimento del CRF e possibili conseguenze sul tono dell'umore. Analogamente gli oppioidi? e? interferiscono con l'asse ipotalamo ipofisi gonadi (HPG). L'azione di contrasto sulla dopamina incrementa la secrezione di prolattina (PRL) con tutte le conseguenze possibili sul ciclo mestruale, sul comportamento sessuale e sulla fertilità. Anche in questo ambito, risposte molto differenti sono state evidenziate nel corso dell'esposizione cronica all'eroina e agli oppiacei prescrivibili. Da considerare inoltre le interferenze degli oppiacei sull'asse entero-pancreatico, verosimilmente mediato dal polipeptide pancreatico (hPP) e direttamente da cellule insulari dotate di recettori oppioidi. Lo stimolo cronico dei recettori oppioidi sembra interferire con il sistema immunitario, da un lato con la modulazione diretta dei linfociti, dall'altro con l'attivazione di un asse che, a partire dai nuclei sovraipotalamici e dal CRH, influisce sulle citochine. Di grande rilievo, anche se ancora difficili da tradurre in evidenze utili per l'ambito clinico, le interferenze degli oppiacei sul sistema dei cannabinoidi endogeni, sull'equilibrio GABA-NMDA e sui neuro-steroidi, tutti meccanismi capaci di influenzare i livelli d'ansia, la stabilità della personalità, gli affetti e gli impulsi. Ancora in gran parte da investigare il ruolo degli oppiacei nel modulare il rapporto tra ossitocina e vasopressina nella neuro-ipofisi, relazione cui si deve in parte il delicato equilibrio tra socievolezza e aggressività, apertura alle relazioni e comportamento ostile, rilassamento e tensione emotiva.

L'uso del metadone in Psichiatria

P.P. Pani

Servizio Tossicodipendenze, ASL 8, Cagliari

Gli organismi viventi tendono ad una condizione di equilibrio biologico e comportamentale che garantisca una sensibilità adeguata agli stimoli interni od esterni. La sensibilità adeguata è quella che consente il migliore adattamento possibile all'ambiente, in termini di sopravvivenza dell'individuo e della specie, nonché la migliore qualità di vita possibile. In biologia, il concetto di omeostasi e di equilibrio omeostatico stanno ad indicare questa condizione.
La tolleranza all'effetto delle sostanze rappresenta un mezzo a disposizione dell'organismo vivente per riportare le funzioni vitali alterate entro i limiti dell'equilibrio omeostatico.
Il concetto di stabilizzatore è stato applicato a lungo ad una categoria di farmaci utilizzati in psichiatria per il trattamento dei disturbi dell'umore. In questo caso, l'obiettivo del trattamento è quello di mantenere i limiti di oscillazione dell'umore entro livelli fisiologici, o meglio adattivi, evitando gli eccessi in senso sia depressivo che euforico.
Nel caso della tossicodipendenza, il concetto di stabilizzazione è stato utilizzato per r farmaci capaci di riportare le funzioni biologiche, quelle psichiche ed il comportamento manifesto entro i limiti di un fisiologico equilibrio omeostatico.
L'esempio storicamente più importante di farmaco stabilizzante è quello del metadone. Ragioni di ordine farmacocinetico e farmacodinamico spiegano la sua capacità di correggere, nel lungo periodo, le alterazioni psicofisiche e comportamentali associate all'azione dell'eroina.
L'utilizzo del metadone nel trattamento della dipendenza da oppiacei si associa ad un miglioramento dello stato psicopatologico, particolarmente della dimensione affettiva. Aggiustamenti nella posologia del farmaco sono utili per il controllo di manifestazioni sintomatologiche della comorbilità psichiatrica, particolarmente dei disturbi d'ansia e dei disturbi dell'umore.

L'uso della Buprenorfina in Psichiatria

I. Maremmani

Vincent P. Dole Research Team, Ospedale Universitario "Santa Chiara", Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

Introduzione: le sostanze oppiacee sono state proposte, nel passato, per il trattamento di sindromi disforiche, depressione e psicosi. Tuttavia i dati sull'utilità di questi composti sulle malattie mentali sono esigui a causa delle restrizioni al loro impiego, sulla base dell'identificazione erronea del potenziale d'abuso con il solo meccanismo d'azione. La buprenorfina, opzione terapeutica più recente per il trattamento di pazienti psichiatrici particolari (tossicomani) è un utile strumento per l'indagine del ruolo dei sistemi oppioidi nelle malattie mentali, data la combinazione di un agonismo? "bloccato" con un antagonismo ?.
Scopo: questa presentazione raccoglie criticamente i dati relativi agli effetti diretti e indiretti della buprenorfina sui parametri psicopatologici diversi da quelli sintomatici della tossicodipendenza da oppiacei.
Metodo: i dati sono stati sottoposti a revisione critica con particolare attenzione alla distinzione tra aspetti psicopatologici inerenti la dipendenza o indipendenti, al tempo di valutazione, alle categorie di diagnosi e di gravità tossicomanica su cui sono stati compiuti gli studi.
Risultati e conclusioni: i dati supportano l'idea che la buprenorfina possieda proprietà antidepressive, antidisforiche e antipsicotiche. Inoltre, essa potrebbe rappresentare l'oppiaceo di scelta in soggetti che associano *addiction* di gravità moderata a doppia diagnosi per disturbi distimici e d'ansia o disturbi di personalità. I dosaggi ottimali sembrano essere quelli che consentono di combinare il massimo dell'effetto agonista con l'antagonismo? La sicurezza legata all'autolimitazione dell'agonismo mu la rende particolarmente adatta a auspicabili future sperimentazioni nelle malattie mentali.

Interazioni fra agonisti degli oppiacei e psicofarmaci

M. Pacini

Istituto di Scienze del Comportamento "G. De Lisio", Pisa, Dipartimento di Medicina Clinica, Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma

Introduzione: la frequenza di disturbi psichici tra i soggetti oppiomani ha richiamato l'attenzione sullo studio delle combinazioni farmacologiche utili o controproducenti nell'intervento integrato su questi quadri psichiatrici complessi. La patologia psichiatrica, pur essendo spesso indipendente sul piano patogenetico, è embricata con la patologia tossicomanica per quanto concerne il decorso, la ritenzione in trattamento e le complicanze, compreso il problema del poliabuso.
Metodologia: sono stati esaminati gli studi clinici e i *case reports* disponibili in letteratura con distinzione tra quadri psichiatrici classificabili come "doppia diagnosi" e quadri psichiatrici in comorbidità, associati a stati di intossicazione, di disintossicazione o di astensione prolungata senza trattamento specifico.
Sono inoltre riportati dati provenienti dall'esperienza del PISA-SIA Group relativi alla possibile semplificazione delle terapie psichiatriche nei soggetti con doppia diagnosi mediante l'impiego di farmaci oppioidergici a dosaggi adeguati.
Risultati: la maggior parte dei farmaci psichiatrici classici può essere associata al metadone e alla buprenorfina senza interazioni sfavorevoli. Quadri clinici che richiamano la necessità di impiego di farmaci psicotropi sono presenti soprattutto in popolazioni di soggetti che assumono dosi inadeguate di metadone. In soggetti astinenti dagli oppiacei ma e che ricevono dosaggi metadonici superiori alla media per il raggiungimento di un buon potenziale riabilitativo, i sintomi derivati da malattie "in doppia diagnosi" sono ridotti e non interferenti con il processo riabilitativo. Il ricorso alle associazioni psicofarmacologiche sembra maggiore nel caso dei programmi con buprenorfina, a parità di outcome. La sensibilità dei soggetti ai farmaci psicotropi sembra aumentare in presenza di regimi di mantenimento metadonico a dosaggi adeguati.
Conclusioni: l'uso corretto dei farmaci oppioidergici riduce la necessità di ricorrere ad associazioni. Le funzioni più spesso richieste durante il trattamento metadonico sono quelle anti-depressiva e anti-impulsiva, non sempre corrispondenti a farmaci disponibili ed efficaci in questa categoria di pazienti. La stimolazione oppioidergica sembra incrementare l'efficacia dei farmaci psicotropi in questi pazienti.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA CAVALIERI 2

S98 - Farmacogenomica e terapia dell'A.D.H.D. nell'età evolutiva ed in quella adulta

MODERATORI
A. Pasini, P. Curatolo

Il trattamento delle problematiche attentive e comportamentali di bambini con deficit di attenzione e/o iperattività. Il training autoregolativo di gruppo

C. Vio[*] [**] e T. Mattiuzzo[**]

[*] *Facoltà di Psicologia, Università di Padova;* [**] *U.O. di Neuropsichiatria Infantile, San Donà di Piave (VE)*

Il presente contributo ha lo scopo di presentare i dati di una recente ricerca relativa alla sperimentazione dell'efficienza e dell'efficacia di un "trattamento autoregolativo" condotto in piccoli gruppi di soggetti. Tale intervento, che ripropone alcune metodiche contenute nel lavoro di Cornoldi et al. (1996), introduce nuove proposte abilitative sulle base di recenti ricerche condotte con soggetti DDAI (es. compiti di pianificazione dell'azione, di monitoraggio del comportamento, di attenzione divisa, ecc.).
Una delle preoccupazioni che abbiamo tenuto presente nella scelta degli esercizi abilitativi è la valenza ecologica della proposta, il più possibile cioè vicina all'esperienza del bambino e alle richieste che gli possono provenire dall'ambiente.
Infatti, precedenti ricerche (Vio et al. 1999; Offredi & Vio, 1999) hanno evidenziato la particolare difficoltà a generalizzare ai contesti di vita procedure apprese in sede di trattamento, per questo si è cercato di individuare situazioni e compiti che potessero essere facilmente utilizzabili al di fuori del contesto riabilitativo.
Per questi motivi, viene data maggior enfasi alle componenti di autoregolazione cognitiva: pianificazione e controllo della propria azione, di spostamento *(Shift)* dell'attenzione mentre il soggetto sta eseguendo due compiti contemporaneamente, di controllo dell'impulso, di tolleranza della frustrazione.
I soggetti che si sono sottoposti a questo intervento sono 38 delle scuola primaria di primo e di secondo grado, prevalentemente maschi di età compresa tra i 7 ed i 12 anni.
La discussione dei dati prevede l'analisi di prove introdotto per valutare il cambiamento in compiti attentivi, di controllo dell'impulso (tempi di reazione), di alcune componenti delle funzioni esecutive; sono state inoltre raccolte delle

informazioni relative al comportamento del soggetto nel contesto di vita attraverso i questionari SDAI e SDAG (Cornoldi et al., 1996).

Psicofarmacoterapia dell'ADHD

G. Masi, S. Millepiedi, S.Berloffa

I.R.C.C.S. Stella Maris per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Calambrone (PI)

Un approccio multimodale integrato per l'ADHD deve includere interventi psicologici sul bambino (potenziamento dell'autocontrollo, interventi sull'apprendimento scolastico, potenziamento dell'autostima, ecc.), un intervento psicoeducativo con i genitori (*Parent Training*) ed un lavoro con gli insegnanti per favorire un'adeguata integrazione scolastica. Solo nei casi in cui tali interventi non risultassero efficaci o sufficienti, o qualora l'intensità e gravità della sintomatologia sia tale da interferire con una loro effettiva realizzazione, può essere opportuno affiancare un intervento farmacologico.
È stata definita una modalità di prescrizione che vede inizialmente coinvolti Centri di Riferimento indicati dalle regioni, operanti presso strutture accreditate di Neuropsichiatria Infantile, con la definizione di un piano terapeutico personalizzato. I successivi controlli, almeno mensili, saranno ad opera del Neuropsichiatra Infantile territoriale e/o del pediatra di libera scelta.
Gli psicostimolanti (e il metilfenidato in particolare) e la atomoxetina sono attualmente sono i farmaci con l'indicazione per ADHD in età pediatrica.
Il metilfenidato agisce potenziando la trasmissione dopaminergica, e risulta migliorare significativamente i sintomi ADHD in circa il 70% dei soggetti trattati. Il metilfenidato deve essere utilizzato con prudenza nei bambini con ADHD che presentano sintomi o storia familiare di disturbo bipolare, tics o sindrome di Gilles de la Tourette. Deve inoltre essere monitorata almeno mensilmente la crescita staturo-ponderale, la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa.
La atomoxetina potenzia in modo selettivo la trasmissione noradrenergica, senza avere una azione psicostimolante, e non ha quindi limitazioni in soggetti con tic o sindrome di Tourette. Tale farmaco è presente da qualche anno sul mercato USA, ed in epoca più recente in alcuni paesi europei. La sua efficacia è sostenuta da studi controllati in età evolutiva, che hanno dimostrato l'efficacia del trattamento nel breve termine con una singola somministrazione al mattino. Un ulteriore studio multicentrico su 416 bambini, svolto prevalentemente in Europa, con randomizzazione in un gruppo trattato con atomoxetina ed in un gruppo trattato con placebo, della durata di 9 mesi, ha dimostrato che la atomoxetina era in grado di ridurre significativamente il rischio di ricadute, con una tollerabilità analoga a quella degli studi a breve termine. Tali dati suggeriscono che il trattamento con atomoxetina può essere efficace e sicuro in bambini ed adolescenti con ADHD.
In termini di tollerabilità, oltre agli effetti indesiderati più frequenti, sarà presa in considerazione la reale incidenza di fenomeni indesiderati più gravi quali crisi convulsive, effetti collaterali a carico del fegato e del sistema cardio circolatorio, tendenza a comportamenti autolesivi.

Genotipi del dopamine transporter e risposta alla psicofarmacoterapia nell'ADHD

A. Pasini, C. Paloscia, L. Sinibaldi[*], S. Douzgou[*], R. Alessandrelli, C. Rosa, A. Pizzuti[*], B. Dallapiccola, P. Curatolo

U.O. di Neuropsichiatria Infantile, Policlinico Universitario di "Tor Vergata" Roma, I.R.C.C.S. - C.S.S. San Giovanni Rotondo & C.S.S. Mendel, C.S.S. Mendel, Roma; [*] Department of Experimental Medicine and Pathology, Sapienza Università di Roma

Introduzione: il disturbo da deficit dell'attenzione è una delle forme di psicopatologia di più frequente riscontro nell'età evolutiva ed il suo decorso si estende spesso fino all'età adulta. La sintomatologia si può evolvere e modificarsi con l'età. I nuclei attorno ai quali si articola la psicopatologia sono però identici: alterazione di funzioni neurocognitive, quali l'attenzione e le funzioni esecutive, alterazioni comportamentali e del controllo degli impulsi. I risultati delle risposta alle terapie e la variabilità del decorso prognostico hanno posto in evidenza l'esistenza di diversi fenotipi. Le ricerche svolte finora hanno consentito di stabilire che nell'etiologia e nella patogenesi dell'ADHD esiste una componente genetica che ha un rilievo diverso a seconda del fenotipo clinico. La ricerca si sta, quindi, indirizzando verso l'individuazione di più precisi endofenotipi, a cui indirizzare strumenti terapeutici appropriati. Nei tentativi di individuare gli endofenotipi dell'ADHD, sono stati studiati, finora, geni che sono coinvolti, principalmente, nella funzionalità del sistema dopaminergico e serotoninergico. Lo studio del sistema dopaminergico viene generalmente privilegiato, in quanto costituisce il target su cui intervengono alcuni farmaci impiegati nella terapia dell'ADHD. Tra i geni deputati a svolgere un ruolo nella patogenesi dell'adhd troviamo quello che codifica il transporter della dopamina nell'uomo (DAT1). All'interno di questo gene esiste una zona (3'-UTR) in cui è presente un allele in posizione 10 che contiene un numero variabile di doppie ripetizioni (VTNR). Questo allele è anche quello di più comune riscontro all'interno della popolazione dei soggetti con ADHD e sembra anche essere associato ad una favorevole risposta terapeutica al metilfenidato (MPH), un farmaco che agisce sul transporter della dopamina ed è uno dei principali farmaci impiegati nella terapia dell'ADHD. Al suo valore come possibile indicatore prognostico del trattamento con il metilfenidato, sia nel bambino che nell'adulto, il genotipo 10/10 del DAT1 sembra che faccia rilevare una maggior quantità di DAT1 nello striato, anche se quest'ultimo dato è stato rilevato solo in un tipo di soggetti asiatici con ADHD. Diversamente dal genotipo precedentemente citato, il 9/9 per il DAT1, sembra avere una peggiore risposta terapeutica al trattamento con MPH ed una diversa curva dose-risposta all'assunzione di MPH. Mentre gli studi pubblicati hanno studiato essenzialmente la risposta della sintomatologia clinica principale al trattamento dei diversi genotipi DAT1 con MPH, non sono stati pubblicati, finora, risultati sulle variazioni delle funzioni neurocognitive durante lo stesso tipo di trattamento nei genotipi sopra citati.
Metodologia: è stata esaminato un gruppo di soggetti con ADHD in età evolutiva, consecutivamente sottoposti a trat-

tamento con MPH. I pazienti, tutti di sesso maschile, sono stati valutati longitudinalmente, sia dal punto di vista psicopatologico che da quello neurocognitivo. In maniera indipendente dai ricercatori che effettuavano lo studio clinico, i genetisti hanno determinato il genotipo DAT1 dei pazienti esaminati nello studio.

Risultati: verranno illustrati i risultati dello studio condotto valutando le misurazioni del trattamento con MPH in rapporto alla psicopatologia, alle funzioni neurocognitive ed al genotipo DAT1
Conclusioni: saranno discussi i risultati ottenuti mettendo a confronto i tre principali parametri esaminati.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA ELLISSE

S99 - Psicotraumatologia e disturbi della sfera affettiva

MODERATORI
L. Janiri, G. Pozzi

Correlati psicobiologici degli eventi stressanti nei disturbi della sfera affettiva

L. Bossini, M. Tavanti
Università di Siena

Molti studi effettuati su soggetti affetti da disturbo post-traumatico da stress (PTSD) sembrano concordare nel rilevare una diminuzione di volume dell'ippocampo, anche se non tutti gli studi hanno confermato questo dato. Allo stesso modo anche nel disturbo depressivo maggiore (DDM) è stato lungamente studiato il ruolo che l'ippocampo svolge nell'eziopatogenesi della patologia. Ed anche in questo caso i risultati ottenuti non son univoci; Il meccanismo che sottende la riduzione del volume ippocampale non è stato ancora chiarito, ma sembra oramai certo che vi sia una differenza fra le due patologie. Nel DDM il fattore causale dell'atrofia sembra essere indotto dall'esposizione ad alti livelli di glucocorticoidi, sostanze prodotte in eccesso in caso di esposizione a eventi stressanti. Invece nei pazienti con PTSD la tossicità sembra derivare da un eccessiva sensibilità recettoriale a livello ippocampale dei recettori per i glucorticoidi i cui livelli ematici sono risultati ridotti nei soggetti con PTSD. Alla luce dei dati non univoci in letteratura il nostro studio si è prefisso l'obiettivo di valutare le eventuali alterazioni morfologiche a livello ippocampale presenti nei pazienti affetti da PTSD, nei soggetti affetti da DDM insorta o meno in seguito ad un evento traumatico e nei soggetti con evento traumatico in anamnesi senza disturbo psichiatrico, nel tentativo di chiarire il ruolo dell'evento traumatico da un lato e del disturbo psichiatrico dall'altro nel determinismo del danno cerebrale.
Materiale e metodi: sono stati reclutati 5 soggetti con PTSD, 5 soggetti con DDM senza evento traumatico in anamnesi, 5 soggetti con DDM con evento traumatico in anamnesi, 5 soggetti sani con evento traumatico in anamnesi e 5 volontari sani senza eventi traumatici corrispondenti per età, sesso, peso e altezza al campione dei pazienti. Tutti i soggetti sono stati sottoposti allo stesso protocollo di risonanza magnetica cerebrale per le misurazione degli ippocampi e dei volumi cerebrali.
Vengono presentati i risultati relativi al confronto fra gruppi, dai quali sembra emergere una similitudine in termini di atrofia ippocampale, per quanto la presenza di un evento traumatico sembra aumentarne i valori.

Eventi stressanti e fattori psicosociali come elementi predittivi nel disturbo bipolare

L. Janiri, M. Mazza, M. Di Nicola, G. Martinotti, S. Geri, D. Harnic
Day Hospital di Psichiatria e Farmacodipendenze, Policlinico A. Gemelli, Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica S. Cuore di Roma

Diversi studi dimostrano che eventi di vita stressanti sono predittivi di ricadute sintomatologiche in pazienti affetti da disturbo bipolare. In particolare sembra che elevati livelli di stress e la percezione di una ridotta qualità della vita siano strettamente associati con la tendenza alla ricorrenza della patologia, mentre l'esistenza di supporto sociale non sia sufficiente a moderare l'impatto degli eventi stressanti. La presenza di eventi di vita traumatici sembra condizionare i primi episodi di malattia, le manifestazioni maniacali e la precoce ospedalizzazione, le ricadute depressive ed una peggiore prognosi a lungo termine.
Questo tipo di indagine, tuttavia, presenta alcune difficoltà metodologiche. È necessario innanzitutto diversificare quali eventi stressanti sono specificatamente correlati alle ricadute depressive e quali invece alle ricadute maniacali. Inoltre, è fondamentale focalizzare quali particolari eventi di vita traumatici o stressanti possono condizionare diverse espressioni sintomatologiche, allo scopo di identificare un modello che rappresenti l'integrazione tra ambiente sociale, struttura di personalità e vulnerabilità biologica.
Il nostro studio è stato condotto su pazienti bipolari di tipo I e II seguiti presso l'Ambulatorio per i Disturbi Bipolari del DH di Psichiatria e Farmacodipendenze del Policlinico "A. Gemelli". I pazienti sono stati sottoposti a valutazione psicometrica utilizzando *la Hamilton Depression Rating Scale*

(HDRS), la *Young Mania Rating Scale* (YMRS), la *Paykel Life Events Scale* e la *Social Adaptation Self-Evaluation Scale* (SASS). Nel corso del congresso saranno riportati i risultati conseguiti.

Stress lavorativo e disturbi dell'adattamento

G. Pozzi, A. Frustaci, C. Vieceli

Day Hospital di Psichiatria Clinica, Policlinico Universitario "A. Gemelli", Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Il contesto lavorativo costituisce per la popolazione adulta il secondo principale ambiente di vita dopo la famiglia, e la capacità di produrre ed adattarsi allo stress viene considerata dall'OMS elemento costitutivo della nozione di salute mentale. Ciononostante l'attenzione della ricerca psichiatrica a questo settore rimane limitata, per cui tendono a prevalere sull'oggettività scientifica pregiudizi individuali e sociali, condizionamenti politici e finanziari, nonché ideologie terapeutiche. Anche se lo stress lavorativo viene considerato sul piano epidemiologico quello più facilmente misurabile, lo studio delle reazioni psicopatologiche allo stress richiede modelli di tipo contestuale prendendo in considerazione anche fattori ambientali extralavorativi e caratteristiche indipendenti degli individui. Né si può trascurare come il disagio psicologico dei lavoratori derivi tanto da componenti prestazionali specificamente ascrivibili alla mansione lavorativa quanto da problemi relazionali relativamente aspecifici ma spesso ancor più valorizzati sul piano soggettivo.
I disturbi dell'adattamento (DA) sono considerati entità cliniche banali e categorie diagnostiche residuali; recenti dati del NCS-2 evidenziano tuttavia come i disturbi minori possano predire esiti quali bisogno di trattamento e disabilità lavorativa, nonché la comparsa di disturbi maggiori. Inoltre una concettualizzazione semplicistica dei DA crea più problemi di quanti ne risolva, costringendo il clinico a livelli di inferenza che in altri settori della moderna nosografia sarebbero ritenuti inaccettabili, e determinando riproducibilità della diagnosi con valori di $k \leq 0{,}33$.
I quadri di DA mostrano invero una spiccata eterogeneità, con profili clinici sia di tipo sintomatico sia ad impronta comportamentale, appannaggio soprattutto di personalità problematiche. La natura delle manifestazioni rimane controversa: se per un verso lo stress cronico è in grado di produrre sintomatologia ansioso-disforica anche in soggetti indenni da vulnerabilità, è altresì verosimile che in molti casi i DA rappresentino manifestazioni sottosoglia di sindromi psicopatologiche ben codificate. Di qui la necessità di discriminare prudentemente la comorbilità e di adottare una metodologia diagnostica a carattere misto (misure dimensionali lungo assi categoriali) con valutazione multiassiale e diacronica di: sintomi di stato, caratteristiche di tratto, funzionamento personale, esposizione ad eventi ambientali.
Per quanto attiene il trattamento, bisogna considerare come stress e adattamento costituiscano fenomeni ubiquitari ed ineliminabili, legati da complesse relazioni circolari. La scelta dei farmaci deve essere ispirata a criteri prevalentemente dimensionali e richiede particolare attenzione al profilo di sicurezza. Gli interventi psicologici debbono ristrutturare subito le capacità di coping e solo in una fase successiva dinamizzare gli assetti personologici di base.

Bibliografia

Katzman JW, Tomori O. *Adjustment disorders*. In: *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2005, pp. 2055-62.

McFarlane A, van der Kolk A. *Conclusioni e prospettive future*. In: van der Kolk BA, Mc Farlane A, Weisaeth L, eds. *Stress traumatico*. Tr. it. Roma: Edizioni Magi 2004, pp. 557-573.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA MONTEMARIO

S100 - La costruzione di "evidenze" sugli interventi psicosociali del D.S.M.

MODERATORI
A. Bellomo, P. Morosini

Studio clinico controllato randomizzato dell'intervento psicoeducativo familiare. Follow-up ad 1 e a 11 anni

F. Veltro, L. Magliano[*], I. Cascavilla[**], P. Morosini[**]

Dipartimento di Salute Mentale di Campobasso; [*] Istituto di Psichiatria, Seconda Facoltà di Medicina di Napoli; [**] Istituto Superiore di Sanità, Roma

Scopo: valutare l'efficacia dell'Intervento Psicoeducativo Familiare (IPF) secondo l'approccio proposto da Falloon con il trattamento che di routine viene effettuato in un Servizio Psichiatrico.
Metodo: studio clinico controllato randomizzato effettuato su 24 pazienti affetti da schizofrenia, di cui 12 hanno ricevuto l'IFP e 12 il trattamento di routine. Le valutazioni sono state fatte prima e dopo la fine del trattamento attivo (12 mesi) e dopo 11 anni. I gruppi sono stati confrontati mediante indicatori di base (numero di ricoveri, durata della degenza, tasso di abbandoni) e variabili di esito psicosociale (sintomi, funzionamento sociale e carico familiare) accertati con strumenti standardizzati (PSE-IX, HoNOS-Roma, QPD e PF).

Risultati: dopo 12 mesi si sono osservate differenze clinicamente importanti e statisticamente significative per i sintomi psicotici positivi ($p < 0,01$), per la cura di sé ($p < 0,01$), per l'autonomia nella vita quotidiana ($p < 0,001$), per il carico familiare soggettivo e oggettivo ($p < 0,001$). Anche altri sintomi e aspetti del funzionamento sociale hanno mostrato miglioramenti, non però statisticamente significativi. Al follow-up di 11 anni, si sono constatate marcate differenze solo nei ricoveri e negli abbandoni, mentre il pur lieve miglioramento dell'esito psicosociale non è apparso clinicamente e statisticamente significativo.
Conclusioni: si tratta del primo ed unico studio controllato randomizzata effettuato in Italia per valutare l'applicabilità e l'efficacia nella pratica dell'intervento psicoeducativi integrato. Si tratta anche dello studio di follow-up più lungo (11 mesi) anche se condotto su un campione non molto numeroso. Come risultato principale si è ottenuto che l'IPF è relativamente facile da attuare con un rapporto costo-efficacia favorevole. Viene confermato anche ad un follow-up molto lungo che il mantenimento dei benefici necessita di un programma di monitoraggio con incontri di richiamo.

Valutazione delle abilità di riconoscimento delle emozioni, di comunicazione e di risoluzione di problemi nell'ambito dell'intervento cognitivo comportamentale di gruppo nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura. Valutazione di esito

M. Casacchia, A. Cavicchio*, A. Di Pucchio, S. Di Mauro, R. Ortensi**, I. Mariannantoni**, L. Antonetti**, R. Roncone

** Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, ** Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica in formazione, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a direzione Universitaria, Università de L'Aquila*

Introduzione: nel Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura dell'Ospedale S. Salvatore a L'Aquila viene effettuato in modo routinario l'intervento di gruppo strutturato di tipo cognitivo-comportamentale per i pazienti ricoverati (Vendittelli et al., 2003).
Scopo del nostro lavoro è stato quello di valutare gli esiti di tale intervento, con particolare attenzione al monitoraggio delle abilità di riconoscimento delle emozioni, delle abilità di comunicazione e di risoluzione dei problemi, sviluppando ed impiegando una specifica griglia per la valutazione di tali variabili.
Materiali e Metodi: il campione era composto da 62 pazienti (27 maschi e 35 femmine), afferenti consecutivamente in regime di ricovero ordinario, nel periodo compreso tra marzo 2006 e agosto 2006, presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a direzione Universitaria de L'Aquila. Il campione è stato suddiviso in due gruppi, costituiti da un sottogruppo che ha effettuato l'intervento di gruppo strutturato di tipo cognitivo-comportamentale in ambiente di ricovero (Vendittelli et al., 2003) ed un sottogruppo di controllo, che non ha effettuato interventi specifici a livello psicoterapici.
Entrambi i gruppi sono stati valutati all'ingresso ed alla dimissione con i seguenti strumenti: HONoS Roma; FACE; BPRS: INSIGHT A e B; DAI-10; Intervista al paziente.
Tali strumenti sono stati integrati con una griglia di valutazione degli aspetti relativi alle capacità emotive, alle capacità di comunicazione e di risoluzione di problemi evidenziati dai partecipanti durante le sedute.
La griglia è stata strutturata in modo da riportare per ciascun partecipante una valutazione di tipo *Visual Analogue Scale* (VAS) relativa alla partecipazione emotiva durante l'effettuazione dei gruppi, all'interesse nei confronti degli altri partecipanti al gruppo, al grado di immedesimazione alle vicende degli altri, alla capacità di fornire consigli pertinenti, alla abilità di comunicazione, alle abilità di *problem-solving* di ciascun partecipante all'incontro. Tale griglia è stata inserita nella "scheda giornaliera di valutazione del gruppo". La compilazione della scheda viene effettuata al termine di ogni incontro mattutino
Risultati: il campione esaminato presentava una età media pari a 45,5 anni, degenza media di 16,24 giorni. Rispetto alla diagnosi, 16 soggetti presentavano diagnosi di schizofrenia, 10 soggetti di disturbo bipolare, 17 soggetti di depressione maggiore, 2 soggetto di abuso di sostanze, 1 soggetto di disturbo ossessivo compulsivo, 7 soggetti di Psicosi NAS, 2 soggetti di disturbo delirante, 6 soggetti di dipendenza da alcol ed 1 con demenza di Alzheimer, in accordo ai criteri diagnostici del DSM-IV.
I risultati evidenziano che i pazienti che hanno partecipato ad almeno tre incontri hanno presentato un miglioramento del quadro psicopatologico, della consapevolezza di malattia e dell'adesione al trattamento farmacologico superiore a quello dei pazienti inclusi nel sottogruppo di controllo. Inoltre i pazienti che hanno condotto l'intervento hanno migliorato le abilità di riconoscere e verbalizzare le loro emozioni e quelle che identificavano negli altri componenti del gruppo.
Conclusioni: i dati confermano l'utilità dell'intervento di gruppo strutturato di tipo cognitivo-comportamentale per i pazienti ricoverati non solo sui parametri clinici e comportamentali ma anche su moduli specifici relativi alle abilità di riconoscimento delle emozioni, di comunicazione e di risoluzione di problemi, permettendo di cogliere le modificazioni di aspetti emotivi e relazionali altrimenti di difficile valutazione.

Bibliografia

Falloon IRH, Coverdale JH, Roncone R. *Trattamento integrato biomedico e psicosociale dei disturbi mentali gravi: i presupposti di una gestione clinica ottimale*. Noos 1996;3:179-200.
Falloon I. *Intervento psicoeducazionale integrato in psichiatria*. Trento: Erickson 1994.
Vendittelli N, Veltro F, Oricchio I, Buzzoni A, Rosicarelli ML, Polidori G, et al. *L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*. Torino: Centro Scientifico Editore 2003.

Valutazione di un intervento cognitivo-comportamentale di gruppo in S.P.D.C.

A. Bellomo, A. Petito, C. Massaro, L. Matrella, S. Iuso, M. Ferretti, M. De Salvia, M. Mazza, M. Nardini*

*Dipartimento Misto di Salute Mentale A.S.L. FG 3, Università di Foggia; * Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari*

Introduzione: sulla base delle recenti applicazioni individuali e familiari della Terapia Cognitivo Comportamentale

(TCC) nelle psicosi, si è organizzato e sperimentato un intervento specifico di gruppo da applicare, nel periodo limitato della degenza, ai pazienti acuti ricoverati in un SPDC. La finalità dello studio è stata quella di fornire una occasione di maggiore coinvolgimento e di gratificazione nel rapporto tra operatori sanitari e pazienti, tra pazienti e tra operatori. L'obiettivo proposto è di testare l'applicabilità di tale intervento e le valutazioni di efficacia conseguenti.

Metodologia: trattasi di uno studio *pre-post* della durata di un anno, nel quale sono confrontati l'intervento tradizionale in rapporto all'intervento sperimentale. Le valutazioni sono state effettuate somministrando specifiche *rating-scales* fornite dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in seguito ad una partecipazione a corsi intensivi di applicabilità della metodologia su esposta.

Risultati e conclusioni: dai dati emersi dalle valutazioni di n = 174 pazienti psichiatrici ricoverati in SPDC, si può affermare che l'intervento in esame ha mostrato esiti favorevoli sulla riduzione delle riammissioni (*revolving door*), data l'importanza che viene data al riconoscimento dei segni precoci di crisi e alla individuazione di reazioni diverse alle situazioni e agli eventi stressanti (modello *stress-vulnerabilità-coping*). Inoltre sono stati evidenziati migliori esiti di sintomatologia clinica e minori livelli di aggressività nei pazienti, nonché un *clima emotivo* di reparto più deteso (inibizione del *burn-out*).

Bibliografia

Falloon IRH. *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria* (seconda edizione). Trento: Erickson 1994.

Vendittelli N, Veltro F, Orecchio I, Buzzoni A, Rosicarelli ML, Polidori G, et al. *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.* Torino: Centro Scientifico Editore 2003.

Riabilitazione emozione-cognitiva per pazienti affetti da schizofrenia

N. Vendittelli, F. Veltro, M. Mazza*, M. Alberti, A. Gioia, P. Trentalance

*Dipartimento di Salute Mentale di Campobasso; * Istituto di Psichiatria, Università de L'Aquila*

Introduzione: la Teoria della Mente (ToM, mentalizzazione), in gergo anche *psicologia del senso comune*, è la capacità delle persone di cogliere intuitivamente le *intenzioni*, i *desideri* e le *credenze* delle altre persone con cui si entra in contatto. La mentalizzazione è indispensabile agli esseri umani per collocarsi agevolmente nell'universo delle relazioni. I soggetti con deficit di tale capacità, (es., autismo), vanno incontro a severe limitazioni delle attività di relazione. La mentalizzazione ingloba la capacità di cogliere l'espressione delle emozioni, soprattutto dall'espressione del viso. Vi è ampio accordo che i pazienti affetti da schizofrenia presentano un deficit sia per quanto riguarda la ToM che per il riconoscimento delle emozioni sul volto altrui. Secondo molti autori, la sintomatologia della schizofrenia, soprattutto per quel che riguarda le dimensioni: "disorganizzazione e negativa" è fortemente collegata con il deficit di ToM. Gli Autori presentano i primi risultati di uno studio concepito per validare un intervento di gruppo per migliorare la mentalizzazione nei pazienti affetti da schizofrenia attraverso un lavoro specifico sulle varie declinazioni (contesto, cognizioni, comportamento, stato d'animo) delle emozioni emergenti nei rapporti interpersonali. Tale approccio è stato denominato REC (riabilitazione emozionale e cognitiva) ed è stato descritto in modo più ampio in due contributi scientifici.

Metodologia: Sono stati selezionati in maniera random 24 pazienti distribuiti in due gruppi: quello sperimentale (che ricevevano la REC) e quello di controllo che ricevevano un intervento strutturato di *problem solving*. L'intervento durava un anno con sessioni *booster* una volta al mese per i successivi 6 mesi. I pazienti sono stati valutati con interviste cliniche strutturate (BPRS), di funzionamento sociale (FPS), di carico familiare (ABC dei familiari), per quanto riguarda il funzionamento cognitivo secondo il modello MATRICS. Per tutti i pazienti è stato valutato il deficit della ToM secondo le indicazioni dell'Università de L'Aquila.

Risultati: dai primi dati ottenuti dalla valutazione a sei mesi si osserva un miglioramento in tutte le variabili considerate del funzionamento psicosociale per entrambi i gruppi con un miglioramento specifico delle variabili del funzionamento cognitivo e della ToM a seconda dell'appartenenza dei gruppi.

Conclusioni: i risultati sono molto incoraggianti se si considera che si tratta di un intervento sperimentale e strutturato, concepito per la prima volta in ambito riabilitativo specificamente per migliorare la capacità di cogliere l'espressione delle emozioni sul volto altrui e la ToM.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA LEONARDO

S101 - Il Disturbo dell'identità di genere oggi

MODERATORI
E. Rasore, D. Ferone

Il Disturbo dell'Identità di Genere. Aspetti endocrino-metabolici

E. Resmini[*], M. Boschetti[*], A. Rebora[*], F. Massaro[*], V.Albanese[*], F. Minuto[* **], D. Ferone[* **]

[*] *Departments of Endocrinological & Metabolic Sciences and* [**] *Center of Excellence for Biomedical Research, University of Genova, Italy*

Leptin, ghrelin and adiponectin evaluation in transsexual patients.
Gender differences in adiponectin levels are documented during the progression of puberty and seem related to serum androgen levels. In fact, testosterone selectively reduces the high molecular weight form of adiponectin by inhibiting its secretion from adipocytes. Moreover, a pharmacological increase in sex hormones is associated with a marked decline in circulating levels of ghrelin in males but not in females. It has been also shown that ghrelin secretion is sexually dimorphic in humans and short-term changes of circulating sex hormones are able to modify ghrelin levels. Moreover, in PCOS, circulating ghrelin and androgens are inversely related. Sexual dimorphism in serum leptin levels has been described as well. In fact, androgen supplementation decreases serum leptin concentrations, whereas androgenic suppression increases serum leptin levels, independently from changes in body fat mass in healthy men. Considering these gender differences in leptin, adiponectin and ghrelin levels, and the lack of data on these three hormones in transsexual patients, we evaluated basal fasting levels of leptin, ghrelin, and adiponectin in 26 non diabetic transsexual patients, with a normal BMI (15 male-to-female, mean age 33.21 ± 2.10 yrs, Group 3, 11 female-to-male, mean age 30.90 ± 1.81 yrs, Group 4) and in 29 age-matched normal subjects, 15 males, Group 1 and 14 females, Group 2, which served as controls. Serum ghrelin, leptin, adiponectin levels were measured using commercial radioimmunoassay kits. No significant differences have been found in ghrelin levels between the 4 groups. Leptin levels were significantly lower in Group 1 compared to Group 2 ($p = 0.004$), whereas, no differences were found between the other groups. Conversely, adiponectin levels were significantly higher in Group 3 compared to Group 4 ($p = 0.036$), whereas no differences have been found between the other groups. These results are apparently in contrast with the data in literature about gender differences and influence of exogenous estrogen and/or androgen treatment on these hormone concentrations. Our data confirm the sexual dimorphism in serum leptin levels in normal subjects.
Changes of plasma levels of protein c and protein s during cross-sex hormone treatment in transsexual people
Transsexualism is an uncommon gender identity disorder, which is the feeling of being born to the wrong biologic sex. Treatment involves sex hormones as well as sex-reversing surgical procedures. Transsexual patients during cross-sex hormone therapy are closely monitored for potential adverse events. In particular, male-to-female subjects, undergoing estrogens and antiandrogens treatments, may frequently experience tromboembolic complications, similarly to females that during HRT may exacerbate underlying coagulopathies. These adverse events seem to be correlated to changes in circulating proteins C and S. However, conflicting data are reported about the significance of changes in proteins C and S levels during hormonal treatment in females. We studied the effects of different formulations of estrogens, combined or not with anti-androgens, on coagulation factors in 32 male-to-female subjects (AGE RANGE 20-65 YRS) before and during hormonal therapy (duration of therapy varying from 12 to 48 months). Our results showed not significant variation in the mean protein C and S levels before and during therapy, as well as in the percentage changes from baseline. Moreover, no difference were recorded among the different groups of treatment: only estrogens *vs.* estrogens plus anti-androgens, routes of subministration of hormones (oral *vs.* transdermal). No minor or major tromboembolic events were recorded in these subjects during the whole period of observation. Therefore, although the results in female population suggest that transdermal treatment may have a lower impact on tromboembolic complications, these evidence seem not confirmed in transsexual subjects.
Sympathovagal balance in transsexual patients.
A significant relationship has been reported between autonomic nervous system imbalance and cardiovascular mortality, including sudden cardiac death. Heart rate variability (HRV) is a measure of autonomic nervous system balance. It is known that HRV indexes are associated with age, race and sex, with a predominance of sympathetic control in men as compared with a dominant parasympathetic influence on heart rate regulation in women, but the role of sex hormones in this difference is yet unknown. We studied the sympathovagal balance (SB) in 16 non diabetic transsexual patients, 10 male-to-female (mean age 38.90 ± 4.87 yrs.) and 6 female-to-male (mean age 32.17 ± 2.54 yrs) compared with 34 age-matched normal subjects, 11 male and 23 female. Autonomic tests, used to evaluate SB, were performed by Power Spectral Analysis (PSA) of HRV in clinostatism (C) and orthostatism (O), using a frequency domain method. PSA identifies peaks of power, these are quantitative indicators of neural control of the sinoatrial node: high frequency (HF), which expresses vagal activity, and low frequency (LF), which expresses sympathetic activity. LF/HF ratios were calculated both in C and in O.
In male-to-female LFc and HFc were significantly lower than both male and female normal subjects ($p = 0.002$;$p = 0.001$; $p = 0.01$; $p = 0.000$ respectively); HFo was signifi-

cantly lower than both male and female normal subjects (p = 0.004; p = 0.000 respectively), no differences in LFo have been found. LFo/HFo was significantly higher than both male and female normal subjects (p = 0.010; p = 0.000 respectively).
In female-to-male HFc was significantly lower than both male and female normal subjects (p = 0.02; p = 0.01), LFc was significantly lower than male subjects (p = 0.01), and lower than female subjects (p = 0.08). HFo was significantly lower than female subjects (p = 0.002) and lower than male subjects (p = 0.07), no differences in LFo have been found. LFo/HFo was significantly higher than female subjects (p = 0.005). No differences have been found between the two groups of transsexual patients. In conclusion our study evidenced a sympathovagal imbalance in transsexual patients, due to a reduction of both sympathetic and parasympathetic influence on heart rate regulation, irrespective of the type of hormone assumed, therefore the sex hormonal therapy *per sé* may play a role in this imbalance and it is a cardiovascular risk factor.

Il disturbo dell'identità di genere. Un approccio neurofisiologico

G. Rodriguez, D. Rossi
D.I.S.E.M. Università di Genova

Nella comprensione immediata delle frasi il passo iniziale consiste nell'assegnare gli elementi della struttura superficiale a delle categorie linguistiche (nomi, predicati verbali, aggettivi, ecc.). Tale rappresentazione viene conseguita incrementalmente, in base alla successione degli elementi di una frase. Questo processo, noto come *parsing*, è un susseguirsi di decisioni implicite su come collocare l'input ordinato temporalmente in una struttura astratta adeguata all'analisi che viene costruita in "tempo reale", parola per parola. Un'anomalia semantica determina un potenziale evocato che raggiunge un picco a circa 400 ms dalla presentazione della parola semanticamente anomala. Questo potenziale, chiamato N400 è indice della difficoltà di integrazione del significato o del messaggio della frase.
Dato che in letteratura sono ben documentate differenze legate al sesso di appartenenza per quel che riguarda le funzioni fisiche e la genesi dei potenziali evocati cognitivi, obbiettivo del nostro studio è la possibilità di valutare ed analizzare eventuali differenze nella processazione dell'informazione verbale tra un gruppo di soggetti con disturbo dell'identità di genere e un gruppo di controllo, attraverso lo studio della risposta evocata cognitiva (ed in particolare della componente N400) alla presentazione di una task verbale contenente frasi caratterizzate dalla presenza di un errore semantico.

Bibliografia

Baxter LC, Saykin AJ, Flashman LA, Johnson SC, Guerin SJ, et al. *Sex differences in semantic language processing: a fMRI study*. Brain Lang 2003;84:264:72.
Friederici AD, Ruschemeyer SA, Hahne A, Fiebach CJ. *The role of left inferior frontal and superior temporal cortex in sentence comprehension: localizing syntactic and semantic processes*. Cereb Cortex 2003;13:170-7.
Hall JA. *Gender effects in decoding verbal and nonverbal cues*. Psychol Bull 1978;4:845-57.
Kichl KA, Laurens KR, Liddle PF. *Reading anomalous sentences: an event-related fMRI study of semantic processing.* Neuroimage 2002;17:842-50.
Kutas M, Hillyard SA. *Reading senseless sentences: brain potentials reflect semantic incongruity*. Science 1980;207:203-5.
McGlone J. *Sex differences in humen brain asymmetry: a critical survey*. Behav Brain Sci 1980;3:215-63.
Newman AJ, Pancheva R, Ozawa K, Neville HL, Ullman ML. *An event-related fMRI study of syntactic and semantic violations*. J Psycholinguist Res 2001;30:339-64.
Schirmer A, Zysset S, Kotz SA, von Cramon DY. *Gender differences in the activation of inferior frontal cortex during emotional speech perception*. Neuroimage 2003;21:1114-23.

Il disturbo dell'identità di genere. Aspetti psicologici e psichiatrici

P. Fornaro, E. Rasore, E. Magi, E. D'Angelo, M.P. Fenocchio, M. Fornaro, S. Oldrati, W. Natta
D.I.N.O.G., Università di Genova

Il contributo ha le sue premesse in precedenti studi effettuati tramite valutazioni psicometriche e cliniche su campioni di pazienti con disturbo dell'identità di genere, lungo fasi diverse del loro iter verso la riassegnazione.
Lo studio attuale, rivolto ad una nuova casistica, prevede diverse valutazioni cliniche e psicometriche su un campione di almeno 30 pazienti con disturbo dell'identità di genere in corso di riassegnazione.
Gli strumenti d'indagine utilizzati sono i seguenti:
1) intervista clinica e questionario anamnestico;
2) intervista catamnestica per i riassegnati;
3) intervista SCID-II per i disturbi di personalità;
4) *Bem Sex Role Inventory* per la valutazione dell'identità di genere (oltre il biologico);
5) il disegno della famiglia (test proiettivo);
6) il disegno della figura umana (test proiettivo).
I dati ottenuti consentono valutazioni diverse: di tipo psichiatrico-clinico (tramite la SCID-II che identifica eventuali disturbi di personalità), esplorazione della storia remota consapevole tramite i questionari anamnestici o inconscia (test proiettivi), eventuale adattamento post-riassegnazione (questionario catamnestico), congruità tra identità desiderata e raggiunta (*Bem Sex Role Inventory*).

Bibliografia

De Leo D, Villa A. *Il problema del rilevamento delle tipologie sessuali e il Bem Sex Role Inventory*. Firenze: OS 1986.
Spitzer RL,Williams JBW, Gibbon M, First MB. *Questionario SCID-II*, versione italiana.
Machover K. *Il disegno della figura umana*. Firenze: OS 1980.
Rasore E, Menichini U, Giberti F. *Il problema dell'identità di genere: una revisione nella letteratura*. Medicina psicosomatica 1998;43.
Menichini U, Rasore E, Infante G, Moscato F, Giusti M. *Il problema dell'identità di genere: una casistica clinica*. Medicina psicosomatica 1998;43.

Disturbo dell'identità di genere e neuroscienze. Un tentativo di sintesi

D. Ferone, P. Fornaro, E. Magi, F. Minuto, E. Rasore, E. Resmini, G. Rodriguez, E. D'Angelo, M.P. Fenocchio, M. Fornaro, S. Oldrati, D. Rossi, M. Boschetti, A. Rebora, F. Massaro, V. Albanese

D.I.N.O.G., D.I.S.E.M., Università di Genova

Gli autori si propongono in questo contributo che conclude il simposio, i seguenti obiettivi: una riflessione integrata sugli aspetti di vario ordine proposti prima separatamente al fine di individuare eventuali possibili connessioni tra gli stessi anche alla luce di altri dati consimili o più completi presenti in letteratura.
Le deduzioni derivate possono essere utili per una migliore comprensione biopsicosociale della complessità di tale patologia anche in funzione di un più valido approccio terapeutico.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA SAN PIETRO

S102 - L'impulsività quale dimensione psicopatologica transnosografica

MODERATORI
R. Zoccali, A.E. Di Rosa

Neurobiologia dell'impulsività

M.R.A. Muscatello, A. Bruno, R. Cambria, L.Cortese, G. Pandolfo, R. Zoccali, M. Meduri

Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche ed Anestesiologiche, Università di Messina

L'impulsività è un costrutto complesso che comprende elementi sia adattativi che disfunzionali. Sul piano clinico, fa riferimento al gioco d'azzardo, alle spese eccessive, alla sessualità a rischio, alla guida spericolata, all'aggressività impulsiva; in un'accezione neuropsicologica, maggiormente utile per orientare la ricerca sulla possibile identificazione dei substrati neurobiologici che sottendono il comportamento impulsivo, l'impulsività può essere definita come una disposizione a reazioni immediate e non pianificate a stimoli interni ed esterni, senza una valutazione delle conseguenze. Il fenomeno impulsività è imputabile alla concorrenza di numerosi sub-fattori che prevedono una generica tendenza all'azione, una forte spinta emozionale, una riduzione dei meccanismi di controllo inibitorio del comportamento, il deficit delle funzioni volizionali e dei processi di mentalizzazione, programmazione e previsione delle conseguenze (funzioni esecutive).
L'impulsività comportamentale si caratterizza per incapacità a dilazionare la gratificazione, ridotta capacità di inibire i comportamenti, mancata considerazione per le conseguenze; a fronte di una adeguata capacità di elaborazione del contesto, si esprimono comportamenti inadeguati condizionati da un eccesso di spinta motivazionale ed emozionale. L'impulsività comportamentale correla con l'aggressività impulsiva e l'irritabilità e, sul piano neurobiologico, si considera conseguente ad un deficit di modulazione motivazionale ed emozionale, funzione integrata dalla corteccia orbitofrontale e modulata dal sistema serotoninergico. L'impulsività cognitiva consiste nella valutazione rapida ma deficitaria del contesto e si associa a inattenzione e difficoltà a mentalizzare con conseguente mancata inibizione dei comportamenti. L'impulsività cognitiva correla con l'aggressività impulsiva, con alcuni *items* dello psicoticismo di Eysenck e con il deficit delle funzioni esecutive: ridotta resistenza all'interferenza, ridotta capacità di valutazione della complessità relazionale e ridotta capacità di formulare ipotesi alternative, funzioni integrate nella parte mesiale e dorsolaterale del lobo prefrontale.

Psicopatologia dell'impulsività

R. Zoccali, M.R.A. Muscatello, A. Bruno, G. Pandolfo

Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche ed Anestesiologiche, Università di Messina

L'impulsività può essere definita come una spinta all'azione che comprende una diminuita sensibilità verso le possibili conseguenze negative del comportamento, reazioni rapide e non pianificate agli stimoli senza un completo processamento delle informazioni e, infine, una mancanza di considerazione per le conseguenze a lungo termine del comportamento stesso. I comportamenti impulsivi e non sufficientemente pianificati fanno senz'altro parte del repertorio comportamentale di soggetti sani; tuttavia, essi appaiono particolarmente frequenti negli individui affetti da patologie psichiatriche. Nella nosografia psichiatrica attuale, l'impulsività è la caratteristica nucleare di un gruppo di patologie raggruppate, proprio in virtù del ruolo cardine della stessa, nella categoria dei disturbi del controllo degli impulsi. Inoltre, rientra quale criterio diagnostico in numerosi quadri clinici, quali i disturbi di personalità, soprattutto del cluster drammatico e, tra questi, il borderline e l'antisociale, le fasi maniacali dei disturbi bipolari, la dipendenza da sostanze. Relativamente alle condizioni diagnosticabili nell'infanzia e nell'adolescenza, l'im-

pulsività riveste un ruolo chiave all'interno del disturbo da iperattività/deficit dell'attenzione e dei disturbi della condotta. È comunque da rilevare che il DSM IV, pur fornendo alcuni esempi di comportamento impulsivo all'interno dei criteri diagnostici, manca di definire l'impulsività in quanto costrutto. Sul piano psicopatologico, l'impulsività può essere considerata una dimensione transnosografica che sottende numerosi comportamenti disfunzionali e che, in virtù della sua diffusione pressoché ubiquitaria nell'ambito dei disturbi psichiatrici, richiede un'attenta valutazione per le numerose implicazioni biologiche, psicologiche, sociali e di *outcome*. Infatti, una più ampia comprensione psicopatologica dell'impulsività può rivestire notevoli implicazioni riguardo il trattamento di numerosi disturbi psichiatrici.

Impulsività e addiction

D. La Barbera

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo

La diffusione dei disturbi connessi al discontrollo degli impulsi e all'intolleranza alla frustrazione appare oggi in preoccupante aumento, particolarmente per ciò che riguarda i fenomeni d'abuso e dipendenza da sostanze psicotrope e condotte additive: gioco d'azzardo patologico, disturbi del comportamento alimentare, comportamenti autolesivi, abusi tecnologici … La frequenza con la quale tali disturbi si manifestano nelle diverse fasce della popolazione spingerebbe a considerare il fatto che essi non rappresentino soltanto una condizione patologica individuale ma anche il segno di profonde trasformazioni sociali, e si può ritenere con Ehremberg che la maggiore incidenza di disturbi contrassegnati dalla tendenza all'agito esprima il malessere di una società in cui solo l'azione – rapida, efficace, efficiente – sembra garantire alle persone la possibilità di vedere riconosciuto il proprio ruolo sociale e il proprio valore.
Sebbene l'impulsività esprima solo uno degli aspetti dei comportamenti d'abuso e dipendenza da sostanze, essa sembra svolgere un ruolo patogenetico nell'esordio e nel decorso del disturbo nella misura in cui soggetti impulsivi tendono a fare un uso più frequente, più intenso e meno controllato, quindi, potenzialmente più pericoloso delle sostanze d'abuso. Nell'ambito di un approccio dimensionale allo studio dei disturbi mentali, è stato rilevato che i disturbi da abuso e dipendenza condividono alcune caratteristiche dei disturbi di personalità del cluster B, dei disturbi del controllo degli impulsi e delle parafilie, come la propensione alla ricerca del rischio, ridotta capacità di evitamento del pericolo e bassi livelli di ansia anticipatoria. In relazione a questo aspetto, una caratteristica di personalità frequentemente associata alle nuove dipendenze è la *sensation seeking*, intesa come la propensione di alcuni individui a ricercare costantemente sensazioni ed emozioni di particolare intensità al fine di raggiungere e mantenere un livello di stimolazione ottimale.

Bibliografia

Caretti V, La Barbera D. *Le dipendenze patologiche, clinica e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2005.

Ehrenberg A. *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*. Torino: Einaudi 1999.

Hollander E, Wong C. *Body dimorphic disorder, pathological gambling and sexual compulsions*". J Clin Psychiatry 1995;56:7-12.

Janiri L, Caroppo E, Pinto M, Pozzi G.*Impulsività e compulsività: psicopatologia emergente*. Milano: Franco Angeli 2006.

Mutamenti sociali e nuove devianze nella società post moderna

C. Carabetta

Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche ed Anestesiologiche, Università di Messina

La nostra società, analogamente alle altre società occidentali, è affetta da "entropia esistenziale", ovvero da una condizione di scadimento di significatività, da depotenziamento di energia morale e da marcata condizione di decreatività. Questi elementi marcano il mutamento che registra il passaggio da un'epoca, quella moderna a quella successiva, ovvero a quella postmoderna.
In questo solco vengono interessati dai nuovi fenomeni di incertezza e di confusione, o meglio di crisi, per fare ricorso al lessico specifico di Ortega y Gasset, i valori, le norme e le istituzioni convalidati dalla tradizione, che funzionavano da elementi di coesione sociale nonché di stabilità psichica. In maniera particolarmente attenta, la letteratura sociologica e quella di altri settori disciplinari, evidenziano come la società del presente è: *La società del rischio*, è la *società liquida*, come scrive Zigmunt Bauman; è la *società del vuoto*, è la società della *fine del lavoro,* è la società *eticamente neutra*, è la società del *declino dell'uomo pubblico*, come sostiene Richard Sennett; è la società del *quarto uomo* come scrive Gianfranco Morra; è la società dell'homeless mind, come scrivono Peter Berger e Brigitte Berger; è la società del "quotidiano alienato", come luogo del *Si* (si dice, si fa), dell'inautentico e dell'anonimato di cui parla Heidegger; ancorché si presenta come la *società del narcisismo* come epitomizza Cristopher Lasch.
In questo clima di evidente fluidità e di analoga incertezza, l'anomia, già concettualizzata da Durkheim, celebra il suo trionfo. Il depotenziamento delle norme, i processi di mutamento accelerato e la competitività selvaggia propiziano un diffuso clima di desocializzazione che coinvolge i più deboli, che si disperdono nell'universo della devianza.

Bibliografia

Bauman Z. *Amore liquido*. Roma-Bari: Laterza 2004.

Bauman Z. *Modernità liquida.* Roma-Bari: Laterza 2002.

Berger PL, Berger B. *The homeless mind.* Harmondsworth: Penguin 1974.

Heidegger M. *Segnavia.* Milano: Adelphi 1987.

Lasch C. *La cultura del narcisismo. L'individuo in fuga dal sociale in un'età di disillusioni collettive.* Milano: Bompiani 1981.

Morra G. *Il quarto uomo. Postmodernità o crisi della modernità?* Roma: Armando Editore 1966.

Ortega y Gasset J. *Lo schema delle crisi*. Milano: Bompiani 1946.

Sennett R. *Il declino dell'uomo pubblico, la società intimista.* Torino: Boringhieri 1982.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA VERDE

S103 - La gelosia tra sentimento amoroso e psicopatologia da trattare

MODERATORI
F. Scapati, M. Marchetti

La gelosia. Funzioni adattative di un (in)sana emozione

M. Marchetti G. Catania F. Baralla
Cattedra di Medicina Legale, Università del Molise

Per la Psicologia evoluzionista le emozioni sono viste come degli algoritmi mentali utili alla modulazione del nostro comportamento al fine di promuovere la la nostra sopravvivenza e il nostro successo riproduttivo (fitness) e, come sintetizzano McGuire e Troisi (2003), esse*:* "si sono sviluppate per consentire una rapida identificazione di eventi e contingenze importanti dal punto di vista biologico". Andando a vedere sia quelle che vengono considerate le *emozioni primarie* o *universali*, vale a dire *gioia*, *tristezza*, *paura*, *rabbia*, *sorpresa* e *disgust*o, sia molte delle cosiddette emozioni secondarie, o sociali, quali la *gelosia*, il *senso di colpa*, la *vergogna*, l'*imbarazzo* possiamo facilmente accorgerci della netta prevalenza di emozioni, per così dire negative.
Sebbene come genere umano, nel nostro antico passato, siamo cresciuti in un ambiente naturale e sociale, certamente non facile, è molto improbabile che l'evoluzione abbia selezionato moduli mentali proprio al fine di farci star male sul piano psicologico.
È invece molto probabile che il provare, al momento opportuno, tali emozioni, saperle facilmente riconoscere e saper modulare la risposta comportamentale ad esse, sia stato più vantaggioso in termini di sopravvivenza e di capacità di riprodursi, così che queste emozioni, e non altre, ci sono state trasmesse.
In questa prospettiva se abbiamo nel nostro ricco repertorio emotivo un'emozione complessa come gelosia essa deve esserci stata (e deve ancora esserci) in qualche modo utile.
La nostra specie si caratterizza in effetti per la presenza di un forte investimento parentale maschile oltre che femminile.
I maschi umani comunemente tendono infatti sia ad aiutare la "loro" femmina durante il periodo di gestazione sia ad occuparsi dell'allevamento dei loro figli e l'apporto del maschio umano all'accudimento è decisamente maggiore rispetto a quello di tutti gli altri mammiferi. Ma investire risorse materiali e psicologiche sui membri della famiglia comporta ovviamente un costo non indifferente sia in termini di beni che di emozioni impiegate e di solito si tende ad investire in qualcosa che è proprio. Nella nostra specie però il maschio non ha mai avuto – almeno sino alla scoperta e alla diffusione delle analisi del DNA – molte possibilità di essere certo della propria paternità: "mater semper certa pater numquam" dicevano saggiamente i latini. Il combinarsi di queste due realtà, vale a dire il contribuire all'allevamento della prole da parte del maschio e la sua incertezza rispetto alla paternità, ha fatto sì che si sia sviluppato, ed evolutivamente affermato, un senso di proprietà dell'uomo nei confronti della donna (e più in generale dei membri della famiglia). Ne sono un chiaro portato sia le leggi che, specie in passato, assegnavano al "pater familias" un enorme potere, all'interno delle mura domestiche sia quello specifico meccanismo mentale che è la gelosia sessuale. Tale complesso sentimento se da una parte può aver senz'altro contribuito a rinforzare la tendenza ad uno stretto controllo del maschio sulle sue compagne, sino alla possibilità dello svilupparsi di fenomeni di *wife abuse*, dall'altra ha certamente contribuito al positivo rafforzamento del legame tra i partner.

Bibliografia

Buss DM. *The dangerous passion*. London: Bloomsbury pub 2000.
Marchetti M. *Appunti per una Criminologia darwiniana*. Padova: Cedam 2004.
McGuire MT, Troisi A. *Psichiatria Darwiniana*. Ed. it. Roma: Giovanni Fioriti 2003.

La dimensione psicosociale nella relazione amorosa normale e patologica

L. Ferrannini, P.F. Peloso
D.S.M. A.S.L. 3 "Genovese"

La gelosia è sentimento umano e come tale risente degli influssi del tempo e del contesto sociale. Sentimento complesso, in quanto composto al suo interno da emozioni e contenuti ideici correlati, spesso contraddittori ed ambivalenti.
Numerosi sono i riscontri sperimentali che dimostrano come, oltre a fattori neuro-biologici certamente coinvolti, anche variabili culturali e sociali, legate al sesso, o particolari contesti di appartenenza, giochino un ruolo non trascurabile nella diversa espressività della gelosia. Molteplici e variegati, di conseguenza, i suoi piani di clivaggio, che dalla normalità, più o meno accettata, vanno alla franca psicopatologia.
D'altronde, il rapporto tra sentimento amoroso e malattia mentale è noto da sempre, ed è esplicitamente richiamato in una delle espressioni più comuni degli innamorati: "ti amo da impazzire".
Tutta la storia della psichiatria, fin da prima che ne venisse definito lo statuto scientifico, è attraversata da questa dimensione: a partire dai medici arabi Al Damiri ed Avicenna – che si riferiscono a passaggi già presenti in Ippocrate, Erasistrato e Galeno – e nella psichiatria classica a fonti bizantine ed ad osservazioni cliniche dirette, il nesso esistente tra amore e follia giunge ad evocare un quadro morboso specifico, il "male d'amore", od amore insano o sfrenato, o melanconia erotica.

La malattia, già trattata in Europa a partire dalla fine del '200 da A. da Villanova e B. di Gordone della scuola medica di Montpellier, ebbe soprattutto diffusione nella trattatistica a partire dal Barocco con autori come R. Burton, T. Bright, A. du Laurens, J. Guibelet, D. Senmert, T. Willis e J. Ferrand, che dedicò all'argomento il libro "De maladie d'amour ou Melancholie erotique". Sullo stesso livello di argomentazioni si collocano inoltre gli scritti di Pompeo Sacco, di J. Frank, di J.B. Descuret (nell'opera divulgatissima "Medicina delle passioni").

Durante l'Ottocento, mentre andrà tramontando l'importanza del mal d'amore (sotto l'influsso del pensiero di Zeller, Esquirol, Trèlat, Lasegue, Sèrieux e Capgras), avrà invece grande successo il concetto di erotomania, utilizzato per descrivere uno stato psicopatologico caratterizzato dalla convinzione delirante di essere oggetto dell'amore di una o molte persone.

Il quadro dell'erotomania, che la scuola psicopatologica tedesca tenderà ad accorpare alla paranoia (Ebing e poi Kraepelin), sembra dunque caratterizzato, per tutti questi autori, dal ribaltamento delirante della situazione che abbiamo osservato nel mal d'amore: la disperazione per l'amore non ricambiato è sostituita infatti dalla soddisfazione per il convincimento delirante di essere amati quando non lo si è.

Per de Clèrambault l'erotomania differisce dalla paranoia per la tendenza non pervasiva del delirio, sempre circoscritto all'area del sentimento amoroso, e perché oggetto della proiezione dall'esterno è, in questo caso, l'amore anziché l'odio. Elementi di analogia tra erotomania e paranoia sono invece rappresentati dal rapporto di continuità con condizioni non psicotiche (quello che Jaspers chiamerebbe lo sviluppo) e dall'importanza che in entrambi i casi viene assunta dalla proiezione.

Se nel "mal d'amore" abbiamo osservato la presenza di quello che oggi inquadreremmo come episodio depressivo maggiore, in assenza di sintomi psicotici, l'erotomania sembra costituire invece il passaggio, attraverso il diniego e la proiezione, nel campo delle psicosi. Attualmente infatti l'erotomania è inquadrata tra i Disturbi Deliranti e dunque affiancata alla paranoia, con una visione più vicina a quella proposta da Kraepelin che a quella di de Clèrambault.

Con il XIX secolo e lo sviluppo della nosografia moderna (DSM nelle sue varie edizioni), assistiamo alla scomparsa dell'autonomia nosografia del "mal d'amore" e all'inquadramento delle situazioni precedentemente riconducibili a questa condizione tra le altre situazioni depressive, alla classificazione dell'amore non corrisposto tra i possibili fattori di rischio per l'insorgenza di un disturbo dell'umore, mentre l'autonomia nosografia dell'erotomania tende ad avere minore rilievo.

Alla luce di queste considerazioni, è indubbia l'importanza della passione amorosa come fattore di rischio e/o concomitante o scatenante in alcuni quadri psicopatologici, a dimostrazione che il problema classificatorio – e con esso la linea di demarcazione tra reazione normale e patologica –, al quale la medicina del Seicento aveva dedicato particolare attenzione, sia ancora aperto ed attuale.

Mal d'amore, erotomania e sentimento di gelosia – che possono essere letti in un continuum che va dal polo del riconoscimento e dal desiderio dell'altro al polo del suo annientamento, nel pensiero od attraverso l'azione, in caso di mancato soddisfacimento – insorgono e si sviluppano su elementi di contesto, e sono pertanto fortemente intrecciati con la dimensione psico-sociale delle relazioni interpersonali. Per questo è necessario un approccio clinico fondato su una diagnosi realmente multiassiale (pensiamo all'importanza dei fattori di asse II – intolleranza alla frustrazione, tendenza all'agito, rabbia ed ambivalenza del legame – e di asse IV), sull'attenzione agli elementi relazionali e di contesto, sulla ricostruzione attendibile delle caratteristiche specifiche di quel rapporto, di quella relazione (approccio biografico), per evitare ogni rischio di semplificazione della irriducibilità di ogni persona e della sua soggettività.

Sappiamo che il mondo complicato dei sentimenti, delle emozioni che si muovono all'interno di una persona o di una coppia incontra momenti contraddittori, di discontinuità, cambiamenti. Scriveva Sigmund Freud nel 1905 che il passaggio alla vita sessuale adulta consiste, soprattutto, nello spostamento del proprio interesse da una parte del proprio corpo, che ci appartiene, ad un'altra persona, che proprio perché è altra da noi è autonoma, e sfugge al nostro potere e controllo.

Per concludere, ci pare che un maggiore sforzo debba ancora essere compiuto per riconoscere agli eventi, anche puramente soggettivi, connessi al sentimento amoroso quell'importanza ed attenzione che la pratica clinica suggerisce sia giusto attribuire.

Bibliografia

de Clèrambault GG. *Le psicosi passionali. L'erotomania*. Pisa: ETS 1993, pp. 7-26.

Descuret JBPH. *La medicina delle passioni, ovvero le passioni considerate nei loro rapporti con le malattie, le leggi e la religione*. Milano: Oliva 1861, pp. 376-378.

Ferrand J. *De la maladie d'amour ou Melancholie erotique*. Tr. It. Ciavolella M, ed. *Malinconia erotica*. Venezia: Marsilio 1991.

Peloso PF. *Amore, morte, morte dell'Io. Il mal d'amore da categoria diagnostica ad esperienza psicotraumatica*. In: Guerci A, ed. *La cura delle malattie: itinerari storici*. Genova: Erga 1998, pp. 297-311.

Peloso PF. *La responsabilità sociale della psichiatria: il caso del mal d'amore e quello della pedofilia*. Studi di Psichiatria 2002;4:91-6.

La gelosia tra sentimento amoroso e psicopatologia da trattare

F. Scapati, A. Bellomo[*], D. Suma[**]

D.S.M. A.U.S.L. Taranto 1; [*] Università di Foggia; [**] D.S.M. A.U.S.L. Brindisi 1

Vengono esaminati in primo luogo gli aspetti legati alla gelosia come sentimento umano e quindi complesso, in quanto legato alle variabili neurobiologiche, agli aspetti socio culturali, all'intreccio di questi fattori con lo sviluppo psicologico dell'individuo con l'ambivalenza di un sen-

timento che esprime da una parte sollecitudine amorosa ma dall'altre sentimento di possesso ed in qualche misura di annientamento dell'altro.
Viene analizzata quindi la problematica relativa alla psicopatologia con particolare riferimento ai rapporti tra malattia mentale e gelosia, che a partire dalla medicina araba, greca e romana e passando attraverso la psichiatria francese e tedesca dall'Ottocento arriva sino ai nostri tempi, cercando di correlare le problematiche neurobiologiche a quelle psicopatologiche e cliniche.
Ci si chiede quindi se sia necessario un superamento della psichiatria del DSM IV che sancisce la scomparsa dal punto di vista nosografico della patologia amorosa, nel senso che debba necessariamente recuperarsi la complessità e l'unitarietà all'interno di una valutazione che tenga conto delle diverse variabili.
In tale prospettiva vengono analizzati alcuni casi di particolare interesse sia psichiatrico clinico che psichiatrico-forense.

Il delitto di gelosia nell'ottica criminologica e psichiatrico-forense

F. Carabellese, R. Catanesi

Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, DiMIMP, Università di Bari

La gelosia è sentimento umano e come tale risente della connotazione storica e sociale del tempo. È senza dubbio un sentimento complesso, uno stato d'animo [1] composto da emozioni e contenuti ideici spesso di significato opposto.
Nella sua accezione più "nobile" e socialmente accettata, la gelosia rimanda infatti ai sentimenti di sollecitudine amorosa; ma anche all'idea di possesso, ai sentimenti di perdita e di privazione narcisistica per l'offesa temuta o ricevuta, alla rivalità, alla dolorosa caduta nella stima di sé, alla percezione di una situazione di minaccia, alla rabbia, al desiderio di vendetta.
Quanto più prevalgono queste ultime componenti, quanto più duraturo ed abnorme è il loro permeare la relazione fra soggetto ed oggetto di investimento, quanto più impermeabile si fa il sentimento di gelosia ai motivi della critica, quanto meno ancorato alla realtà obiettiva è il contenuto ideativo che compone il sentimento di gelosia, tanto più "patologico" esso diviene, sino alla deriva nel delirio.
Al contrario, parleremo di un sentimento di gelosia "normale", in certa misura accettato e condiviso fra i partners, quando si esprime in una relazione oggettuale in cui l'attribuzione di stima e fiducia da un lato e le fantasie di perdita ed il desiderio di possesso dall'altro, sono bilanciate fra loro in maniera armonica e mutuabile.
È esperienza comune, tuttavia, che tanto la dimensione normale del sentimento di gelosia quanto quella patologica, possano dare origine a condotte violente, su cui influiscono tuttavia variabili socio-culturali, di genere[2], bio-psicologiche[3], oltre che psico-patologiche. Ampia e variegata la dimensione psicopatologica associata alla tematica della gelosia, con differenze che sono sia di ordine qualitativo che quantitativo, entrambe sfumanti verso una dimensione più propriamente psicologica. Ambedue le dimensioni richiamano, peraltro, emozioni, stati d'animo, sentimenti, reazioni, stili comportamentali, che non sembrano molto dissimili fra un quadro psicopatologico e l'altro e, per larghi versi, fra la gelosia normale e patologica. Il sentimento di gelosia è del resto sentimento comune, presente trasversalmente in contesti diversissimi fra loro. Nello stesso tempo in tutti i diversi quadri clinici in cui compare, da quelli psicotici a quelli non psicotici – ma lo stesso può dirsi, per lo più, della gelosia "normale" – la tematica del tradimento è costantemente presente nel percorso esperienziale del singolo. Pare esprimersi, del resto, con uno spessore emotivo-affettivo che, per certi versi, è sostanzialmente sovrapponibile. Da tutto ciò deriva, da un punto di vista psichiatrico-forense, che è troppo semplicistico evidenziare la ricorrenza di un disturbo mentale per "giustificare" un comportamento violento in termini di vizio di mente, spostando su un piano patologico scelte di comportamenti che possono ben coesistere con diversi "gradi" di normalità. Di qui la necessità, in ordine alla valutazione dell'imputabilità nel delitto di gelosia, di darsi solidi criteri metodologici e valutativi per scremare, in primo luogo, la tematica della gelosia dalle variabili socio-culturali che le appartengono, e poi di ricercare una soglia che consenta di separare, almeno formalmente, lo spessore psicologico da quello psicopatologico. Nella valutazione psichiatrico-forense del delitto di gelosia è necessario, cioè, procedere attraverso una lettura del comportamento omicidiario in cui la tematica di gelosia, sia pure delirante, sia considerata una delle componenti del reato, non sempre la fondamentale. Il comportamento-reato, infatti, oltre che in rapporto alla tematica di gelosia secondo specifiche modalità evolutive psicologiche psicopatologiche o legate al contesto socio-culturale di riferimento, può inserirsi quale reazione ad uno o più eventi esterni che si sommano alla prima, moltiplicandone il potenziale distruttivo ed inducendo, infine, il passaggio all'atto violento.

Bibliografia

1 Catalano Nobili C, Cerquetelli G. *Psicologia e psicopatologia della gelosia. Il lavoro neuropsichiatrico*. In: Semerari A, Citterio C. *Medicina Criminologia e Psichiatria Forense*. Milano: Vallardi 1975, p. 304.
2 Geary DC, Rumsey M, Bow-Thomas CC, Hoard MK. (1995), op.cit.
3 Marazziti D. *Neurobiologia della passione amorosa*. Giorn It Psicopat 2003;9:85.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA NUREYEV

S104 - Stress pre- e post-natale, life events e neurobiologia della depressione

MODERATORI
G. Perini, J. Relier

Influence of maternal stress on fetal behavior and brain development

J-P Relier
Università Renè Descartes (Paris V)

The very early establishment of certain sensory faculties turns the fetus into a being capable of perceiving multiple stimuli. This perceptive capability form part of many interchanges between the mother and her developing child. These interchanges are doubtless not only biological and metabolic in nature, but also sensorial and sensitive.
The importance of a good quality of psychoaffective communication between mother and child during pregnancy has been shown to be decisive for fetal growth and also for the perinatal period and further development of the child.
Maternal psychological stress leads to adverse pregnancy *outcome*. Chronic anxiety cause an increased stillbirth rate, fetal growth retardation and altered placental morphology. Experimental studies have demonstrated a relationship between specific episodes of maternal psychological stress and exacerbation of fetal asphyxia in utero.
It is concluded that all the psychoaffective interchanges between the mother and child are decisive for harmonious fetal growth and brain developmental.

Depressione post partum e manifestazioni psichiche nei cicli vitali della donna

C. Mencacci, R. Anniverno, A. Bramante, V. Ferrario, E. Gimosti, M. Perazzi, F. Regispani, M. Scalvini
Dipartimento di Psichiatria, Centro Studi per la Prevenzione e la cura dei disturbi depressivi nella donna, A.O. Fatebenefratelli-Oftalmico, Milano

Maternity blues: rappresenta la più comune delle sindromi del puerperio. La sua frequenza è particolarmente elevata e nelle diverse casistiche dal 25% all'85% di tutte le donne che hanno partorito sperimenta una certa instabilità emotiva nelle prime due settimane dopo il parto.
La sintomatologia comprende facilità al pianto, che ne costituisce il sintomo centrale, labilità emotiva, ansia, irritabilità, cefalea, astenia, diminuzione della capacità di concentrazione, fino ad un leggero stato confusionale. Il quadro clinico si evidenzia generalmente nei primi 3-4 giorni dopo il parto ed ha una durata di circa una settimana, entro la quale si risolve spontaneamente.
Questa sindrome, pur essendo generalmente benigna e di scarsa rilevanza clinica, costituisce dal punto di vista psicologico il momento in cui inizia il lavoro della maternità e si decide la sua elaborazione.
Il fatto che questa condizione rientri nello spettro emotivo dei disturbi psichiatrici è confermato da una serie di fattori di rischio che comprendono: un'anamnesi familiare positiva per disturbi psichiatrici, un'anamnesi psicopatologica positiva per depressione, nonché una storia di disturbo disforico premestruale. Altri fattori di rischio descritti in letteratura comprendono: la presenza durante la gravidanza di eventi di vita stressanti, uno scarso adattamento sociale, sentimenti ambivalenti e modalità ansioso depressive
Trattamento: data la sua transitorietà non sono necessari interventi medici e psichiatrici specifici. Rassicurazione, supporto ed informazione sono generalmente sufficienti.
Le donne ed i loro partner traggono beneficio dal supporto e dalla rassicurazione che questi sintomi sono comuni, transitori e che si risolveranno rapidamente.
Le donne dovrebbero comunque essere monitorate per assicurarsi che i sintomi non persistano o che evolvano in una depressione puerperale. È importante identificare le donne con *maternity blues* poichè il 20% di esse presentano un episodio depressivo maggiore nel primo anno dopo il parto
Depressione puerperale: le più recenti evidenze suggeriscono che i disturbi affettivi del post parto sono clinicamente indistinguibili dai disturbi dell'umore che insorgono in altri momenti della vita della donna.
La presentazione clinica della depressione puerperale risponde ai criteri del DSM IV TX per l'episodio depressivo maggiore (*American Psychiatric Association* 1996) con la specificazione riguardante l'esordio che deve avvenire nelle 4 settimane successive al parto.
Diversi dati in letteratura suggeriscono tuttavia che gli episodi depressivi si manifestano prevalentemente nel primo trimestre, che sono comuni fino a 9 mesi dopo il parto e che anche questi episodi tardivi dovrebbero essere considerati depressioni puerperali. Probabilmente i casi osservati tardivamente corrispondono a quelle forme depressive cosiddette "da svezzamento", che seguono il primo significativo distacco all'interno della relazione madre-bambino.
Nonostante la sua incidenza possa variare nei diversi studi dal 9 al 22%, solo il 49% delle donne in gravidanza che presentano sintomi depressivi richiede un intervento medico e Ramsay riporta che fino al 50% dei casi di depressione nel post partum restano sconosciuti.
I sintomi depressivi e la depressione che si presentano nel puerperio meritano particolare attenzione non solo per il rischio di ricadute particolarmente elevato ma anche per gli effetti negativi, ormai ampiamente documentati dalla letteratura sullo sviluppo ed il benessere del bambino, e per i possibili effetti sulla relazione di coppia.
In particolare la depressione materna diminuisce la capacità della madre di prendersi cura del neonato in modo adeguato nelle varie fasi dello sviluppo e le madri con episodi depressivi postnatali sembrano avere minore possibilità di svi-

luppare e di godere una relazione con i propri figli rispetto alle madri non depresse. Gli studi che hanno valutato gli effetti a lungo termine della depressione materna sul bambino riportano la presenza di disturbi nell'attaccamento, disturbi cognitivi e sociali, disturbi emotivi e comportamentali tra cui disturbi del sonno, problemi di alimentazione, temperamento o problemi di separazione.

Fattori etiopatogenetici: l'eziologia della depressione postnatale risulta tuttora incerta nonostante in letteratura siano state avanzate numerose ipotesi.

I fattori eziologici più rilevanti per la depressione puerperale sono quelli che generalmente sono stati associati con la depressione in generale: un'anamnesi personale positiva per episodio depressivo o distimia e una storia positiva familiare per disturbi affettivi aumenta in modo significativo il rischio per la depressione nel post-partum, come pure una difficile relazione col partner, elevati livelli di stress vitali, bassi livelli di supporto sociale. Tra i possibili fattori di rischio troviamo anche un elevato numero di eventi di vita sfavorevoli in vicinanza del parto e possibili complicazioni ostetriche.

Non sono state dimostrate evidenze conclusive sulla relazione tra sintomi depressivi nel post parto e i vari sistemi neurotrasmettitoriali, così come rispetto ai livelli liberi o totali di triptofano ed ai livelli di cortisolo plasmatico.

Sono necessarie ulteriori ricerche sulle variabili biologiche correlate alla depressione postnatale anche se verosimilmente si ritiene che i fattori biologici agiscano insieme ai fattori psicosociali nel determinare lo sviluppo della depressione puerperale.

Quadro clinico e problemi diagnostici: la depressione tende ad esordire generalmente nelle 3-4 settimane successive al parto. In alcune donne la *maternity blues* continua, diventa più severa compromettendo le capacità della madre di prendersi cura di sé e del proprio bambino tanto che il 20% delle donne con questa sindrome sviluppa un episodio depressivo.

Nelle altre, un periodo di relativo benessere è seguito da un esordio graduale di segni e sintomi tipici dell'episodio depressivo maggiore. Le donne tipicamente presentano umore depresso, facilità al pianto, labilità emotiva e perdita di interesse nelle abituali attività. Frequentemente vengono descritti disturbi del ritmo sonno veglia e dell'appetito, calo della libido, difficoltà di concentrazione e disturbi di memoria, affaticabilità ed irritabilità. Accanto a questi possono essere presenti sentimenti di colpa, sentimenti di inadeguatezza e di incapacità nel prendersi cura del neonato, paura di perdere il controllo, o di poter fargli del male.

Nelle forme più severe è presente un'ideazione suicidaria, anche se il suicidio appare relativamente meno frequente nelle donne che diventano depresse nel post parto.

Trattamento: nelle donne che sviluppano una depressione postnatale il quadro clinico può presentarsi lungo un continuum di gravità sintomatologica. Prima di avviare una qualsiasi forma di trattamento dovrebbero essere escluse possibili cause organiche di depressione (per es. disfunzioni tiroidee, anemie) con un'iniziale valutazione internistica e l'utilizzo di esami di laboratorio.

Sebbene la depressione nel post partum sia relativamente comune, pochi sono gli studi che hanno valutato in modo sistematico l'efficacia degli interventi sia di tipo farmacologico che non farmacologico nel trattamento di questo disturbo. Fino ad ora nessun dato suggerisce che la depressione postnatale debba essere gestita in modo differente dalla depressione maggiore non puerperale, anche se è presente un'apparente tendenza dei clinici a trattare le donne con questo disturbo con un'intensità minore rispetto alle altre pazienti, aumentando in questo modo il rischio di morbilità nelle madri. La depressione che si manifesta durante il periodo puerperale richiede la stessa intensità di trattamento che richiedono gli episodi depressivi maggiori si presentano in altri momenti della vita della donna e come per questi episodi un più precoce inizio di trattamento è associato ad un esito migliore.

In particolare le linee guida per il trattamento farmacologico della depressione postnatale non differiscono in modo sostanziale da quelle per il trattamento della depressione in altri periodi della vita, tranne per la particolare attenzione rivolta al rischio di esposizione del neonato agli psicofarmaci per le madri che allattano.

Fino ad ora successi limitati hanno avuto quei trattamenti che hanno puntato sulle possibili cause della depressione puerperale come per esempio la terapia sostitutiva con estrogeni o progestinici per correggere la proposta deplezione (o cambiamento dei livelli plasmatici) degli steroidi gonadici.

Per quanto riguarda gli interventi di tipo non farmacologico in letteratura ne vengono descritti diversi tipi che vanno dalle visite domiciliari, agli interventi psicoeducazionali, alla comunicazione con i parenti e al supporto del partner. Buoni risultati sono stati riportati anche con l'utilizzo della terapia interpersonale (IPT), della terapia cognitivo-comportamentale individuale (CBT) e di gruppo.

Le strategie terapeutiche attualmente più efficaci tendono ad utilizzare interventi combinati di tipo farmacologico e non farmacologico.

Psicosi puerperale: la più grave delle malattie che possono presentarsi nel post parto, la psicosi post partum, si manifesta in circa 1-2 casi ogni 1000 nascite. Sebbene le donne affette da schizofrenia presentino frequentemente ricadute psicotiche dopo il parto, attualmente la maggior parte dei ricercatori ritiene che la maggioranza delle psicosi puerperali siano l'espressione di un disturbo affettivo.

Le primipare presentano un rischio di esposizione più elevato rispetto alle altre donne; Kendell e colleghi hanno riscontrato un percentuale del 62% di casi di psicosi puerperali in primipare contro una percentuale del 47% nella popolazione generale. Non è stata riscontrata una relazione significativa con l'età materna, la classe sociale o culturale.

Fattori eziopatogenetici: l'eziopatogenesi delle psicosi puerperali è complessa e diversi sono i fattori considerati associati alla psicosi puerperale riportati in letteratura.

Il rischio di sviluppare una psicosi nel post partum è legato soprattutto alla presenza di disturbi psichici nella storia personale e familiare della donna. In particolare è stato riportato da Kendell e collaboratori che una storia di disturbo bipolare conferisce approssimativamente un rischio del 35%. Una pregressa psicosi post partum conferisce un rischio di recidiva del 22-33%. Avere sia un disturbo bipolare sia un precedente episodio di psicosi post partum incrementa il rischio per una successiva psicosi postnatale fino al 50%.

Per quanto riguarda la famigliarità la letteratura è concorde nel riportare una maggior percentuale di disturbi psichici prevalentemente dello spettro affettivo nei parenti delle donne affette da una psicosi puerperale.

Quadri clinici e problemi diagnostici: nella maggior parte delle donne che sviluppano una psicosi puerperale i sintomi compaiono entro le prime due-tre settimane dal parto.
Vi può essere un periodo asintomatico della durata di 2-3 giorni o la presenza sintomi prodromici che comprendono disturbi del sonno, affaticabilità, labilità emotiva, depressione, irritabilità e difficoltà nel prendersi cura del neonato.
La sua presentazione è spesso drammatica, nella maggior parte dei casi risponde ai criteri di un disturbo affettivo e i sintomi ricordano quelli di un episodio maniacale (o Misto) a rapida insorgenza.
Il quadro clinico può comprendere sintomi affettivi con elementi deliranti sia congrui con il disturbo dell'umore che incongrui, con allucinazioni, perplessità, incoerenza, disorganizzazione evidente del comportamento. Frequentemente questa presentazione sintomatologia è accompagnata da agitazione o rallentamento psicomotorio, disorientamento e confusione mentale. I contenuti del delirio sono quasi sempre collegati all'esperienza materna, alla vita e alla salute del bambino che la madre crede spesso compromesse per causa sua, deliri di negazione dell'esistenza stessa del figlio e della maternità, o di attribuzione grandiosa di questa.
Nella depressione psicotica, accanto ai sintomi che tipicamente caratterizzano l'episodio depressivo, come l'umore depresso associato alle alterazioni del ritmo sonno-veglia, dell'appetito e dell'energia, troviamo la perdita di interesse e piacere nelle comuni attività della routine quotidiana.
Troviamo spesso ricorrenti pensieri di morte od una franca intenzionalità suicidaria.
Nella forma maniacale, la donna tipicamente può apparire eccitata, euforica, grandiosa, irritabile ed iperattiva; mostrare un diminuito bisogno di sonno ed il suo appetito può essere marcatamente ridotto o, al contrario, esagerato. Nei deliri frequentemente riportati le pazienti sostengono che il loro bambino presenta dei difetti o sta per morire, e nei deliri di grandezza che il figlio possiede poteri speciali, o che rappresenta Dio o il Diavolo.
Nonacs sottolinea come il rischio di suicidio ed infanticidio sia, in questa popolazione di pazienti, particolarmente elevato.
La prognosi a lungo termine appare influenzata dalla rapidità di insorgenza dei sintomi. Gli episodi psicotici che si manifestano nelle prime tre settimane dalla dimissione sembrano mostrare un andamento più favorevole rispetto a quelli che si sviluppano più tardivamente. Una particolarità di queste forme riguarda la tendenza a recidivare in occasione di successive maternità, con una percentuale di rischio del 30% circa.
Trattamento: la gestione delle psicosi puerperali richiede interventi medici, psichiatrici, psicologici e di assistenza articolati secondo il quadro clinico e la gravità della sintomatologia. Poiché tale condizione comporta un elevato rischio di suicidio, negligenza nella cura del bambino o nei casi più gravi infanticidio (1 caso su 50.000), l'ospedalizzazione psichiatrica delle pazienti è raccomandata nella maggior parte dei casi.

Bibliografia

Cohen LS, Nonacs RM. *Mood and Anxiety disorders during pregnancy and postpartum*. Review of Psychiatry vol. 24, American Psychiatric Publishing, inc.

Stotland NL, Stewart DEAmerican. *Psychological Aspects of Women's Health Care: the interface between psychiatry and obstetrics and gynecology*. 2nd edn. Psychiatric Press.

Mencacci A, Anniverno R. *Le manifestazioni psichiche nei cicli vitali della donna: fasi di passaggio tra normalità e patologia*. Pisa: Pacini 2007.

La depressione ricorrente fra vulnerabilità genetica e ambiente

G.I. Perini

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Lo stress acuto e cronico è uno dei fattori ambientali che modulano l'insorgenza dei disturbi depressivi, soprattutto dei primi episodi nel decorso della depressione. Un'elevata percentuale di pazienti affetti da depressione unipolare manifestano successivamente un andamento di tipo ricorrente della malattia. Dopo il primo episodio depressivo la probabilità di ricaduta è molto elevata, fra il 50 e l'85% aumentando del 16% ad ogni successivo episodio (Salomon et al., 2000). Da un punto di vista clinico la depressione unipolare si potrebbe distinguere secondo due diversi pattern di evoluzione: uno caratterizzato da maggior vulnerabilità (genetica e/o da eventi stressanti precoci), frequenti episodi senza recupero completo, minore risposta ai trattamenti e progressiva riduzione della durata degli intervalli liberi di malattia e l'altro caratterizzato da un basso numero di episodi con remissione completa, lunghi intervalli liberi da malattia e senza evoluzione verso la cronicità. È di comune riscontro clinico che i primi episodi depressivi sono legati ad eventi di vita di maggiore gravità mentre i successivi sono scatenati anche da eventi progressivamente di minore gravità fino al rendersi del tutto autonomi dai fattori stressanti. Questo fenomeno può trovare spiegazione nel modello del "kindling" (Post & Weiss, 1995) secondo il quale lo stress determinerebbe una sensibilizzazione di strutture neurali implicate nella regolazione dell'umore.
Lo stress attiva fisiologicamente l'asse HPA. Tuttavia nei soggetti predisposti o geneticamente o per effetto della esposizione in epoca prenatale, e postatale allo stress, vi è nelle fasi della vita adulta una disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), come evidenziato dal frequente riscontro di ipercortisolemia, di mancata soppressione al test al desamentasone e iperincrezione di CRH in pazienti depressi, che indica una mancata omeostasi del sistema ippocampo-HPA. Dati preclinici indicano che un'eccesso di corticosteroidi causa alterazioni morfologiche sia reversibili sia irreversibili nelle strutture ippocampali (McEwen, 1997, 1999). Tali alterazioni sono sia dovute all'effetto dell'eccesso di glucocortioidi sulla sinaptogenesi e sulla vitalità neuronale dei neuroni ippocampali, sia sull'inibizione della neurogenesi costitutiva ippocampale di neuroni dello strato granulare. L'ippocampo esercita un feedback negativo sull'asse HPA. Quindi il danno ippocampale conseguente all'eccesso di cortisolo contribuisce ad un ulteriore aumento del cortisolo tramite questa via, innescando un circuito riverberatorio positivo (Sherwood Brown et al., 1999). Amigdala e corteccia prefrontale dorsolaterale e subgenuale sono strutture neuroanatomicamente in relazione con l'ippocampo e l'asse HPA e nella depressione ricorrente sono dimostrate alterazioni di tipo strutturale e funzionale a carico di tali strutture (Drevets 1998, 2002). Di recente studi sia ne primati che nell'uomo hanno evidenziato poten-

ziali fattori di suscettibilità genetici che controllano la morfometria cerebrale Ad esempio un polimorfismo del gene per il BDNF val66met determina sia un volume ippocampale e prefrontale che una ridotta funzione cognitiva supportata da queste areeridotto sia nella popolazione normale, che nei familiari che negli affetti di SZ o di disturbi dell'umore (Pesawas, 2004; Egan 2003) Le implicazioni sull'eziopatogenesi, valutazione e terapia delle modificazioni neurobiologiche indotte dallo stress nei pazienti con disturbi depressivi verranno discusse.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA S. GIOVANNI

S105 - Aumento del rischio di comportamenti e tendenze suicide in adolescenza

MODERATORI
P. Chianura, G. De Rénoche

Modelli di funzionamento dell'Io, adolescenza e aumento del rischio suicidario

P. Chianura

Istituto di Psicoterapia Familiare e Relazionale, Bari

Per valutare il rischio di suicidio, diversi studi prospettici hanno osservato l'esistenza di alcuni indici predittivi: quali attacchi di panico, ansia psichica, perdita di piacere, agitazione depressiva con rapidi passaggi di umore, abuso di sostanze, diminuita concentrazione e insonnia totale. Nel contesto delle valutazioni dei fattori di rischio, però, molti studi di natura psicodinamica osservano che le varie strutture psicologiche preesistenti nell'individuo sono più importanti dell'analisi delle motivazioni che stanno dietro uno specifico atto suicida.
In particolare, riguardo a quattro principali modelli di funzionamento dell'Io, all'interno di un paradigma di relazioni oggettuali interne che diversificano i soggetti che mettono in atto il suicidio, vi è un fattore estremamente specifico che in adolescenza può costituire un importante predittore del rischio di suicidio. Esso è l'aspettativa verso se stessi eccessivamente alta.
L'adolescenza, infatti, innesca una serie di trasformazioni, la principale di queste è quella legata alla personalità, se fino a quel momento la famiglia era stato il principale riferimento sociale, ora il contesto si allarga e include altre figure, come i pari, altri riferimenti, e, quindi altri soggetti verso i quali dirigere la propria attenzione e verso i quali sintonizzarsi, altri valori con i quali confrontarsi, quelli del contesto sociale allargato, delle diverse culture nelle quali si vive. Gli stessi ruoli cambiano, non solo i modelli. Il complesso delle relazioni muta radicalmente. Compare la timidezza che deriva dal continuo confronto con gli altri ragazzi. Abbandonato il riferimento familiare e le sicurezze che esso offriva l'adolescenza viva e acuta dei compagni è un banco che sfida ogni certezza precedentemente acquisita. Si sviluppa un senso di apprensione e poi di rifiuto. L'identità stabilizzata e sviluppata grazie alle figure familiari si perde per entrare in una metamorfosi che può provocare qualsiasi cambiamento. L'adolescenza è la perdita del limite. Paura e instabilità, rappresentano il sentimento prevalente l'uno e il vincolo essenziale l'altro, a cui tutti i mutamenti sono soggetti in questa epoca. Violenza e distruttività cercate nella propria morte possono rappresentare una via di fuga ad un confronto alcune volte assolutamente insopportabile in una società narcisistica come quella nella quale viviamo.
La disperazione alla quale alcuni adolescenti possono giungere in questa epoca è maggiore, quindi, se associata al rigido mantenimento di un'immagine di sé immodificabile all'interno di alcuni specifici modelli di funzionamento interno.

Aspetti epidemiologici e percorsi clinici negli adolescenti suicidari

A. Condini, L. Bianchin, M. Ronchese, L. Furlan, N. Ciprian, G. de Rénoche

Struttura Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, U.L.S.S. 16 Padova; Cattedra di Neuropsichiatria Infantile, Università di Padova

Introduzione: i comportamenti suicidari in adolescenza continuano a rappresentare un rilevante problema di salute pubblica, con una stima *lifetime* per i tentativi di suicidio compresa tra l'1,3-3,8% degli adolescenti maschi e l'1,5-10,1% delle femmine (Fergusson, 1995; Lewisohn, 1996) e tassi di suicidi completato che vanno dal 2,4 per 100.000 del Portogallo al 33,4 per 100.000 della Russia (WHO, 2002).
Nell'ambito di un progetto promosso dalla Regione Veneto, è stata indagata la frequenza degli accessi presso il Pronto Soccorso Centrale dell'Azienda Ospedaliera di Padova in seguito ad enti parasuicidari nel triennio 2000-2002 al fine di:
determinare l'entità del fenomeno dei comportamenti suicidari nella popolazione di adolescenti e giovani adulti afferiti al Pronto Soccorso;
valutare il ruolo di alcuni fattori ritenuti implicati nelle dinamiche del comportamento suicidario;
identificare le modalità di accoglimento ed i successivi percorsi clinici dell'adolescente in relazione ai vari Servizi coinvolti (NPI, Pronto Soccorso, Psichiatria dell'adulto).

Metodologia: sono stati presi in esame i casi di tentativo di suicidio compiuti da adolescenti e giovani adulti, giunti al Pronto Soccorso di Padova nel periodo 2000-2002 per i quali sia stata chiesta una consulenza psichiatrica.
Sono stati identificati 182 soggetti di età compresa tra i 15 e i 30 anni. Di questi, 30 si collocano nella fascia 15-19, mentre i rimanenti 152 sono compresi nella fascia 20-30, per un totale complessivo di 216 eventi parasuicidari (160 in F e 56 in M; ratio F/M = 2,85).
Sono state rilevate inoltre alcune caratteristiche socio-demografiche e alcuni aspetti più specificamente correlati il comportamento suicidario e al conseguente percorso clinico.
Risultati: sono stati rilevati 216 eventi parasuicidari così distribuiti:
– 18 nei soggetti di età 15-17 anni;
– 12 nei soggetti di età 18-19 anni;
b) secondo l'andamento temporale:
– 77 eventi (20 M, 50 F) nel corso del 2000;
– 82 eventi (20 M, 62 F) nel corso del 2001;
– 64 eventi (16 M, 48 F) nel corso del 2002;
Nell'82% dei casi è stata riscontrata la presenza di fattori di rischi rappresentati soprattutto da disturbi psichici e problematiche affettivo-relazionali. In circa il 15% dei casi erano presenti in anamnesi pregressi comportamenti parasuicidari. Tra i disturbi psichici preesistenti un posto rilevante spetta ai disturbi dell'umore, da soli o in associazione ai disturbi d'ansia (presenti in oltre il 40% dei casi), seguiti dai disturbi del comportamento alimentare (25% circa dei casi). 34 soggetti (16% del totale; 5 F e 9M) risultano avere effettuato più di 1 tentativo di suicidio, pari a 83 eventi (38% del totale, con un rapporto F:M pari al 2.77. 28 di questi soggetti sono inquadrabili come "minor repeaters" (< 3 tentativi nei 3 anni presi in esame), mentre 6 sono classificabili come "major repeaters" (> 3 eventi nel corso del periodo considerato. Le recidive si sono concentrate entro i 12 mesi dal primo tentativo (52 eventi).
Dal punto di vista delle indicazioni terapeutiche, in oltre il 50% dei casi (113/216) è stato necessario ricorrere al ricovero, mentre nel 40% dei casi è stato disposto l'invio ad un ambulatorio specialistico e/o al medico curante.
Con particolare riferimento alla fascia d'età 15-19 anni, sono stati individuati un primo gruppo costituito da soggetti di età 15-17 anni (18 soggetti, 9.8% del totale; 6 M e 12 F) ed un secondo gruppo formato da soggetti di età 18-19 anni (12 soggetti, 6.5% del totale; 2 M e 10F).
In entrambi i gruppi considerati sono presenti 5 soggetti per i quali sembra già avviata una presa in carico di tipo psichiatrico per problemi definiti genericamente "psico-comportamentali" (15-17 aa) o per situazioni più strutturate, quali disturbi dell'umore e della condotta alimentare (18-19 aa).
Successivamente sono state analizzate le indicazioni terapeutiche ritenute più idonee. Per 6 soggetti del gruppo 15-17 è stato deciso un periodo di ricovero (2 hanno rifiutato la proposta, 2 sono stati accolti in S.P.D.C., 1 presso il Dipartimento di Pediatria e 1 presso la Clinica Medica). Altri 3 soggetti di questo gruppo sono stati inviati presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile. Un soggetto è stato inviato al C.S.M. di appartenenza ed un altro è stato avviato ad un percorso coinvolgente la famiglia. Ad altri 2 soggetti è stata consigliata una presa in carico presso l'Ambulatorio per i Disturbi della Condotta Alimentare. 2 soggetti sono stati rinviati al Curante e 3 sono stati dimessi.
Per quanto riguarda il gruppo 18-19, le proposte di ricovero sono state 7 (5 presso SPDC, 1 presso una Casa di Cura privata convenzionata, 1 presso la Clinica Chirurgica), 2 soggetti sono stati rinviati ai rispettivi CSM ed altri 3 sono stati riaffidati ai medici curanti.
Discussione e conclusioni: la caratteristica più evidente della ricerca è la presenza di un trend suicidario che aumenta con il crescere dell'età. L'altra caratteristica che sembra delinearsi è l'aumento delle problematiche psichiatriche in maniera altrettanto proporzionale all'innalzamento dell'età. Emergono infine percorsi clinici variegati che si differenziano in base alla fascia d'età, e che verosimilmente risentono delle modalità di approccio utilizzare in PS e delle strutture.
La gestione del caso in Pronto Soccorso presenta indubbiamente molte difficoltà dal punto di vista ambientale e dell'accoglimento, ma può rivelarsi fondamentale per l'avvio di una possibile alleanza terapeutica.
Come sottolinea Spirito, la ricerca che si era prefissata di riuscire a predire in maniera incontrovertibile ed universale il comportamento suicidario può considerarsi sostanzialmente fallita, per cui la nuova frontiera è rappresentata dallo sforzo di individuare particolari "gruppi a rischio", per i quali predisporre adeguate strategie protettive ne "momenti ad alto rischio" (indotti da life events o da altri fattori facilitatori.

Bibliografia

Fergusson DM, Lynskey MT. *Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34:1308-17.
Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. *Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors and clinical implications*. Clin Psychol Sci Prac 1996;3:25-46.
Word Health Organization. *Suicide rates ad abosolute numbers of suicidebycountry 2002*. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/.
Spirito A. *Understanding attempted suicide in adolescence, in: Evalutating and treating adolescent suicide attempters*. Elsevier Science 2003.

Il lavoro clinico con gli adolescenti con tentativo di suicidio

A.M. Nicolò

Neuropsichiatria infantile, psicoanalista con funzione di training della SPI, segretario scientifico del Corso di psicoterapia del bambino e dell'adolescente ASNE-SIPSIA

Il tentativo di suicidio nasconde in realtà situazioni cliniche molto differenti che possono variare da una crisi psicotica ad aspetti depressivi, a un *acting out* di natura dimostrativa. La comprensione degli indici di rischio e degli indici prognostici positivi nella situazione è estremamente importante per evitare il ripetersi dei tentativi e per imprimere alla storia dell'adolescente una svolta costruttiva. Un'accurata valutazione della situazione globale, dell'adolescente e del suo mondo relazionale, di quanto l'adolescente ha integrato il suo corpo sessuato e di quanto l'*acting out* nasca all'interno di un momento di isolamento o ritiro rispetto al gruppo dei pari, è indispensabile per la messa a punto di strumenti terapeutici efficaci. Il vissuto dello psicoterapeuta è

uno degli aspetti da considerare, dato che queste situazioni sono particolarmente coinvolgenti e aspetti di negazione della pericolosità o atteggiamenti di sopravalutazione del rischio sono entrambi pericolosi e sono indici del funzionamento mentale dell'adolescente.

I giovani che si fanno del male. Ambiente di vita ambiente terapeutico

E. Pelanda

L'attacco al sé corporeo durante l'adolescenza è una realtà estremamente diffusa e in continuo aumento, che si manifesta attraverso comportamenti autolesivi di vario tipo, a volte eclatanti, a volte nascosti, quali le scarificazioni, l'abuso di alcol e di sostanze, i disturbi alimentari, i ripetuti incidenti e le ripetute interruzioni di gravidanza, i tentativi di suicidio.
Si tratta di comportamenti che, spesso, rimandano a un imponente blocco del processo di soggettivazione. Essi richiedono una mobilitazione del mondo adulto al fine di valutarne il significato all'interno dell'economia intrapsichica e relazionale e di individuare interventi articolati, tempestivi, capaci di contenere la sofferenza sottostante, inesprimibile verbalmente.
Il presente contributo presenta alcune considerazioni metodologiche e alcune riflessioni teorico cliniche facendo riferimento a un progetto intervento svolto dall'AssociazioneAreaG aMilano e provincia e rivolto a giovani (13-24 anni) che "si fanno del male" e ai loro genitore.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA MALTA

S106 - Nuove geografie del corpo

MODERATORI
R. Lo Baido, M. Di Blasi

Pierced, tatuati e body builders. Nuove geografie del corpo

R. Lo Baido

Dipartimento Universitario di Neuroscienze Cliniche, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Palermo

Se nel Novecento predominava l'isteria con un mondo interno abitato dal lavorio del conflitto e della colpa, dal tormento delle passioni e del desiderio, oggi prevalgono piuttosto manifestazioni psicopatologiche segnate dall'urgenza del bisogno, dal clamore dell'esteriorizzazione, dall'eclatanza dell'azione e la capacità stessa di desiderare sembra essersi dissolta e frantumata. Il corpo dell'isterica si inarcava e si irrigidiva, teatralmente alludendo ad una dimensione simbolica, mentre ai nostri giorni il corpo sembra più essere quello della *fitness* oppure quello delle cosiddette *fleshworks* (opere della carne) ogni tipo di scrittura, scultura, manipolazione resa possibile dalla tecnologia estrema fino alla più violenta automutilazione: un corpo che, diventato "oggetto di culto", nella sua abbacinante presenza attrae a sé ogni attenzione scacciando ed evacuando ogni pensiero.
A volte si tratta del *body building* che propaganda corpi espansi con l'epidermide tesa come la pelle di un tamburo, lucidi d'olio sotto i riflettori dello *show;* a volte si tratta del *piercing* (bucarsi qualsiasi parte del corpo tranne le orecchie per collocarvi piccoli anelli, fibule, barrette metalliche) o del *tatuaggio* (decorare, personalizzare e abbellire il proprio corpo in modo permanente ed estremo nella *body art*); a volte si tratta di manipolazioni del corpo che procurando un dolore intenso possono fare sperimentare addirittura le *out of body experiences* come il *branding* (marchiare la pelle a fuoco incidendo con un ferro rovente scritte, numeri, disegni e simboli), lo *scaring* (tagliare la pelle con delle lamette da barba o addirittura ami da pesca versando poi sopra le ferite dell'inchiostro alcolico); a volte, bypassando del tutto l'aspetto decorativo si tratta di vere e proprie eclatanti violenze nel senso di mutilazioni come la *dermatotillomania* o "*compulsive skin picking*" (ripetitivo danneggiamento cutaneo di solito finalizzato a rimuovere piccole irregolarità della pelle, e può esitare in abrasioni ed escoriazioni anche profonde e sfiguranti del tessuto cutaneo) o il *self cutting* (autoinfliggersi delle ferite, delle lesioni sulla superficie corporea, cicatrici, piccoli tagli con oggetti metallici).
Partendo da queste premesse, intendo nel presente contributo, anche tramite la descrizione di alcuni frammenti clinici, rivolgere la mia attenzione proprio a quei quadri psicopatologici che, in progressivo incremento, dimostrano una tragica difficoltà nella capacità di simbolizzare e mentalizzare come se per dirla con Riolo (2006) la simbolopoiesi responsabile dei processi di significazione e identitari avesse lasciato spazio alla eidolopoiesi una cultura che comporta l'evacuazione del significato legato ad una esperienza intollerabile: la cultura del "realmente accaduto", del "reality", ha sostituito quella della "fiction", del "come se".

Nuove geografie del corpo. studio clinico di confronto

S. La Grutta

Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Palermo

Tutte le cosiddette *fleshworks* (opere della carne), le scritture e sculture del corpo, sono osservate, specie nelle popola-

zioni giovanili, in rapida diffusione. Per scritture del corpo intendo riferirmi in generale ad alterazioni permanenti "ir/reversibili" (Marenko, 1997, 2002) sul corpo quindi tatuaggio, *scaring*, *branding*, per certi aspetti il *piercing*. Per sculture del corpo mi riferisco, in questo momento, nello specifico alla possibilità che tramite diete specifiche (spesso comprensive dell'uso di steroidi anabolizzanti, Roccella et al., 2005) ed esercizio fisico intensivo e mirato il corpo sia letteralmente "scolpito": è il progetto del *body builder* avere un corpo ostentatamente privo di esubero lipidico, dalla muscolatura guizzante ed esagerata, un corpo ipertonico, lucidamente impeccabile nella rifinitura dei suoi bicipiti, un corpo manifesto dell'esaltazione della potenza fisica e del vigore muscolare. In USA come pure in Australia una percentuale variabile da 1/3 a 3/4 della popolazione di *college* (Greif et al., 1999; Makkai, 2001; Armstrong et al., 2004) ha almeno un tatuaggio o un *piercing*. E il popolo dei *body builders*, anche per effetto dell'azione di associazioni come l'*International Federation of Bodybuilders,* continua crescere. Tutte queste manipolazioni, al di là di possibili significati aggressivi, contestatari o legati ad alcune specifiche culture, tendono ad acquisire una fisionomia nuova. Si tratta di popolazioni eterogenee impermeabili a qualsiasi tentativo di classificazione e contestualizzazione: si tratta infatti di persone di tutte le età, di ambedue i sessi, appartententi ad ambienti sociali ed economici variegati, con motivazioni legate alla moda e all'estetica, al rito iniziatico, alla contestazione sociale, allo star bene il più possibile *(the healthier you are, the busier you can be",* "meglio stai e più cose puoi fare" è scritto in un cartello pubblicitario di una palestra londinese) ma anche, a volte, all'espressione di un disagio psichico altrimenti non elaborabile. Fatto sta che buona parte della letteratura inquadra comunque sia le scritture sia le sculture del corpo, *tout court,* come indicatori di comportamento a rischio (Raska, Cusack, 1990; Loimer, Werner, 1992; Knecht, 1998; Olivardia et al., 2000; Braithwaith, 2001; Roberts, Ryan, 2002; Stephens, 2003; Carroll et al., 2003)

Sono stati reclutati 91 soggetti con almeno un *piercing* o un tatuaggio e 68 soggetti assidui frequentatori di palestre da almeno tre anni.

A questi soggetti sono stati somministrati:

– ai soggetti con tatuaggio e *piercing*, intervista semistrutturata mirante ad individuare le caratteristiche del tatuaggio o del *piercing* (forma, dimensione, localizzazione), il motivo per cui è stato scelto, età in cui è stato fatto, significato simbolico che assume per il soggetto, l'eventuale assunzione di sostanze;
– ai soggetti assidui frequentatori di palestre, intervista semistrutturata mirante ad individuare le caratteristiche dell'attività fisica, il motivo per il quale la si è intrapresa, l'età a cui si è iniziata la frequenza assidua, il senso che assume per il soggetto, l'eventuale assunzione di sostanze;
– *Dissociative Experience Scale II* (Carlson e Putnam, 1993): questionario per la valutazione della tendenza del soggetto alla dissociazione;
– *Somatic Inkblot Series* (Cassel, 1989): reattivo proiettivo che misura i vissuti e la percezione del proprio corpo e consente di individuare eventuali zone corporee particolarmente conflittuali e ansiogene;
– *Borderline Personality Inventory* (Leichsenring, 1999): un breve, recente, valido e affidabile questionario per valutare le caratteristiche della personalità borderline suddividendole in quattro categorie (diffusione dell'identità; meccanismi di difesa primitivi; esame di realtà; paura della vicinanza);
– per i soli *body builders* due questionari che misurano la propensione al comportamento bigorettico e al comportamento ortorettico.

I gruppi messi a confronto hanno prodotto prestazioni differenti in ordine ai sistemi difensivi adoperati e alla loro intensità, alla percezione del proprio corpo, allo sfondo psichico emozionale.

Dai primi risultati ci sembra di potere avviare alcune riflessioni anche in ordine alle diverse motivazioni che spingono ai diversi tipi di manipolazioni sul corpo. Il tatuaggio, il segno sul corpo, è un'operazione di trasformazione personale, che impone una stratificazione di significati, "è come costruirsi un'armatura psichica che rende più forti e più liberi" afferma un'intervistato. Il *piercing* viene richiesto fondamentalmente perché crea strane sensazioni al contatto. Si tratta di un pensiero impregnato di sensorialità "Sentirsi sempre fatto, ma senza troppa fatica, che dà la sensazione continua, autosensuale" (Bonaminio 2005). Il *bodybuilding* si associa a livelli di insoddisfazione rispetto al proprio corpo molto più intensi.

Cercando di rispondere poi al quesito se queste pratiche sono al servizio di un processo di sviluppo o piuttosto segnalano una grave sofferenza psichica, val la pena di ricordare Anzieu: "più profondamente la pelle è colpita, *più significativamente il corpo è manipolato*, più si ha a che fare con lacune narcisistiche estremamente significative e con alterazioni delle funzioni originarie dell'Io".

Manipolazioni del corpo in adolescenza. Vissuti e immaginario

M. Di Blasi

Dipartimento di Psicologia, Università di Palermo

La manipolazione del corpo tra adolescenti e giovani adulti è un fenomeno in così forte espansione all'interno delle culture occidentali, da rendere necessaria una lettura approfondita in grado di cogliere le differenze di significato che tali comportamenti possono assumere. Tale tendenza si presenta in varie forme (tatuaggi e *piercing*, uso di anabolizzanti, diete restrittive, uso di sostanze psicoattive, ecc.) che sono accomunate dall'esprimere un'esigenza di un superamento dei limiti e dei confini del corpo naturale vissuti dai soggetti come inadeguati rispetto alle proprie esigenze mentali o percettive. L'intervento intende soffermarsi sulla possibilità di utilizzare una chiave di lettura del fenomeno che tenga conto della complessità e della dinamicità del fenomeno, individuandone non solo gli aspetti psicologicamente problematici, ma anche quelli 'fisiologici', quelli che cioè esprimono esigenze vitali tipiche di questa fase evolutiva e sintoniche con i contesti culturali di riferimento. Diverse forme di manipolazione del corpo in adolescenza, possono, infatti, sottendere un'istanza evolutiva che si esprime attraverso l'esigenza di superamento della naturalità corporea in vista della realizzazione di un progetto di disvelamento di aspetti e dimensioni del sé vissuti come autentici e convincenti, che rimarrebbero altrimenti nascosti o inaccessibili.

L'intervento farà riferimento a dati clinici emergenti da alcune ricerche (in parte effettuate e in parte in corso) su due principali forme di manipolazione in adolescenza:
– *piercing* e tatuaggi;
– consumo di sostanze stimolanti.

Aspetti psicopatologici dell'uso di sostanze anabolizzanti come sostanza d'abuso

M. Roccella

Cattedra di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Psicologia, Università di Palermo

L'utilizzo e l'abuso di sostanze anabolizzanti si sta configurando come un problema di rilevanza psicosociale. L'uso di steroidi anabolizzanti in questi ultimi anni si è spostato dalla pratica sportiva professionale anche allo sport amatoriale e ad ambiti occupazionali particolari (buttafuori, modelli, etc). La capacità di creare una dipendenza da parte degli steroidi anabolizzanti è stata già accertata dal 1980. Nonostante la mancanza di studi longitudinali che possono fornirci delle informazioni a lungo termine sulla dipendenza da queste sostanze, ci sono molti studi che ne hanno valutato la dipendenza a breve termine (Adlaf et al., 1992; Williamson, 1993; Burkett et al., 1984; DuRant et al., 1995; Althaus et al., 2000). Tra gli studi condotti, quello di Beel et al. (1996), sembra avere la maggiore rilevanza epidemiologica per il numero di soggetti esaminati, i tassi rilevati variano tra l'1,2% e il 3,2% per i maschi e tra lo 0,2% e il 2% per le femmine. Nel periodo dal 1991 al 1997 è stato stimato che negli USA i soggetti che fanno uso di anabolizzanti oscillano dal 4% al 12% tra i maschi e dallo 0,5% al 2,9% per le femmine. Recenti studi evidenziano che l'utilizzo di steroidi anabolizzanti provochi delle sindromi affettive e psicotiche, sono stati riportati anche casi nei quali gli effetti psicologici e comportamentali dovuti all'assunzione di queste sostanze avevano influenzato sostanzialmente l'esecuzione di atti criminali.
(DuRant et al., 1993; Pope et al., 1988; Moss et al., 1992; Porcerellui et al., 1995; Pedersen et al., 2001). L'utilizzo di sostanze anabolizzanti può essere associato nei soggetti che praticano body-building ma anche in adolescenti che praticano un esercizio fisico intensivo, a disturbi dell'immagine del corpo, condotte a rischio, disturbi del comportamento alimentare e tratti ansiosi-depressivi (Le Breton, 1999; Veale, 2004; Keane, 2005; Skarderud et al., 2005).; questo fenomeno sembra non interessare solo quegli sportivi che praticano delle competizioni. Il presente contributo ha valutato le abitudini e lo stile comportamentale di un gruppo di soggetti, randomizzato tra una popolazione che pratica attività sportiva (*body-building*, attività fisica intensiva in sala attrezzi), per verificarne le eventuali correlazioni tra aspetti della personalità, comportamenti a rischio ed eventuale uso di sostanze anabolizzanti. Sono stati intervistati all'interno di palestre della città di Palermo 56 soggetti di sesso maschile e 15 di sesso femminile, di età compresa tra i 16 e i 40 anni. Ai soggetti è stato somministrato la versione italiana riadattata del questionario americano *Massachussets Youth Risk Survey* (DuRant et al., 1993) a risposta multipla *ad hoc*, che prevede, oltre alla domanda specifica sull'uso di anabolizzanti, un'indagine relativa a comportamenti a rischio (utilizzo di droghe, tentativi di suicidio, comportamenti sessuali a rischio, avere atteggiamenti violenti, uso di alcool, etc). È stato anche utilizzato l'*Adjective Check List* (ACL, HG. Gough et al., 1980) al fine di cogliere gli aspetti di personalità dell'individuo. Sui dati sono state effettuate delle analisi correlazionali (correlazione per ranghi Rho di Spearman).
Dall'analisi dei dati è emerso che oltre il 22% del gruppo di soggetti intervistati fa uso di steroidi con diversa frequenza; il 20% del gruppo femminile dichiara di consumare steroidi facendo rilevare una percentuale di utilizzo più elevata di quella che risulta in letteratura (Yealis, 1992). Nei soggetti l'uso ripetuto di steroidi anabolizzanti è correlato (correlazione per ranghi Rho di Spearman) all'assunzione di droghe, a condotte a rischio (andare in macchina con qualcuno che ha bevuto, portare armi, ecc.) ed a un preciso pattern di personalità. L'assunzione di steroidi risulta correlata con il consumo di sostanze stupefacenti (LSD, cocaina ed eroina), in maniera significativa (rispettivamente $r = 0,35, 0,31, 0,3, 0,28$; $p < 0,01$). Il profilo caratteriale rivela tendenza dei soggetti a definirsi convenzionali, di interessi ristretti, diffidenti verso gli altri, timorosi di rimanere emotivamente coinvolti nelle relazioni interpersonali, litigiosi e aggressivi. Forte è quindi la necessità di mettere a punto delle ricerche ed analisi per approfondire il fenomeno, il contesto psicologico e sociale dell'uso di queste sostanze per costruire la base di un piano di prevenzione mirato, soprattutto in quei paesi, come il nostro, dove il fenomeno ancora sommerso rischia di degenerare. Il fenomeno non interessa solo gli sportivi che praticano delle competizioni ma molti soggetti che frequentano una palestra per "modellare" il loro corpo. Molti di questi sono infatti pronti ad utilizzare tutti i metodi che gli consentono di avvicinarsi ad un immagine idealizzata del loro corpo. Essi vengono definiti da Le Breton (1999) i "batisseurs de corps" (dilettanti o maniaci che fabbricano il proprio corpo) e la motivazione che li porta ad assumere sostanze dopanti starebbe in una deviazione tra corpo percepito e corpo idealizzato. Pope (1997) parla di una forma di "anoressia inversa" nei culturisti che consisterebbe nel prendere peso servendosi anche di sostanze dannose per l'organismo; successivamente di una "dismorfofobia muscolare" con eccessiva preoccupazione per la propria figura. Si potrebbero fare anche delle campagne d'informazione per spiegare gli effetti nocivi di queste sostanze, sensibilizzare e formare in questo ambito il personale che lavora nelle palestre, ma anche tutte quelle figure professionali che sono a contatto con l'individuo già dall'infanzia e nell'adolescenza per educarlo nel rispetto e nell'accettazione del proprio corpo.

SABATO 23 FEBBRAIO 2008 - ORE 16.00-17.30
SALA DEI CESARI

S107 - Background formativo dello psichiatra

MODERATORI
F. Valeriani, M. De Vanna

I fondamenti della cultura psicopatologica nella formazione dello psichiatra

F. Valeriani
A.S.L. Roma G

Nella psichiatria i modelli teorici di riferimento sono molteplici, condizionando scelte organizzative ed operative diversificate, che non sempre corrispondono alla peculiarità e complessità della domanda assistenziale.
Si pongono pertanto problemi etico-deontologici che rinviano a livelli formativi di base indispensabili per qualsiasi psichiatra. Tra questi risulta necessaria, oggi ancor più del passato, una solida cultura psicopatologica.
I suoi fondamenti metodologici e semeiologici costituiscono quel background formativo indispensabile per una vera apertura clinica ed antropologica nei luoghi autentici dell'incontro con la sofferenza dell'altro e negli spazi operativi capaci di una reale cultura della valutazione degli esiti.
Al tempo stesso questi fondamenti formativi possono evitare la "totemizzazione" di rigidi sistemi tassonomici e l'arroccamento in modelli autoreferenziali che ancora penalizzano i servizi e la loro utenza.

L'aggiornamento in psicofarmacoterapia

M. De Vanna
U.C.O. di Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Scienze Cliniche, Morfologiche e Tecnologiche, Università di Trieste

Il moderno pensiero scientifico in medicina si pone dialetticamente rispetto al concetto di *evidence based medicine* (EBM). Infatti la pretesa corretta e importante di dimostrare l'efficacia di qualsiasi atto diagnostico, terapeutico e riabilitativo, si confronta oggi con le logiche dei sistemi "fuzzy", cioè in continuo aggiustamento tra loro ed il cui risultato non è mai in rapporto lineare con le cause. Se la EBM ha rappresentato l'iniezione di una logica meccanicistica nel sapere medico, che era diventato chiuso e autoreferenziale (e quindi solo apparentemente rispettoso del soggettivo), il mediare il concetto di evidenza anche nella complessità costituisce una sfida. Pur non sottovalutando l'importanza del movimento della EBM che si propone di sottrarre dall'indistinto, dal confuso e dal ripetitivo la pratica medica, ancorandola – per quanto possibile – a ciò che è dimostrabile, vi è però il rischio che quando questo modello si applica ad una malattia le cui cause, la storia naturale, gli eventi concomitanti, sono altamente mutevoli e differenziati, non si riesca a coglierne il vero significato clinico. Le linee guida di intervento terapeutico si basano su prove documentali originate da studi clinici randomizzati controllati, di fondamentale importanza per valutare l'efficacia di un trattamento preventivo o curativo in termini di risultati clinicamente utili. Tuttavia, neanche questo tipo di studi è esente da *bias* sostanziali. Ad esempio, per essere eleggibili nell'ambito di un trial clinico, i soggetti sono sottoposti a indagini molto scrupolose al fine di giungere ad una diagnosi estremamente accurata, vengono cioè scelti in base a criteri di inclusione nello studio particolarmente rigidi; non presentano malattie concomitanti; è molto probabile che aderiscano di buon grado al trattamento proposto e rispondano positivamente ad esso. Tutto ciò ha indotto gli Autori Anglosassoni a definire due concetti distinti, *efficacy* ed *effectiveness*: il primo può essere definito come l'entità, la grandezza, la rilevanza di un determinato effetto clinico prodotto da un medicinale in condizioni ideali, come appunto in uno studio clinico controllato randomizzato; il secondo è invece l'entità, la grandezza, la rilevanza di un effetto clinico atteso, di fatto osservabili con lo stesso medicinale in condizioni di reale pratica assistenziale, al di fuori del contesto sperimentale. Ciò ha determinato lo spostamento dell'attenzione dal cosiddetto *driven outcome assessment* (cioè una valutazione condotta da valutatori esterni, che abbiano effettuato apposito *training* e che utilizzino strumenti costruiti principalmente a scopo di ricerca) al *routine outcome assessment* (cioè una valutazione che si integri strettamente con la pratica clinica di routine). I progressi nell'area del routine *outcome assessment* sono la chiave per estendere la valutazione di esito nei servizi di salute mentale: lo sviluppo di strumenti specifici rappresenta una tappa obbligata di questo processo.

Bibliografia

Fitzgerald PB, Williams CL, Corteling N, Filia SL, Brewer K, Adams A, et al. *Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia*. Acta Psychiatr Scand 2001;103:387-92.
Docherty JP. *Interpretation and conclusion in the clinical trial.* J Clin Psychiatry 2001; 62 (Suppl. 9):40-3.
Concato J, Shah N, Horwitz RI. *Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs.* N Engl J Med 2000;342:1887-92.

I dati della ricerca e metodo clinico in psichiatria

E. Pompili, V. Salinetti, A. Sciarretta
D.S.M. A.S.L. Roma G

La traduzione delle acquisizioni scientifiche e culturali in aspetti operativi della pratica quotidiana risulta spesso assai problematica sia per le notevoli difficoltà legate al modello culturale proposto che alle esigenze clinico-assistenziali dei servizi psichiatrici. In primo luogo è opportuno sottolineare come la tendenza culturale prevalente nella di-

sciplina scientifica considerata opera un tentativo di egemonizzazione esclusivizzante nei confronti degli altri tipi di approccio, identificando precise linee di condotta e definiti obiettivi terapeutici nel contesto della abituale attività clinica. Da sottolineare, inoltre, come la definizione degli obiettivi terapeutici non rappresenti (spesso) la naturale correlazione del principio fondamentale delle discipline cliniche legate, inevitabilmente, alla problematicità dell'equilibrio psicosociale del paziente, ma piuttosto uno scontato riferimento alla "coerenza interna" con il modello teorico di riferimento. Altro aspetto importante è rappresentato dalla rilevanza delle richieste del paziente sia nel senso dell'equilibrio psicologico immediato che nel senso della possibile evoluzione globale del disturbo. Elaborare un modello di approccio che interpreti in modo "funzionalmente corretto" le richieste del paziente, consente un'appropriata utilizzazione delle risorse sanitarie, finalizzate al raggiungimento di obiettivi "strategicamente" importanti per la salute del paziente stesso. Non trascurabili risultano le difficoltà incontrate nella trasposizione dei dati ricavati dalla sperimentazione clinica in condotte operative della pratica clinica quotidiana, non soltanto in relazione alla efficacia di un determinato farmaco ma anche in rapporto al profilo di tollerabilità o all'impatto sul quadro clinico globale. Appare evidente, in rapporto alle considerazioni sopra riportate, come la relazione d'aiuto debba essere considerata il "contesto naturale" all'interno del quale si sviluppano le articolazioni del contratto terapeutico che definisce sia gli aspetti particolari dei bisogni "assistenziali" evidenziati dal paziente stesso che la completa espressione delle competenze professionali del medico. In sintesi è possibile affermare che l'assenza della integrazione funzionale sia nel corso della formazione professionale, con la separazione "modulare" degli aspetti psicologici, biologici e sociali, che relativamente alle proposte di aggiornamento, impedisce lo sviluppo di una metodologia operativa che consenta al lo psichiatra di "saper" e "poter" scegliere nell'ambito dell'attività clinica quotidiana i veri contenuti innovativi della sua attività professionale.

Bibliografia

Stroup S Manschreck T, Keefe R, Kim S, Jeste DV, Davis S, Patel M, et al. *Decision-making capacity for research participation among individuals in the CATIE schizophrenia trial.* Schizophrenia Research 2005;80:1-8.

Rimondini M et al. Psychother Psychosom 2006;6:165-70.

Brown N, et al. Advanc Psych Treat 2006;8:126-32.

Brown N. et al. Advanc Psych Treat 2006;9:160-8.

Roffman JL et al. Am J Psychiatry 2006;150:542-50

De Veaugh-Geiss J et al. J Am Acad Child Adol Psychiatry 2006;45:680-7.

I Poster

a cura di
Maria Caredda

1. Efficacia e sicurezza a lungo termine di atomoxetina in pazienti adulti affetti da ADHD: risultati finali di uno studio in aperto di 4 anni

L.A. Adler[1], T.J. Spencer[2], D.W. Williams[3], R.J. Moore[3], G. Dell'Agnello[4], D. Michelson[3]

[1] New York University, New York, NY; [2] Massachusetts General Hospital, Boston, MA; [3] Lilly Research Laboratories, Indianapolis, IN; [4] Eli Lilly Italia, Florence, Italy

Introduzione: l'ADHD è una patologia neuropsichiatrica ad insorgenza precoce il cui 3-7% degli affetti è rappresentato da bambini in età scolastica e il 4% da adulti.
Sono stati pubblicati precedentemente i risultati di uno studio in aperto condotto su pazienti adulti affetti da ADHD trattati con atomoxetina per 97 settimane, i quali erano stati precedentemente inclusi in uno studio sull'uso di atomoxetina in acuto. In questo nuovo lavoro vengono presentati i risultati del trattamento per un totale di 229 settimane.
Metodologia: lo studio è stato svolto su 384 pazienti provenienti da 31 diversi centri. Il punteggio totale dei sintomi dell'ADHD è stato misurato con la Conners' Adult ADHD Rating Scale-Investigator Rated: Screening Version (CAARS-Inv:SV) che era la variabile di efficacia primaria. Le variabili secondarie comprendevano la Clinical Global Impression ADHD Severity (CGI-ADHD-S), la Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale (WRAADS) e la Sheehan Disability Scale.
Risultati: nel corso del trattamento con atomoxetina è stato osservato un decremento, statisticamente significativo del 30,2%, del punteggio totale CAARS-Inv:SV tra il basale e l'endpoint (media [DS] variazione = -8,8 [10,9], $p < 0,001$). Miglioramenti simili, anch'essi statisticamente significativi, sono stati osservati nelle diverse sottoscale della CAARS-Inv:SV.
I punteggi della CGI-ADHD-S (media [DS] variazione = -1,1 [1,3], $p < 0,001$) e della WRAADS (media [DS] variazione = -4,95 [6,4], $p < 0,001$) sono anch'essi migliorati in modo statisticamente significativo.
Il punteggio totale dello Sheehan Disability Score è migliorato del 25,3% (media [DS] variazione = -3,8 [7,8], $p < 0,001$) ed un simile miglioramento è stato osservato anche per le diverse sottoscale.
Gli eventi avversi osservati erano, come atteso, soprattutto di origine farmacologica (noradrenergica), quali l'incremento della frequenza cardiaca, della pressione sanguigna ed un lieve calo del peso corporeo.
Conclusioni: i risultati di questo studio in aperto evidenziano l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità a lungo termine di atomoxetina nel trattamento di adulti affetti da ADHD.

2. Antipsicotici nel DOC resistente: una mancata risposta ad un primo antipsicotico predice la non risposta ad un secondo antipsicotico?

U. Albert, E. Pessina, G. Maina

Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: il potenziamento con antipsicotici atipici a basso dosaggio rappresenta un'opzione terapeutica di uso frequente nel trattamento dei pazienti ossessivo-compulsivi che non hanno risposto al trattamento con serotoninergici, con una percentuale di risposta intorno al 50% dei casi trattati. I dati di letteratura sono scarsi tuttavia riguardo al possibile valore predittivo negativo di un fallimento di un primo trial di potenziamento riguardo ad eventuali successivi trial con altri antipsicotici atipici.
Scopo dello studio: lo scopo di questo studio è di valutare retrospettivamente la risposta ad un secondo trial di potenziamento con antipsicotico in pazienti affetti da Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) resistente che non hanno risposto o hanno manifestato intolleranza ad un primo trial di potenziamento con un antipsicotico.
Materiali e metodi: le cartelle cliniche dei pazienti con una diagnosi principale di DOC afferiti presso il Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino, sono state revisionate allo scopo di selezionare pazienti che: 1) non avevano risposto ad un trattamento di prima linea per il DOC (clomipramina o SSRI); 2) avevano ricevuto un antipsicotico a basso dosaggio come potenziamento della terapia serotoninergica; 3) avevano mancato la risposta al potenziamento; 4) avevano ricevuto un secondo antipsicotico in potenziamento. Le cartelle cliniche selezionate sulla base di questi criteri sono state analizzate dagli autori allo scopo di valutare la risposta al secondo trial di potenziamento dopo un periodo di 8 settimane.
Risultati: il campione è risultato essere composto da 21 pazienti affetti da DOC non rispondenti ad un primo potenziamento con antipsicotico. Di questi 12 (57,1%) avevano assunto come potenziamento olanzapina (dose media 4,7 ± 1,98 mg/die) e 9 (42,9%) avevano assunto risperidone (dose media 2,1 ± 0,33 mg/die). 14 pazienti (66,7%) non avevano manifestato una risposta clinicamente significativa al primo potenziamento. I restanti 7 (32,3%) avevano sospeso il trattamento per mancanza di tollerabilità. Nel secondo trial con antipsicotico 10 pazienti (47,6%) sono stati trattati con risperidone (dose media 1,9 ± 0,68 mg/die), 9 pazienti (42,9%) con olanzapina (dose media 5,3 ± 1,95 mg/die) e 2 pazienti (9,5%) con quetiapina (dose media 75,0 ± 35,35 mg/die). Dopo otto settimane di trattamento 12 pazienti (57,1%) hanno esperito una riduzione dei punteggi Y-BOCS ≥ 35%; 4 pazienti (19,0%) hanno esperito una riduzione dei punteggi Y-BOCS ≥ 35% e raggiunto un punteggio finale alla Y-BOCS ≤ 16. Non sono state rilevate differenze in termini di risposta tra i due gruppi, quelli che avevano interrotto il primo antipsicotico per mancata risposta e quelli che non avevano tollerato il primo antipsicotico.
Conclusioni: la mancata risposta a o l'intolleranza di un primo trial di potenziamento con antipsicotico non sembra inficiare la possibilità di risposta ad un potenziamento con un secondo antipsicotico. Le conclusioni sono limitate dalla

natura retrospettiva dello studio. I dati qui osservati dovranno essere confermati da altri studi condotti con metodica più rigorosa.

3. Quetiapina e Stabilizzanti dell'Umore classici nel Trattamento a Lungo Termine del Disturbo Bipolare: uno Studio Naturalistico di Follow-up a 4 Anni

A.C. Altamura, B. Dell'Osso, G. Tacchini, M. Buoli, M. Serati, M. Ciabatti, E. Mundo

Dipartimento di Psichiatria, Università di Milano, Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Esistono dati limitati [1] sull'efficacia di Quetiapina (QTP) rispetto agli stabilizzanti dell'umore nel trattamento a lungo termine del Disturbo Bipolare (DB) in termini di prevenzione delle ricorrenze maggiori/sotto-soglia. Scopo del presente studio è stato confrontare l'efficacia della QTP e degli stabilizzanti classici in monoterapia o in associazione nel trattamento del DB. 289 pazienti bipolari, 119 di tipo I e 170 di tipo II, sono stati seguiti per 4 anni e suddivisi in 7 gruppi di trattamento: QTP (41), Litio (39), Valproato (VLP) (73), Lamotrigina (LMT) (31), altri stabilizzanti dell'umore/antipsicotici (57), QTP + Litio (25) e QTP + VLP (23). Per valutare il verificarsi di eventuali ricorrenze, mensilmente sono state somministrate ai pazienti le scale HAMD-21 e YMRS. La principale misura di outcome è stata la durata del periodo di eutimia fino al verificarsi di ricorrenze conclamate/sotto-soglia. Le analisi di sopravvivenza effettuate sui gruppi in trattamento hanno mostrato che la terapia con QTP + Litio è risultata più efficace nel mantenere lo stato di eutimia, in particolare nella prevenzione delle ricorrenze depressive, sia maggiori sia sotto-soglia. La percentuale di sopravvivenza a 4 anni per gli episodi maggiori di ambo le polarità è stata: 29,3% QTP, 46,2% Litio, 32,9% VLP, 41,9% LMT, 80% QTP + Litio, 78,3% QTP + VLP. Se i risultati riportati verranno confermati, potrebbero esserci importanti implicazioni nell'utilizzo di QTP nel trattamento a lungo termine del DB.

Bibliografia

1 Smith LA, Cornelius V, Warnock A, et al. *Effectiveness of mood stabilizers and antipsychotics in the maintenance phase of bipolar disorder: a systematic review of randomized controlled trials.* Bipolar Disord 2007;9:394-412.

4. Correlati della rabbia sul funzionamento di pazienti schizofrenici in un contesto comunitario

F. Amianto[*,**], P. Leombruni[*], L. Gastaldo[***], S. Marozio[*], S. Morando[*], S. Siccardi[*], S. Preda[*], S. Fassino[*]

[*] *Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino;* [**] *ASL6 Ciriè,* [***] *ASL3 Torino*

Introduzione: la rabbia è una delle caratteristiche psicopatologiche che l'opinione pubblica associa più frequentemente alla schizofrenia. Poche ricerche hanno affrontato la relazione tra il funzionamento di questi soggetti ed i sentimenti di rabbia. Il presente studio esplora i correlati funzionali della rabbia in un gruppo di pazienti schizofrenici inseriti in una comunità terapeutica.
Metodologia: 44 soggetti affetti da schizofrenia inseriti in una comunità terapeutica sono stati valutati attraverso l'HoNOS e la GAF ed hanno compilato il SASS per la quantificazione del funzionamento. Sono stati valutati attraverso la PANSS, la STAXI e l'SCL-90. I risultati sono stati correlati attraverso regressione bivariata e lineare.
Risultati: i sentimenti di rabbia si sono correlati con il funzionamento auto ed eterovalutato. Sia i punteggi della PANSS che i sentimenti di rabbia erano correlati alla Iperattività ed al Peso Globale. I sentimenti di rabbia erano correlati a pensieri e comportamenti autolesivi ed ai problemi fisici come pure all'interesse ed al piacere nella gestione domestica, alla qualità delle relazioni sociali ed agli scambi relazionali.
Conclusioni: i sentimenti di rabbia nei soggetti psicotici non rappresentano soltanto predittori di possibili comportamenti aggressivi ma esercitano un ruolo rilevante sulla qualità dell'adattamento ad una comunità e rappresentano una misura indiretta della qualità di vita. È necessaria una attenzione specifica alle possibili strategie terapeutiche dei sentimenti aggressivi [1-3].

Bibliografia

1 Chan HY, Lu RB, Tsen CL, Chous KR. *Effectiveness of the anger-control program in reducing anger expression in patients with schizophrenia.* Arch Psychiatr Nurs 2003;17:88-95.
2 Hilton NZ, Simmons JL. *Adverse effects of poor behavior management of an inpatient's difficult behaviors.* Psychiatr Serv 1999;50:964-6.
3 Lances WJ, Gallop R, McCay E, Toner B. *The relationship between nurses' limit-setting styles and anger in psychiatric inpatients.* Psychiatr Serv 1995;46:609-13.

5. Contenuto onirico nella bulimia nervosa

M.M. Anelli, M.L. Fantini, L.E. Giarolli, S. Erzegovesi, L. Bellodi, L. Ferini-Strambi

Università "Vita Salute San Raffaele", San Raffaele Turro, Milano

Il contenuto onirico nei disturbi della condotta alimentare (DCA) è stato scarsamente indagato e non esistono dati sulla prevalenza di sogni tipici. Lo scopo dello studio è stato valutare quantitativamente i contenuti onirici e i sogni tipici in un campione di soggetti affetti da BN. Venti pazienti (F; età: 16-46 anni) con diagnosi di BN secondo DSM-IV e 20 coetanee sane con anamnesi negativa per DCA hanno partecipato allo studio. Un totale di 104 e 150 sogni sono stati raccolti rispettivamente nelle pazienti BN e nei controlli, secondo il metodo di Hall e Van de Castle e le relative caratteristiche oniriche sono state calcolate mediante programma DREAM SAT. È stato somministrato inoltre il Questionario dei sogni tipici. I sogni delle pazienti con BN presentavano un maggiore numero di personaggi di sesso maschile, (70% *vs.* 53%; $p = 0,002$) e un minore percentuale di personaggi amici (32% *vs.* 43%; $p < 0,017$), rispetto alle coetanee sane. I setting risultavano maggiormente familiari (83% *vs.* 68%; $p = 0,039$). A parità di interazioni aggressive, le pazienti con BN presentavano

una ridotta percentuale di aggressioni fisiche (22% *vs.* 44%; p = 0,006) e di interazioni amichevoli (42% *vs.* 61%; p = 0,002), mentre quasi del tutto assenti erano quelle a contenuto sessuale (4% *vs.* 11%; p < 0,030). Tematiche alimentari erano presenti in oltre un terzo della produzione onirica totale delle anoressiche (31,73% *vs.* 7,33%; p < 0,001). Sono risultati più frequenti nella BN il sogno di mangiare piatti deliziosi (p = 0,001), di essere soffocate o incapaci di respirare (p = 0,018) e che una persona morta era in vita (p = 0,003). Il contenuto onirico nella BN risulta alterato. Futuri studi longitudinali potranno valutare le eventuali trasformazioni del contenuto onirico associate alle modificazioni fisiche e psichiche indotte dai differenti interventi terapeutici.

6. Disturbi del sonno e cronotipo nella bulimia nervosa

M.M. Anelli, M.L. Fantini, L.E. Giarolli, S. Erzegovesi, L. Bellodi, L. Ferini-Strambi

Università "Vita Salute San Raffaele", San Raffaele Turro, Milano

I disturbi del sonno sono raramente riportati dai pazienti affetti da Bulimia Nervosa. Esistono scarsi dati in letteratura riguardo alla qualità del sonno nella BN. Lo scopo dello studio è stato valutare la qualità soggettiva del sonno, il cronotipo e la prevalenza di Sindrome delle Gambe senza Riposo (Restless Legs Syndrome o RLS) nella BN. Venti pazienti (F; età: 16-46 anni) con diagnosi di BN secondo il DSM-IV e 20 coetanee sane con anamnesi negativa per disturbi alimentari hanno partecipato allo studio. Sono stati somministrati l'Indice della Qualità del Sonno di Pittsburgh (PSQI), la Composite Scale of Morningness di Natale & Alzani e l'International Restless Legs Syndrome Rating Scale (IRLSRS). Le pazienti bulimiche hanno riportato un punteggio totale al PSQI maggiore rispetto ai controlli, quale espressione di sonno disturbato (8,8 ± 4,8 *vs.* 4,4 ± 2,9; p = 0,012), con una ridotta efficienza abituale del sonno (0,8 ± 1,1 *vs.* 0,4 ± 0,8; p = 0,005), un uso maggiore di farmaci ipnoinducenti nel mese precedente (1,2 ± 1,3 *vs.* 0,05 ± 0,2; p < 0,001), una frequenza più elevata di disturbi del sonno rispetto ai controlli (1,4 ± 0,6 *vs.* 1,0 ± 0,4; p < 0,001) ed un cattivo stato di forma durante la giornata (1,7 ± 1,1 *vs.* 0,8 ± 0,6; p = 0,001). Il cronotipo delle pazienti con BN si è rivelato notevolmente più mattutino rispetto ai soggetti di controllo (34,3 ± 8,9 *vs.* 30,3 ± 4,5; p = 0,003). Un'aumentata prevalenza di RLS è stata riscontrata nelle pazienti con bulimia [5/20 (25%) *vs.* 2/20 (10%), punteggio medio IRLSRS: 20,0 ± 4,9 *vs.* 16 ± 9,9). La qualità soggettiva del sonno risulta alterata nelle pazienti con BN. La frequente coesistenza di un disturbo depressivo potrebbe spiegare il profilo cronotipico osservato nella BN. Futuri studi sono necessari al fine di confermare l'associazione tra BN e RLS.

7. Analisi della personalità e delle condotte alimentari diurne in una popolazione affetta da Nocturnal Eating Syndrome

M.M. Anelli, M. Manconi, M. Zucconi, A. Oldani, M.L. Fantini, S. Marelli, L. Ferini-Strambi

Centro per i Disturbi del Sonno, Dipartimento di Neurologia, Università "Vita-Salute San Raffaele", San Raffaele Turro, Milano

La Nocturnal Eating Syndrome (NES) è una parasonnia caratterizzata da episodi di alimentazione notturna dopo l'addormentamento ed eventuale anoressia mattutina e insonnia. Le abitudini alimentari diurne, così come i tratti di personalità del paziente affetto da NES non sono noti. Lo scopo dello studio è stato quello di descrivere la personalità ed indagare gli eventuali disturbi della condotta alimentare (DCA) nei pazienti con NES. Quattordici pazienti (età: 30-68 anni; F/M = 8/6) con diagnosi di NES (ICSD 2005) sono stati sottoposti a video-PSG notturna (EEG, EMG miloioideo, EOG, EMG tibiali anteriori, video) con disponibilità di cibo e bevande. A tutti i pazienti e ad un gruppo di controllo di pari sesso ed età sono stati sottoposti all'intervista Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) e alla somministrazione dei seguenti questionari: Temperament Charachter Interview (TCI), Eating Disorders Interview (EDI-2), Bulimic Investigation Test Edimburgh (BITE), Scala dell'Impulsività (BIS). Al questionario EDI-2, i pazienti con NES hanno riportato punteggi maggiori rispetto ai controlli nelle sottoscale: Bulimia BU (1,8 ± 3,0 *vs.* 0,5 ± 1,1 p = 0,003) Consapevolezza Enterocettiva CE (4,3 ± 4,6 *vs.*1,6 ± 1,9 p = 0,01) ed Impulsività I (3,4 ± 5,5 *vs.*1,6 ± 2,3 p = 0,011). I soggetti con NES sono risultati maggiormente impulsivi rispetto ai controlli alla scala BIS (68,1 ± 7,5 *vs.* 7,8 ± 11,7; p = 0,038), in particolare alla sottoscala della discontinuità cognitiva (24,2 ± 2,5 *vs.* 21,2 ± 5,4 p = 0,04). Alla scala BITE i pazienti hanno riportato punteggi più elevati sia per la gravità (3,6 ± 4,9 *vs.* 1,0 ± 1,2 p = 0,007) che per il sintomo (9,6 ± 8,6 *vs.* 4,4 ± 2,0 p < 0,001). Al questionario TCI, i soggetti con NES hanno ottenuto un punteggio significativamente maggiore nella scala Harm Avoidance HA (93,0 ± 18,8 *vs.* 84,4 ± 9,0 p = 0,048) e minore nella scala Self Trascendence ST (63,0 ± 9,2 *vs.* 71,5 ± 9,8 p = 0,040) rispetto ai controlli. Le condotte alimentari diurne dei soggetti con NES risultano alterate per una maggiore impulsività, discontinuità cognitiva, e per una personalità con tratti ansiosi, pessimisti, insicuri. La personalità dei pazienti con NES presenta alcuni tratti comunemente riscontrati anche nei pazienti con DCA. I soggetti con NES presentano inoltre una tendenza ad un atteggiamento bulimico diurno più evidente rispetto ai controlli, sebbene non di livello patologico.

8. Gioco d'azzardo patologico, Pramipexolo e Malattia di Parkinson

S. Antonini, L.M. Raglione, I. Pampaloni, G. Castellini, M. Bruscoli, P. Marini, S. Pallanti, S. Sorbi

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Firenze

Il gioco d'azzardo patologico (PG) è caratterizzato da un comportamento impulsivo,da gioco persistente, ripetitivo ed

inadeguato con ripercussioni sulla vita familiare, personale e professionale. Il PG è una rara, ma possibile complicanza legata al trattamento della malattia di Parkinson (PD) ed ha una prevalenza di 0,05-4,8% nei pazienti con PD. I farmaci più implicati sono i dopamino-agonisti (DA) in particolare il Pramipexolo. Nella nostra pratica clinica abbiamo selezionato nell'ultimo anno 7 pazienti con PD idiopatica che hanno sviluppato il PG. Questi pazienti sono stati sottoposti a valutazione neurologica e psichiatrica ed un protocollo specifico volto a valutare qualitativamente e quantitativamente aspetti legati al gioco d'azzardo ed alla qualità della vita. Tutti i pz hanno dimostrato una cessazione del PG in seguito una riduzione o ad una sospensione del trattamento con pramipexolo ed un miglioramento nelle scale per la qualità della vita. La terapia con DA, quindi, può essere associata a PG reverisibile e, il pramipexolo, è il farmaco implicato più di frequente, in virtù della selettività per i recettori D3, maggiormente rappresentati nell'area limbica. L'alterazione del tono dopaminergico è probabilmente l'anomalia neurobiologica primitiva nel PG. In conformità con la letteratura il PG nei pazienti parkinsoniani non risponde alla terapia usuale (terapia cognitivo-comportamentale, SSRI, stabilizzatori dell'umore) ma può migliorare dopo la riduzione dei farmaci antiparkinsoniani.

Bibliografia

1. Avanzi, et al. *Pathological gambling in two patients on dopamine replacement therapy for Parkinson's disease*. Neurological Science 2004;25:98-101.
2. Driver-Dunckley, et al. *Pathological gambling associated with dopamine agonist therapy in Pakinson's disease*. Neurology 2003;61:422-3.
3. Dodd, et al. *Pathological gambling caused by drugs used to treat Parkinson's disease*. Arch. Neurol 2005;62:1377-81.
4. Weintraub, et al. *Association of dopamine agonist use with impulse control disorders in Parkinson disease*. Arch Neurol 2006;63:969-73.
5. Lu C, et al. *Gambling and Parkinson disease*. Arch Neurol 2005;62:1377-81.
6. Stocchi F. *Pathological gambling in Parkinson's disease*. Lancet Neurol 2005;4:590-2.

9. Gestione del trattamento a lungo termine con duloxetina del dolore neuropatico diabetico periferico (DPNP)

K. Aquino, L. Calabrese, P. De Venezia, E. Coppola, R. Ronga, F. Franza, V. Fasano, A. Favato

Società Italiana Psicosomatica, Sezione Irpina

La duloxetina è un nuovo antidepressivo che agisce come inibitore del reuptake della serotonina e della noradrenalina di recente dimostratasi efficace nel trattamento del dolore neuropatico diabetico. Il suo specifico profilo d'azione è associato ad un alto grado di sicurezza ed efficacia e alla assenza di effetti indesiderati sul profilo glicemico [1]. Alcune recenti osservazioni cliniche [2] hanno confermato la sicurezza e la tollerabilità della duloxetina nel trattamento di routine del dolore nella neuropatia diabetica periferica. Nel nostro studio in aperto è stata valutata l'azione della molecola in un gruppo di pazienti con diagnosi di dolore neuropatico diabetico periferico (DPNP).

Metodo: i pazienti sono stati trattati con duloxetina alla dose giornaliera di 60 mg/die per un periodo di 52 settimane. Lo studio ha incluso pazienti (maschi e femmine) con età maggiore di 18 anni con diagnosi di DPNP causata da Diabete Mellito. Sono state analizzate specifiche scale di valutazione dei livelli di dolore riferito, per l'evoluzione di un'eventuale sintomatologia depressiva. I pazienti sono stati sottoposti prima e durante il periodo di osservazione ad esame EMiografico degli arti superiori e inferiori.
Risultati: la duloxetina non ha determinato significative differenze dei livelli glicemici, lipidici dei soggetti osservati; i dati EMGrafici hanno evidenziato un rallentamento del processo involutivo neuronale e un miglioramento complessivo della sintomatologia depressiva associata.
Conclusioni: i risultati ottenuti evidenziano la maneggevolezza della duloxetina nel trattamento di routine a lungo termine della sintomatologia dolorosa in pazienti affetti da neuropatia diabetica periferica.

Bibliografia

1. Smith TR. *Duloxetine in diabetic neuropathy*. Expert Opin Pharmacother 2006;7:215-23.
2. Raskin J, Smith TR, Wong K, Pritchett YL, D'Souza DN, Iyengar S, Wernicke JF. *Duloxetine* vs. *routine care in the long-term management of diabetic peripheral neuropathic pain*. J Palliat Med 2006;9:29-40.

10. Dimensioni psicopatologiche nei soggetti obesi. Indagine nell'Ambulatorio di Nutrizione Clinica di Udine

M. Baiano, M. Cagol, M. Comi, B. Orbitello, C. Taboga*, R. Ciano, M. Balestrieri

*Clinica Psichiatrica, Psicologia Medica e Psicosomatica, * Servizio di Nutrizione Clinica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine*

Lo studio si propone di osservare il profilo di personalità di un campione di soggetti obesi, valutando la frequenza di tratti psicopatologici di rilievo, e di confrontare due sottogruppi del campione, soggetti affetti da Binge Eating Disorder (BED) e obesi con BMI ≥ 40, al fine di determinare l'eventuale presenza di caratteristiche psicopatologiche di rilievo clinico.
Sono stati indagati 100 soggetti obesi (BMI > 30) afferenti all'Ambulatorio di Nutrizione Clinica di Udine per una valutazione nutrizionale. I reattivi psicometrici utilizzati sono: M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview), S.A.S.S. (Social Adaptation Self-Evaluation Scale) e MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, II ed.).
In accordo con i dati di letteratura, non sono state rilevate caratteristiche personologiche patologiche, sia nella totalità del campione che nei suoi sottogruppi. Sull'Asse I, la diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore è significativamente più frequente nel sottogruppo di soggetti obesi affetti da BED.

11. Funzionamento sociale e qualità di vita in pazienti all'esordio psicotico trattati con Aripiprazolo

A. Balbi, R. Menichincheri, R. Popolo, G. Vinci

Progetto Esordi Psicotici, ASL Roma /D

L'obbiettivo di questo studio longitudinale è l'analisi per 3 anni della relazione tra funzionamento sociale e qualità della vita in un campione di 15 pazienti affetti da un primo episodio dello spettro schizofrenico trattati con aripiprazolo. Presentiamo i risultati dopo il primo anno di valutazione. Abbiamo esaminato un campione di età compresa tra i 18 ed i 30 anni, drug naive, al primo contatto con il nostro Servizio per gli Esordi Psicotici e abbiamo ripetuto la valutazione dopo 1 anno. L'Assessment è costituito da scale del funzionamento sociale: HONOS, VGF, forma estesa del QlesQ. Inoltre è stato analizzato il quadro psicopatologico mediante una batteria di tests: BPRS, YMRS, HDRS CGI. Al baseline abbiamo osservato una seria compromissione del funzionamento sociale e una scarsa qualità della vita. Dopo 1 anno di un trattamento con aripiprazolo 10-30 mg, abbinato a terapia psicologica, sostegno di ruolo, psicoeducazione sia ai pazienti che ai familiari, abbiamo riscontrato un miglioramento statisticamente significativo nella funzionalità sociale e nella qualità della vita. Tali risultati sembrano confermare la nostra ipotesi della necessità di applicare a questi pazienti protocolli di intervento finalizzati al pieno reinserimento nella loro realtà esistenziale e, in questa ottica, è necessario utilizzare farmaci, come l'Aripiprazolo, efficace con un favorevole profilo di tollerabilità, in grado di rispettare le funzioni cognitive, e che favorisce l'aderenza al trattamento.

12. Le urgenze psichiatriche in età evolutiva: descrizione di un campione di pazienti ospedalizzati

I. Baldi, A. Paziente, A. Milone, F. Lenzi, A. Manfredi, A. Cerchia, F. Muratori

IRCCS Stella Maris, Istituto di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Calambrone (PI)

Le urgenze psichiatriche in età evolutiva sono un problema clinico di difficile gestione ed in forte aumento.
Obiettivo dello studio: è l'analisi delle caratteristiche cliniche di un campione di pazienti afferiti in regime di urgenza presso l'IRCCS Stella Maris.
Metodologia: il campione è costituito da 281 pazienti consecutivi, suddivisi sulla base del motivo del ricovero in prevalenza di sintomi internalizzanti (ritiro, catatonia, ecc.), esternalizzanti (TS, crisi pantoclastiche, abuso di sostanze, ecc.), disturbi alimentari, sintomi psicotici. All'interno di ogni gruppo sono state esaminate variabili epidemiologiche, diagnosi principale e comorbidità in Asse I e II, durata del ricovero, punteggi relativi ad alcune scale (C-GAS, CBCL, YSR), trattamento farmacologico in acuto.
Risultati: la prevalenza dei casi del campione (45,3%) è giunto per la presenza di una sintomatologia prevalentemente internalizzante. Per il 16,3% il ricovero urgente è il primo momento in cui è stata formulata una diagnosi. Il 89,3% del campione non ha più presentato uno scompenso clinico tale da necessitare di un nuovo ricovero urgente dopo il primo episodio clinico.
Conclusioni: l'analisi ci ha fornito molti spunti di riflessione rispetto alle peculiarità cliniche e ai percorsi evolutivi delle emergenze psichiatriche infantili al fine di migliorare non solo la presa in carico in acuto, ma anche il follow-up.

13. Atomoxetina nel Trattamento del Deficit di Attenzione e Iperattività e del Disturbo Oppositivo Provocatorio

M.E. Bangs[1], P. Hazell[2], M. Danckaerts[3], D.W. Williams[1], R.J. Moore[1], G. Dell'Agnello[4], L. Levine[1]

[1] Laboratori di Ricerca Lilly, Indianapolis, IN; [2] Ospedale Wallsend, Wallsend, Australia; [3] Univ. Ziekenhuis Gasthuisberg Leuven, Belgio; [4] Eli Lilly Italia, Firenze, Italia

Introduzione: questo studio ha analizzato l'efficacia di atomoxetina nel trattamento del Disturbo Oppositivo Provocatorio (ODD) associato a Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD).
Metodologia: i pazienti sono stati randomizzati (in rapporto 2:1) a ricevere 1,2 mg di atomoxetina (N = 156) o placebo (N = 70) per 8 settimane. L'efficacia del trattamento sulla sintomatologia dell'ODD e dell'ADHD è stata misurata per mezzo della scala di valutazione Swanson, Nolan e Pelham-Modificata (SNAP), somministrata dai medici che svolgevano lo studio.
Risultati: alla randomizzazione, i parametri demografici e la gravità dei sintomi dei pazienti erano omogenei nei due gruppi (media della sottoscala per l'ODD della SNAP [SE]: valore al baseline: atomoxetina 18,9 [2,3], placebo 18,9 [2,4]). Utilizzando l'analisi per misure ripetute, atomoxetina è risultata superiore a placebo nel ridurre i sintomi dell'ODD nel periodo di tempo considerato ($p = 0,010$). Le analisi sulle variabili secondarie hanno evidenziato differenze statisticamente significative tra i gruppi di trattamento alle settimane 2 e 5, ma non alla settimana 8 post-baseline (media della sottoscala per l'ODD della SNAP [SE]: settimana 2: atomoxetina 15,4 [0,40], placebo 17,5 [0,59], $p = 0,003$; settimana 5: atomoxetina 15,4 [0,40], placebo 16,8 [0,59], $p = 0,043$; settimana 8: atomoxetina 15,6 [0,41], placebo 16,5 [0,59], $p = 0,209$). Nell'analisi LOCF atomoxetina è risultata statisticamente superiore rispetto al placebo nel ridurre la sintomatologia dell'ADHD (variazione media della sottoscala ADHD combinata della SNAP [SD]: atomoxetina -9,61 [11,4], placebo -4,35 [8,4], $p < 0,001$).
Conclusioni: atomoxetina ha migliorato in maniera significativa la sintomatologia dell'ODD nei pazienti con ADHD; questi risultati devono però essere interpretati con attenzione a causa della convergenza dei punteggi del gruppo di trattamento e del gruppo trattato con placebo.

14. La diagnosi nei pazienti autori di reato: confronto tra "realtà clinica" e "verità processuale"

A. Bani, A. Lenzi, A. Frangione, F. Scarpa

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa, in collaborazione con l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) di Montelupo Fiorentino

È di frequente riscontro che la diagnosi peritale (dp) differisca da quella clinica (dc) per motivi contingenti. Per valutare l'incidenza di tale discrepanza e ricercarne le cause, abbiamo esaminato 80 fascicoli di internati nell'OPG di Montelupo F.no. Le dp sono state tratte dalle perizie e confrontate con le dc delle schede d'ingresso e segnalazione (SIS) e con le dc riportate nelle cartelle cliniche dopo un mese di osservazione (CC). Sono state trovate le seguenti diagnosi: Schizofrenia, Dist. Delirante, Dist. dell'Umore, Dist. da Uso di Sostanze, Dist da Uso di Alcool, Ritardo Mentale, Dist. Borderline, Antisociale, Paranoide e NAS di Personalità.
Perito e SIS discordano su Ritardo Mentale, Schizofrenia e Dist. Paranoide di Personalità.
Nell'intero campione le rispettive percentuali di discordanza sono: 15% (McNemar = 0,039), 25,1% (McN = 0,041) e 17,6% (McN = 0,002).
Perito e CC discordano su Schizofrenia e Dist.da Uso di Sostanze nel 31,3% e nel 16,3% dei casi (McN = 0,015 e 0,03) per quanto riguarda autori di reati minori.
Infine le SIS rispetto alle CC sottodiagnosticano Dist. da Uso di Sostanze, Dist. dell'Umore e Dist. Borderline di Personalità con percentuali di discordanza pari a 11,3%, 7,5% e 15% (McN = 0,039, 0,031, 0,039). Esistono dunque nette differenze tra le dp e le dc ed è auspicabile riuscire ad individuare quali fattori (clinico-anamnestici, socio-anagrafici, giuridici o peritali) possano averle determinate.

15. Relazione tra attaccamento e psicopatologia

S. Baroni, M. Catena, I. Masala, F. Albanese, M. Picchetti, A. Del Debbio, A. Piccinni, D. Marazziti

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Introduzione: lo stile di attaccamento può essere definito come un insieme di rappresentazioni che include aspetti emotivi, cognitivi e comportamentali, risultanti dalle primitive relazioni coi cosiddetti "oggetti di attaccamento". Secondo la teoria dell'attaccamento, dunque, le prime esperienze relazionali significative giocherebbero un ruolo determinante nelle future relazioni, negli atteggiamenti e perfino nello sviluppo di possibili psicopatologie.
Nel presente studio condotto su un gruppo di pazienti ambulatoriali abbiamo esplorato i possibili rapporti tra psicopatologia, valutata con diagnosi effettuata con la Semistructured Clinical Interview per DSM IV (SCID, First et al. 1997), e l'attaccamento romantico, valutato con la versione italiana dell'"Experiences in Close Relationships" (ECR), un questionario sviluppato da Brennan et al. (1998). Inoltre, abbiamo confrontato gli stili di attaccamento tra i pazienti e i soggetti di controllo sani, ipotizzando che lo stile timoroso, preoccupato e distanziante risultassero più frequenti tra i pazienti psichiatrici, rispetto al gruppo di controllo, e che ogni categoria diagnostica potesse essere caratterizzata da uno specifico pattern di attaccamento.
Metodologia: il campione sperimentale era formato da 100 pazienti ambulatoriali (38 di sesso maschile, 62 di sesso femminile, età ± DS: 36,6 ± 11,2 anni) reclutati presso l'ambulatorio del Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, sezione di Psichiatria, all'Università di Pisa. Il gruppo di controllo era composto da 77 individui (43 di sesso maschile e 34 di sesso femminile, età ± DS: 3,3 ± 7,9 anni), in parte reclutati presso il Compartimento Polizia Stradale di Firenze ed in parte tra gli accompagnatori dei pazienti.
Lo stile di attaccamento è stato rilevato tramite la versione italiana del questionario "Experiences in Close Relationships" (ECR, Brennan, Clark e Shaver 1998), un questionario di autovalutazione per la misura dell'attaccamento romantico adulto.
Risultati: l'ANOVA dei punteggi medi sulle scale "ansietà" ed "evitamento" evidenziava differenze significative tra i 2 gruppi (ansietà: $F = 26,1$, $gdl = 2,174$, $p < 0,001$; evitamento: $F = 21,9$, $gdl = 2,174$, $p < 0,001$).
Nei pazienti con disturbi dell'umore e d'ansia prevaleva lo stile preoccupato, mentre nei controlli predominava lo stile sicuro.
Discussione: i risultati della nostra ricerca confermano che pazienti psichiatrici affetti da disturbo bipolare, depressione maggiore e disturbi d'ansia presentano un maggior punteggio alle scale "ansietà" ed "evitamento", rispetto ai soggetti sani di controllo. Inoltre, l'"evitamento" appare maggiormente rappresentato nei pazienti bipolari e ansiosi. Gli stili di attaccamento mostravano una distribuzione peculiare: infatti, tutti i pazienti avevano una prevalenza dello stile preoccupato, mentre i soggetti di controllo, come era prevedibile, avevano un attaccamento più sicuro. Lo stile di attaccamento timoroso era presente esclusivamente nei pazienti bipolari e ansiosi, mentre quello distanziante sembrava una caratteristica dei pazienti con depressione maggiore.

16. Il trasportatore della dopamina è ridotto in linfociti di pazienti psicotici

S. Baroni, I. Masala, M. Picchetti, M. Catena, L. Fabbrini, L. Schimid, G. Giannaccini, L. Betti, D. Marazziti

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Introduzione: le informazioni sul trasportatore della dopamina (DAT) nell'uomo sono alquanto scarse, sebbene, potenzialmente, esso rappresenti un marker periferico che potrebbe consentire di esplorare il ruolo del sistema dopaminergico sia in condizioni normali che in patologie psichiatriche caratterizzate da un coinvolgimento del sistema dopaminergico. Con il nostro studio abbiamo esplorato la presenza e la distribuzione del DAT in membrane linfocitarie provenienti da 15 pazienti con disturbi psicotici drug-free e 15 volontari sani.
Metodologia: 50 ml di sangue sono state prelevate ai soggetti digiuni e tra le ore 8 e 9 del mattino.

Aliquote di membrane linfocitarie provenienti da entrambi i gruppi di soggetti sono state incubate con concentrazioni crescenti di ^{3}H WIN 35,428; il binding aspecifico è stato deteminato in presenza di dopamina 10 mM.
I dati di binding sono stati sottoposti all'analisi di Scatchard per ottenere i parametri di binding all'equilibrio Bmax e Kd.
Risultati: il binding specifico del ^{3}H-WIN-35428 rappresentava circa il 70% del binding totale alla concentrazione di radioattivo pari al valore della Kd. L'analisi Scatchard ha mostrato la presenza di un solo sito, con numero di Hill pari ad 1.
I valori delle Bmax e delle Kd per i soggetti sani erano rispettivamente (media ± D.S.) 38,5 ± 3,2 e 1,2 ± 0,5, mentre per i pazienti psicotici erano rispettivamente (media ± D.S.) 21 ± 2,1 e 0,56 ± 0,24, la Bmax risultava statisticamente più bassa nei pazienti che nei controlli sani ($p < 0,009$).
Conclusioni: la nostra ricerca è il primo studio ad avere evidenziato la presenza del DAT in membrane linfocitarie umane, mediante il binding del ^{3}H-WIN-35428, ligando specifico e selettivo per il DAT.
I dosaggi effettuati sulle membrane linfocitarie dei pazienti con sintomi psicotici hanno evidenziato una riduzione della densità del DAT rispetto al gruppo di controllo.

17. L'antisocial propensity: le caratteristiche di personalità nella prima adolescenza che predicono il successivo emergere di condotte delinquenziali

A. Barzaghi, H. Schadee, A. Prunas, S. Dazzi, F. Madeddu

Università di Milano-Bicocca

Introduzione e obiettivi: studi longitudinali hanno individuato le caratteristiche di personalità che, se presenti nell'infanzia e nella prima adolescenza, predicano il successivo emergere di condotte devianti, definenti vulnerabilità o antisocial propensity. Il presente studio si propone di individuare la relazione tra le caratteristiche di sensation seeking, strategie di coping, locus of control e livelli di autostima e l'emergere di atteggiamenti e condotte delinquenziali durante l'adolescenza.
Metodologia: lo studio rispetta le norme metodologiche alla base delle ricerche prospettico-longitudinali. Il campione è sottosposto a due fasi di assessment: 589 preadolescenti sono stati intervistati, quando avevano età media di 12 anni (T1) e 484 adolescenti, per la maggior parte provenienti dallo stesso campione della prima fase, quando avevano età media di 15 anni. Attraverso la somministrazione dello Youth Questionnaire e della Boricua Children Interview si sono rilevate informazioni sulle caratteristiche di personalità e sui pattern comportamentali dei soggetti nel T1 e nel T2.
Risultati: si è constatata tra le caratteristiche di sensation seeking, strategie di coping immature e locus of control esterno e le condotte devianti dapprima un'associazione, determinata dalla significatività dei coefficienti di correlazione e regressione, poi una relazione di causalità, definita dai coefficienti costitutivi il modello di equazioni strutturali implementato attraverso la path analysis.

18. Disturbo da Deficit dell'Attenzione-Iperattività, Disturbo Oppositivo Provocatorio e condotte devianti: ricostruzione di traiettorie evolutive attraverso lo Studio Longitudinale sugli Adolescenti di Parma

A. Barzaghi, Ha. Schadee, A. Prunas, S. Dazzi, F. Madeddu

Università di Milano-Bicocca

Introduzione e obiettivi: analizzando i risultati delle ricerche nel campo della developmental psychopatology sulle patologie dell'infanzia associate allo sviluppo di condotta deviante e Disturbo Antisociale di Personalità in età adolescenziale ed adulta, emergono tre disturbi: il Disturbo da Deficit dell'Attenzione-Iperattività (DDAI), il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) e il Disordine della Condotta (DC). Il presente studio si propone di analizzare la relazione tra tali patologie e l'antisocialità, inserite all'interno del percorso evolutivo individuale.
Metodologia: lo studio rispetta le norme metodologiche alla base delle ricerche prospettico-longitudinali. Il campione è sottosposto a due fasi di assessment: 589 preadolescenti sono stati intervistati, quando avevano età media di 12 anni (T1) e 484 adolescenti, per la maggior parte provenienti dallo stesso campione della prima fase, quando avevano età media di 15 anni. Attraverso la somministrazione della Boricua Children Interview, della DICA e della DISC IV si sono rilevate informazioni sulle condotte devianti e sulla presenza di DDAI, DOP e DC, nella duplice modalità categoriale-diagnostica e dimensionale.
Risultati: la diagnosi di DDAI, DOP o DC risulta associata all'emergere di condotte devianti. Considerando la traiettoria evolutiva dei disturbi, attraverso lo svolgimento della path analysis e la definizione di un modello probabilistico causale, DOP e DC appaiono intervenire come mediatori della relazione tra DDAI e antisocialità.

19. Studio della Microemodinamica Lobare Cerebrale nella Schizofrenia e nel Disturbo Bipolare Mediante Risonanza Magnetica Perfusiva

M. Bellani[1 2 5], C. Perlini[1 2 5], R. Cerini[3], G. Rambaldelli[1 2 5], M. Balestrieri[2 6 4], M. Tansella[1 2 5], P. Brambilla[2 6 4]

[1] Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona; [2] Verona-Udine Brain Imaging Program, Centro Inter-Universitario di Scienze Comportamentali, [6] Università di Udine e [5] Università di Verona; [3] Dipartimento di Scienze Morfologiche e Biomediche, Sezione di Radiologia, Università di Verona; [4] Dipartimento di Patologia e di Medicina Sperimentale & Clinica, Sezione di Psichiatria, Università di Udine

Introduzione: alterazioni del volume ematico cerebrale (CBV) possono riflettere alterazioni cognitive e morfometriche in pazienti affetti da schizofrenia (SC) e disturbo bipolare (BD). Abbiamo analizzato con metodi non invasivi (Perfusion-Weighted Imaging) in un campione di pz affetti

da schizofrenia e per la prima volta in un campione affetto da BD, la microemodinamica cerebrale.
Metodi: 54 pz con schizofrenia, 15 pz con disturbo bipolare e 30 controlli hanno effettuato una sessione di RM con metodo PWI. Il Contrast of Enhancement (CE) è un parametro semiquantitativo inversamente correlato con il CBV. E' stato calcolato su due scansioni assiali bilaterali per i lobi frontali, temporali, parietali e occipitali. Alti valori di CE corrispondono a basso CBV e viceversa.
Risultati: comparati ai controlli normali, i pazienti con SC presentano valori di CE più alti per il lobo parietale sinistro e diminuiti in entrambi i lobi occipitali. Per i pz con BD invece, si rilevano valori diminuiti di CE nei lobi fronto-temporali sinistri.
Conclusioni: nella SC l'ipoperfusione cronica potrebbe determinare una neurodegenerazione progressiva in aree specifiche. Nel BD l'iperperfusione frontotemporale potrebbe essere espressione di una disregolazione dei network neurali associati ai processi affettivi.
L'alterata emodinamica cerebrale potrebbe essere un fattore cruciale nella patofisiologia di entrambi i disturbi indagati.

20. Bulimia e depressione

M. Bellomo, M. Delle Piane, S. Oldrati, L. Peruzzo, E. Zanelli

Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica, Sezione Psichiatria, Università di Genova

Introduzione: il presente lavoro si propone di valutare la frequente comorbilità riscontrata tra i disturbi del Comportamento alimentare caratterizzati da condotta bulimica e i Disturbi dell'umore.
Metodo: il campione preso in esame è costituito da 60 casi afferenti, dal 2001 ad oggi, all'ambulatorio per il trattamento integrato dei DCA presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Genova con diagnosi, secondo il DSM IVTR, così distribuita: BN 51,6%, BED 26,4%, DCA NAS 22%. I pazienti sono stati sottoposti ad un'intervista diagnostica semistrutturata, al colloquio e alla somministrazione dell'MMPI-2. In questo gruppo di pazienti si è osservata una significativa associazione con umore depresso e il 65% dei casi ha seguito un trattamento antidepressivo per un periodo di un anno.
Risultati: la percentuale totale dei pazienti che hanno presentato miglioramenti significativi è stata del 68%. Il miglioramento è stato valutato a tre livelli: condotte bulimiche, umore depresso, stabilizzazione ponderale.
Conclusioni: la significativa associazione tra condotte bulimiche e disturbi dell'umore suggerisce prospettive di trattamento e evidenzia che attraverso la cura della depressione il comportamento bulimico regredisce e perde la frequenza che lo caratterizza come disturbo alimentare. I risultati del lavoro ci hanno anche suggerito ipotesi interpretative su questo aspetto di "modernizzazione" della depressione con un'accresciuta vulnerabilità narcisistica, orientata alla voracità.

21. Tratti di personalità e coping in pazienti con cefalea cronica quotidiana (CDH)

S. Beltrami, B. Donadoni, E. Fava

S.S. a val. D.O. Psicologia Clinica, Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità", Novara

Obiettivo dello studio è stato quello di indagare l'adattamento psicologico alla malattia cronica in termini di caratteristiche di personalità e stili di coping in pazienti con CDH (n = 55) attraverso l'Inventario Multifasico di Personalità Minnesota (MMPI), la Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) e il Coping Inventory for Stressful Situations (CISS).
Il campione, costituito da 42 femmine e 13 maschi, ha un'età media di 39,38 (±12,44) e una scolarità di anni 9,84 (±3,07). Il profilo MMPI presenta un'elevazione (T > 70) alle scale Hs, D, Hy. Esso si presenta inversamente correlato con il coping orientato al compito (p = ,05) e con un punteggio all'HADS indicativo di disturbi emozionali (p = ,01). I soggetti di sesso femminile si mostrano più difesi rispetto ai maschi (p = ,01) e presentano un punteggio più alto alla scala Pd (p = ,04). I maschi utilizzano in modo significativamente più alto uno stile di coping orientato al compito (p = ,04). Nessuna differenza significativa si è evidenziata nelle variabili in esame rispetto all'età dei soggetti. La bassa scolarità (< 9 anni) appare rilevante nel determinare punteggi più alti nelle scale F, Pa, Pt e Sc.
Lo studio mostra che specifici tratti di personalità svolgono un importante ruolo nell'attivare una strategia di coping rispetto ad altre.

22. La depressione in Medicina Generale: effetto delle modalità di consultazione sul riconoscimento e sul trattamento

M. Belvederi Murri, S. Bernardini, A. Bombi, M. Menchetti, D. Berardi

Istituto di Psichiatria P. Ottonello, Università di Bologna

Introduzione: in letteratura emerge che il riconoscimento ed il trattamento della depressione in Medicina Generale vengono influenzati da numerosi fattori, tra cui assumono notevole importanza la modalità di presentazione del paziente e la frequenza di consultazione.
Metodologia: da uno studio epidemiologico sui disturbi depressivi in MG effettuato in tutte le regioni italiane, è stato individuato un campione di 299 pazienti affetti da depressione clinicamente significativa. È stato quindi valutato come la modalità di presentazione (sintomi psicologici, fisici o dolorosi) e la frequenza di consultazione influenzassero riconoscimento e trattamento della depressione.
Risultati: i MMG riconoscevano una proporzione maggiore di depressi con presentazione psicologica (83%) rispetto a quelli con presentazione somatica (75%) e a quelli che manifestavano sintomi dolorosi (58%); mentre trattavano con AD il 43% dei pazienti con presentazione psicologica, il 18% di quelli con sintomi somatici e il 24% con sintomi dolorosi.
Inoltre i pazienti con elevata frequenza di consultazione avevano maggiore probabilità di essere riconosciuti e trattati con AD.

Conclusioni: i pazienti affetti da depressione con presentazione non psicologica e bassa frequenza di consultazione hanno un rischio maggiore che il proprio disturbo psichico non venga riconosciuto né trattato.

23. Sindromi Ansioso-Depressive in Comorbidità con Malattie Cardiovascolari (CaVD)

M.C. Bernardini, R. Pollice, S. Di Mauro, E. Di Giovambattista, A. Tomassini, I. Santini, S. Cicogna*, M. Casacchia

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università L'Aquila; * U.O. Cardiologia, Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica, ASL 04 L'Aquila*

Introduzione: la prevalenza globale dei disturbi ansioso-depressivi nei pazienti affetti da CaVD (Cardio Vascular Diseases), varia dal 15 al 50% [1]. Numerosi studi hanno evidenziato una correlazione bidirezionale tra disturbi ansioso-depressivi e Cavd [2 3]. La comorbidità tra le due condizioni determina, inoltre, un peggioramento della prognosi dei pazienti cardiologici [4]. Lo scopo dello studio è quello di valutare la presenza di sintomi ansioso-depressivi, la qualità di vita ed il grado di autonomia nelle abilità quotidiane, in una popolazione di soggetti con patologie cardiovascolari.
Metodologia: sono stati valutati 73 pazienti, ammessi consecutivamente presso il reparto di Cardiologia dell'ASL 4 di L'Aquila, affetti da uno o più delle seguenti patologie cardiovascolari: Cardiopatia Ischemica (CI), Infarto Miocardio Acuto (IMA), Scompenso Cardiaco (SC), Aritmia (Ar) e Ipertensione Arteriosa (IPA). Sono stati somministrati i seguenti strumenti di valutazione: la *Hopkins Symptom Check List (SCL-90)*, per la valutazione generale della psicopatologia; la *Hamilton Depression Rating Scale-21 item (HAM-D -21 item,)*, che valuta la presenza e la gravità della sintomatologia depressiva, lo *Short Form-Health Survey Questionnaire (SF-36)*, per il funzionamento soggettivo del paziente e la qualità di vita legata alla salute; la *Barthel Index,* per la valutazione del grado di disabilità.
Risultati: il 39,2% dei soggetti presentava un'anamnesi psichiatrica positiva, mentre il 42,5% assumeva una terapia psicofarmacologica con ansiolitici (35,6%) o SSRI (15,1%). L'86,3% dei soggetti mostrava un punteggio all'HAM-D superiore a 7: il 71,2% presentava una sintomatologia depressiva di grado lieve (HAM-D = 7-17), il 13,7% una sintomatologia di grado moderato (HAM-D = 18-24), mentre un solo soggetto presentava una sintomatologia depressiva grave (HAM-D > 24). Il punteggio totale alla SCL-90 risultava statisticamente più elevato nei soggetti con SC rispetto a quelli con CI; IMA; Ar e IPA. Alla valutazione con la SF-36 i soggetti affetti da SC presentavano una maggior compromissione, nelle aree "Attività Fisica" rispetto ai soggetti con CI, Ar e IPA; "Ruolo Fisico" rispetto ai soggetti con IMA; "Dolore Fisico" rispetto ai soggetti con CI, Ar e IPA; "Salute Generale" rispetto ai soggetti con CI e Ar. I soggetti con SC avevano inoltre un maggior grado di disabilità alla Barthel Index, sia all'ingresso che alla dimissione, rispetto ai soggetti con CI, Ar e IPA. Non si sono rilevate differenze statisticamente significative tra i soggetti con anamnesi psichiatrica positiva e quelli con anamnesi psichiatrica negativa per quanto riguarda età, stato civile, attività lavorativa ed fattori di rischio cardiovascolare. Tuttavia, i soggetti con anamnesi psichiatrica positiva, avevano punteggi medi statisticamente più elevati nelle dimensioni della SCL-90 "sensitività interpersonale", "collera-ostilità", "ansia" e "ideazione paranoide" e agli items 11 (ansia somatica) e 15 (ipocondria) dell''HAM-D.
Conclusioni: dai dati riportati nel nostro emerge la necessità di sviluppare una costante collaborazione interdisciplinare tra psichiatria, cardiologia e medicina generale, al fine di ottimizzare i trattamenti congiunti dei soggetti affetti da comorbidità psichiatrica e cardiologica, i quali rappresentano una quota sempre più cospicua degli utenti dei servizi sanitari.

Bibliografia

1 Taylor CB, Youngblood ME, Catellier D et al. *Effects of antidepressant medication on morbidity and mortality in depressed patients after myocardial infarction*. Arch Gen Psychiatry 2005;62:792-8.4.
2 Kubzansky LD, Cole SR, Kawachi I et al. *Shared and unique contributions of anger, anxiety and depression to coronary heart disease: a prospective study in the normative aging study*. Am Behav Med 2006;31:21-9.5.
3 Fleet R, Lesperance F, Arsen AR et al. *Myocardial perfusion study of panic attacks in patients with coronary artery disease*. Am J Cardiol 2005;96:1064-8.6.
4 Rugulies R. *Depression as a predictor for coronary heart desease*. Am J Prev Med 2002;23:51-61.

24. Effetto dello stile di attaccamento sulla marcia del panico

A. Bertani, P. Romano, S. Cammino, S. Crippa, F. Balestreri, G. Perna, L. Bellodi

Centro per i Disturbi d'Ansia, Istituto Scientifico, Ospedale S. Raffaele, Università Vita-Salute, Milano

L'attaccamento è stato definito come un sistema motivazionale innato che si attiva in situazioni di stress psico-fisico allo scopo della ricerca di prossimità delle figure di riferimento. Tale sistema è stato supposto come attivo in tutta la vita e sostanzialmente stabile. In letteratura diversi lavori hanno suggerito che l'attaccamento possa avere una funzione di regolatore emozionale. Diversi lavori hanno tentato di distinguere dei sottogruppi all'interno della popolazione eterogenea dei soggetti il disturbo di panico (DP). L'obiettivo dello studio è la valutazione dello stile di attaccamento sulla marcia del panico. Il nostro campione è costituito da 50 soggetti reclutati nel centro dei Disturbi d'Ansia dell'Ospedale San Raffaele di Milano. I soggetti sono stati valutati tramite la somministrazione di MINI PLUS. Quindi, abbiamo raccolto le variabili cliniche tramite la PASS e il Fear Questionnaire. Infine, abbiamo identificato lo stile di attaccamento utilizzando RQ e ASQ. I dati sono stati elaborati utilizzando delle analisi non-parametriche. Una valutazione preliminare evidenzia la presenza di una maggioranza di soggetti con attaccamento insicuro (35/50) rispetto a quello sicuro (15/50) nel campione dei soggetti con DP rispetto alla popolazione generale. In aggiunta abbiamo trovato una correlazione positiva fra la dimensione della preoccupazione delle relazioni e il punteggio fobico totale (Corr = 0,5, p

< 0,05). Pertanto potremmo supporre un effetto di alcune dimensioni dell'attaccamento sull'andamento della sintomatologia del DP.

25. Quetiapina: efficacia e tollerabilità della titolazione rapida in pazienti con sintomatologia psicotica acuta

C. Bertoli, L. Cutrone, M. Aimino, A. Ceregato, L. De-Francisco, R. Governa, F. Pesando, E. Zanalda

SPDC Ospedale di Rivoli, Torino

La titolazione rapida di quetiapina permette di raggiungere la dose minima ottimale, senza incremento di effetti collaterali, al fine di ottenere in breve tempo la remissione della sintomatologia psicotica acuta. In questo studio sono state valutate l'efficacia e la sicurezza/tollerabilità della titolazione rapida di quetiapina, sia in pazienti drug-naif sia nello switch da trattamento con antipsicotico tradizionale/atipico. Metodologia: studio osservazionale. Pazienti ricoverati per almeno 7 giorni (CGI ≥ 5), con sintomi psicotici (schizofrenia e altri disturbi psicotici, disturbi bipolari, DSM-IV-TR); titolazione rapida di quetiapina fino alla dose minima efficace. Le valutazioni di efficacia e di tollerabilità sono state effettuate mediante la compilazione all'ingresso e alla dimissione delle scale CGI, Young Mania Rating Scale, Positive and Negative Sindrome Scale, Parkinsonism Examination, Quality of Life Index, misurazione peso corporeo e BMI, monitoraggio segni vitali. Sette pazienti, età media 41,7 anni; con diagnosi di Disturbo Bipolare I, più Recente Episodio Maniacale (71,5%) e Disturbo Schizoaffettivo tipo Bipolare (28,5%), sono stati seguiti per i sei mesi successivi all'impostazione della terapia con quetiapina alla dose di 700 mg/die. Dalla valutazione dei dati preliminari raccolti, la rapida titolazione di quetiapina sembrerebbe efficace nel controllo dei sintomi psicotici acuti e ben tollerata rispetto agli effetti collaterali

26. Prevalenza di disturbi psichiatrici in soggetti con obesità patologica candidati alla chirurgia bariatrica

F. Bertossi, V. Botter, A. Pizzolato, G. Tirone

Dipartimento di Scienze Cliniche, Morfologiche e Tecnologiche; U.C.O. di Clinica Psichiatrica, Università di Trieste

Introduzione: l'iter di preparazione alla chirurgia bariatrica prevede una consulenza psichiatrica che escluda la presenza di disturbi psicopatologici e valuti la capacità di adesione all'iter postchirurgico. Individuare tali fattori migliora l'outcome.
Metodologia: i soggetti sono stati valutati con un colloquio clinico semi strutturato ed una batteria testistica (EDI, BSQ, QEWP-R, SRAS, SRDS) per valutare la presenza di una psicopatologia, la comprensione dell'iter chirurgico, la motivazione, il supporto sociale e la compliance.
Risultati: il 25% dei pazienti idonei presenta una psicopatologia (BED, disturbo dell'umore o d'ansia). Circa il 70% dei soggetti non idonei presenta BED solo o in comorbidità o disturbi affettivi e ansiosi. Il 30% dei soggetti non idonei non presenta una psicopatologia ma dimostra un inadeguato livello di comprensione, motivazione, compliance e supporto sociale.
Conclusioni: la consulenza permette di individuare i soggetti che beneficiano di supporto psicologico. La controindicazione psichiatrica è la principale causa di non idoneità, importanti sono anche le variabili non psichiatriche.

Bibiliografia

Pawlow L, et al. *Findings and outcomes of psychological evaluations of gastric bypass applicants*. Surgery for Obesity and Related Diseases 2005;1:523-9.

27. Depressione maggiore e trattamento con SSRI: le dimensioni psicopatologiche possono essere usate come predittori di esito?

A. Bianchi, M. Pasquini, A. Picardi*, M. Biondi

*Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma * Istituto Superiore di Sanità*

Introduzione/scopo: la letteratura riporta diverse variabili che possono essere usate come possibili predittori di esito della terapia antidepressiva con SSRI: comorbidità con altri disturbi psichiatrici, livello di educazione, gravità degli eventi psicosociali, profilo neuropsicologico, qualità di vita prima dell'episodio depressivo ed altre. In questo studio abbiamo preso in considerazione in modo specifico le dimensioni psicopatologiche individuate attraverso la SVARAD. Lo scopo del presente studio è stato appunto quello di valutare se la presenza di singole dimensioni psicopatologiche, obiettivate mediante la SVARAD, possa essere considerata come fattore predittivo di risposta al trattamento farmacologico con SSRI in pazienti affetti da Depressione Maggiore.
Metodologia: lo studio, di tipo retrospettivo, ha utilizzato dati ricavati da 185 pazienti ambulatoriali dell'ambulatorio del Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica dell'Università "*La Sapienza*" con diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore Episodio Singolo oppure Disturbo Depressivo Maggiore Ricorrente secondo il DSM-IV-TR, trattati con SSRI. In prima visita i pazienti sono stati valutati mediante la SVARAD e l'esito della farmacoterapia è stato stabilito mediante la scala CGI. Sono state prese in considerazione variabili demografiche (età e sesso) e cliniche (gli *items* della SVARAD e tre fattori da essa derivati: ansia, rabbia e depressione). La relazione tra le variabili è stata studiata mediante regressione logistica multipla.
Risultati: la regressione logistica ha evidenziato che il fattore rabbia, composto da rabbia + impulsività (p = 0,065) e la dimensione impulsività (p = 0,054) mostrano un *trend* negativo rispetto all'esito del trattamento con SSRI. Un'associazione statisticamente significativa (p < 0,05) è invece quella tra età > 45 anni e mancata risposta agli SSRI. Le altre dimensioni psicopatologiche, i fattori ansia e depressione ed il genere non sono risultati significativi. Non è stata evidenziata alcuna differenza significativa rispetto all'associazione tra i diversi SSRI e l'esito.
Discussione: in questo studio non sono state rilevate associazioni statisticamente significative tra le dimensioni psi-

copatologiche della SVARAD e l'esito del trattamento farmacologico. Tuttavia i dati ottenuti sul fattore rabbia e sulla dimensione impulsività, nel ruolo di predittori, potrebbero essere d'aiuto nel far prevedere una non risposta al trattamento con SSRI in pazienti con queste caratteristiche cliniche: non si può escludere l'ipotesi che l'effetto attivante degli antidepressivi usati possa far peggiorare rabbia ed impulsività. È stata invece evidenziata un'associazione statisticamente significativa ($p < 0,05$) tra il fattore demografico età > 45 anni e una risposta negativa alla terapia con SSRI. Per spiegare il risultato relativo all'età si può ipotizzare che una maggior durata di malattia, collegabile ad un'età > 45 anni, possa influire sull'esito, ma non avendo a disposizione in questa indagine il dato sulla durata di malattia, questa rimane un'ipotesi che futuri studi potrebbero eventualmente confermare.

Conclusioni: i valori delle dimensioni, così come estratti dalla SVARAD ed esaminati singolarmente, non sono da soli sufficienti a predire l'esito valutato in base alla CGI.

L'uso contemporaneo di altre scale e/o il reclutamento di campioni più ampi potrebbero permettere di valutare nuovamente se esistono variabili psicopatologiche dimensionali che siano in grado di predire l'esito del trattamento con SSRI.

28. Psicopatologia ed immagine corporea in pazienti candidati ad interventi di chirurgia plastica

V. Bianchini*, G. Zoccali, A. Tomassini*, E. Di Giovambattista*, N. Giordani Paesani, R. Pollice*, R. Roncone, M. Giuliani

* *Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università L'Aquila; U.O. di Chirurgia Plastica; Università dell'Aquila*

Scopo dello studio: il Disturbo Dismorfofobico colpisce circa l'1-2% della popolazione generale, è gravato da una prognosi sfavorevole, dovuta alla frequente ideazione suicidaria (78%) e da un'elevata comorbidità con altri disturbi psichiatrici. Circa il 6-15% delle persone con disturbi dell'immagine corporea chiedono interventi di chirurgia estetica senza trarne beneficio anzi l'esito è, spesso, una richiesta di ulteriori interventi volti a migliorare un difetto fisico spesso inesistente ed un peggioramento della sintomatologia psichica associata. Nella gran parte di paesi nord-americani, di norma i pazienti candidati ad un intervento di Chirurgia Plastica, vengono sottoposti ad una valutazione clinica psichiatrica; tale procedura in Europa è meno diffusa. Alla luce di tali evidenze, lo scopo del nostro studio è stato quello di investigare la presenza di alterazioni dell'immagine corporea e di sintomi psichiatrici in un campione di pazienti candidati ad interventi di chirurgia plastica.

Metodi: sono stati reclutati consecutivamente 56 pazienti (M = 12; F = 44) di età media 37,55 anni (DS 13,31) afferenti consecutivamente presso l'ambulatorio di Chirurgia Plastica dell'Università degli Studi di L'Aquila nel periodo compreso tra novembre 2006 ad aprile 2007. Tutti i pazienti erano candidati ad un intervento di Chirurgia Plastica. A tutti i pazienti è stato consegnato un questionario anonimo, autocompilato, per la raccolta dei dati socio-demografici ed una valutazione clinica standardizzata attraverso l'impiego dei seguenti strumenti di valutazione: Self-report Symptom Inventory - Revised (SCL-90) e il Body Uneasiness Test (BUT).

Risultati: il 33,92% (19 pz) del nostro campione è risultato positivo al BUT (GSI > 1,2) con un punteggio medio pari a 2,11 (DS 0,71) mentre il 66,02 (36 pz) non presentava un'alterazione significativa della propria immagine corporea. I pazienti positivi al BUT presentavano un'età inferiore rispetto al gruppo di pazienti negativi al BUT con una differenza statisticamente significativa ($p < 0,01$). I due gruppi si distinguevano inoltre in tutte le dimensioni della SCL-90, con differenze statisticamente significative ($p < 0,01$): i pazienti positivi al BUT, infatti, raggiungevano punteggi significativamente maggiori in tutte le dimensioni della SCL-90.

Conclusioni: i risultati sembrano confermare l'elevata prevalenza dei disturbi dell'immagine corporea e la presenza di altri sintomi psichiatrici nei pazienti che richiedono un intervento di Chirurgia Plastica. Nonostante i limiti metodologici, il nostro studio sembra confermare l'importanza di effettuare una valutazione psichiatrica in questa popolazione di pazienti. Tale riflessione sembra essere ancora più pertinente considerando che i disturbi dell'immagine corporea, oltre ad essere considerati un criterio di esclusione a questo tipo di intervento, spesso vengono diagnosticati dopo anni di malattia e raramente i pazienti con questo tipo di disturbo, si rivolgono ai servizi di Salute Mentale. Una liason con le équipe di Chirurgia Plastica sembra quindi essenziale per effettuare una diagnosi precoce, iniziare un eventuale trattamento tempestivo e fornire indicazioni per la candidabilità all'intervento chirurgico.

Bibliografia

Alagoz MS, Basterzi AD, Uysal AC, Tuzer V, Unlu RE, Sensoz O, Goka E. *The Psychiatric View of Patients of Aesthetic Surgery: Self-esteem, Body Image, and Eating Attitude*. Aesth Plast Surg 2003;27:345-348.

Cash TF. *The treatment of body-image disturbances*. In: Thompson JK, ed. *Body Image, eating disorder and obesity*. Washington, DC: American Psychological Association 1996, pp. 83-107.

29. Strategie di intervento a confronto nelle urgenze psichiatriche: il modello della Clinica Psichiatrica di Milano

M. Bonfiglio, C. Bressi, L. Deperi, E. Sarotti, C. Manoussakis, G. Invernizzi

Clinica Psichiatrica, Università di Milano, Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Introduzione: nel panorama psichiatrico attuale la richiesta delle visite in urgenza riveste ancora un ruolo di primo piano, sia per la gestione dell'acuzie psicopatologica sia per la gestione di problemi sociali e psicosociali. Da qui la necessità di attuare nuove modalità di intervento. Obiettivo del presente studio è illustrare una strategia di intervento per la gestione della crisi, il Servizio ambulatoriale Colloqui Orientativi (CO) della Clinica Psichiatrica dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, attraverso la descrizione sociodemografica e clinica dell'utenza negli anni 2001-

2005; confrontare la casistica ambulatoriale dell'anno 2005 con quella afferita al Pronto Soccorso Psichiatrico nello stesso anno differenziando i pazienti e le modalità di intervento nelle situazioni di crisi e nell'emergenza.
Metodologia: lo studio dell'utenza dei Colloqui Orientativi viene attuato tramite i dati raccolti con una scheda appositamente elaborata. I dati inerenti ai pazienti del Pronto Soccorso tramite il verbale redatto al termine della visita.
Risultati: negli anni 2001-2005 al Servizio Colloqui Orientativi sono state effettuate 1053 visite; nel 2005, 272. Nel PS nel 2005 sono state effettuate 1364 visite. Dal confronto tra i due Servizi è emersa una differenza statisticamente significativa per quanto riguarda il sesso (il 61,8% dell'utenza dei CO e il 52,8% dell'utenza del PS è di sesso femminile, $p < 0,01$) e la diagnosi (prevalenza di psicosi in PS *vs.* disturbi dell'adattamento e ansioso-depressivi ai CO, $p < 0,01$).
Conclusioni: il contesto ambulatoriale dei CO permette di svolgere un'azione immediata nei confronti della crisi psicologica, evitando che lo stato di crisi si trasformi in emergenza e in un disturbo cronico.

Bibliografia

Grassi G. *L'emergenza in psichiatria. Strategie e percorsi operativi nel servizio pubblico*. Milano: Franco Angeli 1993.

Invernizzi G, Bressi C. *Emergency Psychiatry on the threshold to the new millenium*. New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry 1999;XV:65.

30. Fattori psicologici nell'incidente ripetuto: studio sugli accessi al P.S. dell'Azienda Ospedaliera nell'arco di una settimana e follow-up a due anni

A. Bonollo, M. Zordan, S. D'Ambrosio, M. Pierri

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione Psichiatrica, Università di Padova

Introduzione/Scopo: il fattore umano, comprendente i fattori psicologici, è la causa principale degli incidenti [1 2]. Nostro scopo è caratterizzare dal punto di vista psicologico l'incidente ripetuto, che definiamo come la presenza di almeno 2 incidenti nell'arco di 2 anni e riteniamo un fenomeno a sé stante, ben distinto da quello singolo.
Metodologia: *campione:* soggetti incidentati afferenti al PS, età: 14-65. Follow-up a 2 anni (3 interviste telefoniche). Confronto di 2 gruppi: incidente ripetuto – almeno 2 incidenti nell'arco di 2 anni (IR, n = 40) e incidente singolo – 1 solo incidente (n = 36); *strumenti:* intervista semistrutturata, Scala di Paykel, TPQ, DES.
Risultati: fattori statisticamente significativi, con riferimento al gruppo IR: numero maggiore di eventi stressanti nei 6 mesi precedenti l'incidente – in particolare uscite, eventi indesiderabili e controllati – e nei 2 anni di follow-up; maggior ricordo di incubi e sogni ricorrenti; tendenza al disordine (NS4). Nell'IR la dissociazione è correlata al numero di eventi stressanti nei 6 mesi precedenti l'incidente.
Discussione: sembra che i soggetti con IR non solo subiscano gli eventi e l'incidente, ma in parte anche attivamente li producano. Il soggetto con IR vive una fase di cambiamento, in cui esiste una difficoltà attuale d'elaborazione interna. L'elaborazione dell'incidente è collegata all'elaborazione degli eventi di vita.
Conclusioni: gli elementi discussi possono essere considerati degli indicatori di rischio per la ripetizione dell'incidente.

Bibliografia

[1] Lagarde E, Chastang JF, Gueguen A, Coeuret-Pellicer M, Chiron M, Lafont S. *Emotional stress and traffic accidents: the impact of separation and divorce*. Epidemiology 2004;15:762-6.

[2] Lawton R, Parker D. *Individual differences in accident liability: a review and integrative approach*. Human factors 1998;4:655-72.

31. Colpa e vergogna come dimensioni psicopatologiche in una prospettiva transnosografica

E. Borghini

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria Università di Siena

Introduzione: colpa e vergogna sono due dimensioni psicologiche complesse, comunemente confuse e mal distinte. In realtà si tratta di emozioni che presentano significative differenze e si trovano entrambe in vari disturbi psichiatrici. Se da una parte è nota la presenza di vissuti di colpa all'interno della sintomatologia depressiva, dall'altra i vissuti di vergogna appaiono meno facili da cogliere ma ben presenti sia all'origine di numerosi disturbi sia come vissuto difficile da scardinare una volta risolta la fase acuta. Il diverso ruolo che colpa e vergogna possono avere nello sviluppo e nel mantenimento delle varie patologie psichiatriche resta, quindi, ancora da determinare con la dovuta specificità.
Scopo: il nostro studio si pone l'obiettivo di individuare e quantificare la presenza delle dimensioni di colpa e vergogna in una prospettiva transnosografica analizzando un campione di pazienti psichiatrici con diversi livelli di gravità di malattia. Inoltre lo studio si propone di verificare la presenza di correlazioni tra tali dimensioni e altri parametri d'importanza sia a livello clinico sia di benessere complessivo della persona quali: autostima, caratteristiche personologiche, impulsività, aggressività e qualità della vita.
Materiali e metodi: il nostro campione è rappresentato da 89 pazienti psichiatrici di cui, 38 affetti da Disturbi d'Ansia, 39 da Disturbi dell'Umore, 4 da Disturbi Deliranti, 4 da Disturbi di Personalità, 2 da Disturbi Alimentari e 2 da Disturbi di Somatizzazione, reclutati sia presso il reparto sia presso gli ambulatori della Psichiatria Universitaria di Siena. A ciascun paziente sono stati somministrate le seguenti scale psicometriche: il Test of Self Conscious Affect (TOSCA) che valuta le dimensioni vergogna e senso di colpa, il Quality Of Life Enjoyment And Satisfaction Questionnaire (QLES- Q) che valuta la qualità della vita, il Rosemberg Scale che valuta l'autostima, il Buss Durkee Hostility Inventory (BDHI) che valuta l'aggressività, il Temperament and Character Inventory (TCI) che valuta le caratteristiche personologiche e la Barrat Impulsiveness Scale per la valutazione dell'impulsività.
Risultati e conclusioni: dalle analisi statistiche effettuate sul nostro campione, non sono emerse differenze significative nei punteggi di colpa e vergogna tra i diversi disturbi psichiatrici, confermando come si tratti di dimensioni psicopatologiche presenti in maniera transnosografica. Punteggi più alti nella dimensione della vergogna, invece, sono ri-

sultati inversamente correlati ai valori dell'autostima valutati con la Rosemberg Scale e a quei domini personologici del TCI che individuano la capacità di darsi obiettivi e di prendere decisioni. Confrontando poi il gruppo di pazienti ambulatoriali con il gruppo di pazienti ricoverati, in questi ultimi è emersa una maggiore presenza della dimensione della vergogna. Infine, la vergogna è risultata anche inversamente correlata al dominio delle Attività Generali della Qualità della Vita. Quest'insieme di dati indicano come la vergogna possa rappresentare un indice di maggiore gravità psicopatologica, incidendo sia sulla qualità della vita sia come fattore di vulnerabilità personologica che può contribuire alla cronicizzazione di un disturbo.

32. Intelligenza Emotiva e Alessitimia nel Disturbo di Panico

G. Borriello, R. Menotti, P. Cavedini, L. Bellodi, G. Perna

Centro per i Disturbi d'Ansia, San Raffaele Turro, Milano

Studi su FS e DAG riportano una relazione significativa tra EI e ansia patologica. Nel DP dati mostrerebbero alti livelli di Alessitimia (AL). L'attacco di panico infatti è un fenomeno psicopatologico che sottenderebbe una disregolazione emotiva con ansia anticipatoria e spesso evitamento fobico (AGO).
Scopi dello studio, su 27 panici e 28 controlli sani: 1)confronto tra livelli di EI (misurata con MSCEIT) e AL (misurata con TAS-20) nei DP rispetto ai controlli; 2) se esiste una relazione tra EI e AL; 3) verifica se differenti livelli di intensità AGO (misurata con MIA) si associno a EI e/o AL.
La componente strategica dell'EI è inferiore nei DP *vs.* ctrl ($p = ,03$). È emersa nei DP una correlazione significativa tra la componente "facilitazione del pensiero con l'emozione" e l'AGO ($p = ,008$) che suggerirebbe un'iperattivazione emotiva come reazione di sopravvivenza nel DP, ma amplificante patologicamente l'AGO sul lungo termine.
I DP risultano significativamente più alessitimici rispetto ai controlli sani ($p = ,00003$), in ogni fattore della AL: nella difficoltà a distinguere i propri sentimenti dalle sensazioni somatiche ($p = ,00001$), nella difficoltà ad esprimere i propri sentimenti ($p = 0,001$) e nel pensiero orientato esternamente ($p = 0,01$). Nel DP potrebbe sussistere un deficit di appraisal o un'attenzione selettiva alla componente somatica emotiva. Tra EI e AL non sussistono relazioni significative nei DP né ctrl. La letteratura mostra una relazione inversa tra EI come tratto e AL negli altri D. Ansia, mentre il MSCEIT la EI abilità come performance.

33. Epidemiologia del fenomeno Violenza Domestica in un campione di donne afferenti ad un CSM

V. Botter, F.Bertossi, A.Pizzolato, G.Tirone

U.C.O. di Clinica Psichiatrica, Università di Trieste

Introduzione: la violenza contro le donne è un fenomeno endemico, trasversale a fattori quali classe sociale, etnia, età, religione e nazionalità. La più diffusa tipologia di violenza contro le donne è quella "domestica", una serie di azioni diverse caratterizzate da violenze sessuali, psicologiche, economiche, fisiche. Le conseguenze di tali abusi sullo stato di salute della donna, quando non fatali, comprendono danni fisici e psichici (disturbi dello spettro post traumatico quali PTSD, Disturbi dello spettro ansioso-depressivo, aumento dei tentativi di suicidio, abuso di sostanze).
Metodi: i dati sono stati raccolti su un campione di 50 donne (18-65 anni) in carico al CSM con l'ausilio di un'intervista semistrutturata.
Risultati e conclusioni: la violenza domestica interessa circa un quarto del campione in esame. Diverse correlazioni si sono evidenziate tra le caratteristiche della violenza e gli outcome sintomatologici e di esito. Il fenomeno presenta un'elevata incidenza e rilevanti implicazioni nella pratica clinica.

Bibiliografia

Addressing violence against women and achieving the Millenium Development Goals. Geneva, World Health Organization 2005.

Hegarty K, et al. *Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey*. BMJ 2004;328:621-4.

34. Dimensioni psicopatologiche e compromissione del funzionamento sociale in un campione di soggetti con schizofrenia

R. Brugnoli, A. Iannitelli[*°], F. Pacitti[**], P. Scarciglia[*], P. Pancheri[*]

Fondazione Italiana per lo studio della Schizofrenia (FIS), [*] Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma, [°] Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biomediche, [**] Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila

Negli ultimi anni, ricerche volte a individuare i fattori correlati al funzionamento sociale dei soggetti con schizofrenia hanno identificato nell'approccio dimensionale uno strumento utile per il riconoscimento di quelle dimensioni associate al comportamento sociale di questi pazienti.
Obiettivo di questo studio è valutare il peso che differenti dimensioni psicopatologiche hanno sul funzionamento sociale e confermare la sensibilità della SCADIS nel misurare la dimensione "disorganizzazione".
Abbiamo studiato 161 soggetti con diagnosi di Schizofrenia secondo i criteri del DSM IV-TR (età media = 39,1 aa; DS = 10,15; durata media di malattia = 16,4 aa; DS = 9,5) di cui 118 di sesso maschile e 43 di sesso femminile. Il 72,7% era affetto da schizofrenia paranoidea, il 13,7% da schizofrenia indifferenziata. Tutti i soggetti erano in trattamento stabilizzato con antipsicotici e avevano dato il loro consenso allo studio.
La valutazione psicopatologica è stata eseguita mediante l'utilizzo delle scale: *PANSS,* SCADIS, 3TRE e GAF.
I punteggi totali della SCADIS hanno mostrato un'alta correlazione con il sottocluster "disturbi del pensiero" ($r. ,033, p < ,001$), con l'item disorganizzazione della PANSS ($r. ,045, p < ,001$) e con l'item disorganizzazione cognitiva della 3TRE ($r. ,072, p < ,001$), confermando la sensibilità della ScaDis nella valutazione della dimensione disorganizzazione.

L'analisi delle componenti principali degli item della Sca-Dis e della PANSS ha portato all'estrazione di quattro fattori che spiegano il 66,6% della varianza: il fattore "Disorganizzazione" (PCA che spiega il 20,6% della varianza dell'intero campione), il fattore "Positivo" (16,61%), il fattore "Negativo" (15,19%) e il fattore "Depressione/Ansia" (14,23%).
L'analisi della varianza dei punteggi della PANSS, della Sca.Dis e della 3TRE ha confermato che i soggetti con alterazioni del funzionamento più gravi presentano valori significativamente più alti dei punteggi di queste scale.

Bibliografia

Brugnoli R, et al. *Dimensione disorganizzazione in corso di schizofrenia e funzionamento sociale*. Giorn Ital Psicopat 2006;12:208-16.

Pancheri P, et al. *La 3TRE: una scala per la valutazione rapida della sintomatologia schizofrenica. II: Validazione*. Rivista di Psichiatria 1995;30:224.

Pancheri P, et al. *SCADIS: una nuova scala per la valutazione della disorganizzazione. 2. Omogeneità, struttura fattoriale, validità concorrente, attendibilità*. Giorn Ital Psicopat 1996;3:232-46.

35. Efficacia degli anticolinesterasici nei BPSD

D. Buccomino, G. Drago

CSM Roggiano Gravina, ASP Cosenza

La Demenza è caratterizzata da deficit cognitivi multipli cui si associano frequentemente disturbi del comportamento che ne possono rappresentare l'esordio.
Abbiamo condotto uno studio, della durata di 24 mesi, su un campione di 61 pz, affetti da demenza 26 maschi e 35 femmine, di età compresa fra 65 e 85 anni, (età media 78 anni) con disturbi del comportamento, finalizzato a confrontare l'efficacia degli anticolinesterasici (Donepezil, Rivastigmina, Galantamina) sui disturbi comportamentali. I pz sono stati suddivisi in tre gruppi in base al farmaco utilizzato: rivastigmina al dosaggio di 6/12 mg die, donepezil 10 mg die e galantamina 16/24 mg die. L'efficacia dei tre farmaci è stata valutata considerando le variazioni nei punteggi al MMSE, ADL, IADL ed alla NeuroPsychiatric Inventory (NPI) somministrate in basale, a 3, 6, 12,18, 24 mesi di trattamento.
Nei pz in trattamento abbiamo osservato una maggiore efficacia della Donepezil sui BPSD, con un miglioramento del punteggio alla NPI pari al 21,7% rispetto al basale. Tale miglioramento è statisticamente più rilevante rispetto a quello registrato nei soggetti in trattamento con gli altri due farmaci con un effetto positivo sulla qualità della vita dei pz e dei caregiver.

36. Efficacia di Quetiapina nel Disturbo Depressivo Maggiore con Manifestazioni Psicotiche

D. Buccomino, G. Drago.

CSM Roggiano Gravina, ASP Cosenza

Introduzione ed Obbiettivi: valutare efficacia e tollerabilità di quetiapina (range terapeutico: 300-600 mg/die) in aggiunta all'antidepressivo nel trattamento delle manifestazioni psicotiche congrue ed incongrue all'umore del disturbo depressivo maggiore con follow-up a 6 mesi.
Metodo: 41 pazienti (23 F-18 M) con diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore con Manifestazioni Psicotiche (DSM IV TR), età 18-65 anni, senza serie patologie organiche sono stati trattati con Quetiapina alla dose media di 450 mg/die oltre all'antidepressivo SSRI a dosi standard. Efficacia valutata con BPRS, CGI, PANSS (al basale T0, al 1, 3, 6 mese T1- T2-T3); SAS per gli EPS (T0, T6); sicurezza e tollerabilità: ECG, esami ematochimici, ematologici, rilevazione d'eventi avversi.
Risultati: già al T1 si è osservato una drastica riduzione (-32%) del punteggio medio totale della BPRS, con mantenimento della risposta a 6 mesi. Non si sono verificati eventi avversi di rilievo se non una iniziale sonnolenza. In particolare non si è registrato aumento ponderale, né iperglicemia, né iperprolattinemia.
Conclusioni: i risultati confermano il profilo di efficacia e tollerabilità di quetiapina nel trattamento delle manifestazioni psicotiche congrue ed incongrue all'umore del disturbo depressivo maggiore. Emerge, inoltre rapidità d'azione, elevata % di remissione sintomatologica, ed un effetto mantenuto a 6 mesi. Inoltre buona è stata la ripresa del funzionamento socio-relazionale.

37. Efficacia della venlafaxina in pazienti con Disturbo Depressivo e comorbidità per D.O.C.

D. Buccomino, G. Drago

CSM Roggiano Gravina, ASP Cosenza

Introduzione ed Obbiettivi: scopo dello studio è di valutare efficacia e tollerabilità di venlafaxina (range terapeutico: 150-300 mg/die) nel trattamento del DOC in comorbidità con Disturbo Depressivo con follow-up a 6 mesi.
Metodo: 37 pazienti (22 F-15 M) con diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore e DOC (DSM IV TR), età 18-65 anni, sono stati assegnati a 2 gruppi di trattamento: gruppo A- venlafaxina, 150-300 mg/die; gruppo B- SSRI dose standard. Efficacia valutata con HAM-A,HAM-D,Y-BOCS (al basale T0, al 1, 3, 6 mese T1-T2-T3), sicurezza e tollerabilità: ECG, esami ematochimici, ematologici, rilevazione d'eventi avversi.
Risultati: nel gruppo venlafaxina (dose media di 225 mg/die) si è osservato una riduzione del punteggio medio totale della Y-BOCS già a T1, con mantenimento della risposta a 6 mesi, statisticamente più significativa rispetto al gruppo SSRI.
Conclusioni: i risultati confermano il profilo di efficacia e tollerabilità di venlafaxina nel trattamento del DOC in comorbidità con Disturbo Depressivo. Emerge, inoltre rapidità d'azione, elevata % di remissione sintomatologia, ed un effetto mantenuto a 6 mesi. Inoltre buona è stata la ripresa del funzionamento socio-relazionale.

38. Analisi Fattoriale della Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90R)

Buffo, M. Trevisi, S. Zangaro, G. Ruberto, C. Germanà, A. Ruberto

Sapienza Università di Roma, II Facoltà di Medicina, Ospedale Sant'Andrea

Introduzione: la Scl-90 è una scala per l'autovalutazione della sintomatologia psichiatrica ed è indicata per pazienti ambulatoriali non gravemente psicotici. È composta da 90 item che indagano 9 dimensioni psicopatologiche (somatizzazione, ossessività-compulsività, sensitività, depressione, ansia, collera-ostilità, ansia fobica, ideazione paranoie, psicoticismo) [1].
Obiettivi: ricavare dimensioni psicopatologiche, attraverso il raggruppamento degli item della scala, che esprimano in maniera rappresentativa e sintetica la completezza della SCL-90R.
Metodologia: la scala è stata somministrata a 276 pazienti dell'ambulatorio di psichiatria dell'Ospedale Sant'Andrea. È stato eseguito uno studio sulla struttura della scala SCL90R analizzando i 90 item previa rotazione degli assi con il metodo del Varimax. La definizione del pool di fattori estratti e studiati è operata con la richiesta di Eigenvalue > 2. Gli item che hanno maggiormente contribuito alla costruzione del fattore sono stati calcolati utilizzando il factor loading con cut-off > ,4.
Risultati: sono stati ottenuti 6 fattori che spiegano complessivamente il 51% della varianza totale. Gli item 1, 9, 60, 65, 75, 80, 84, 86 non sono inclusi in nessun fattore. Tutti gli item dei fattori 1, 2, 3, 5 e 6 correlano negativamente con i fattori stessi e solo il fattore 4 possiede item che correlano con esso positivamente.

Bibliografia

[1] Conti L. *Repertorio delle scale di autovalutazione in psichiatria. Tomo I.* Firenze: SEE 1999.

39. Caratteristiche cliniche e risposta alla terapia stabilizzante nel Disturbo Bipolare ad esordio tardivo: uno studio naturalistico

M. Buoli, E. Mundo, R. Riundi, N. D'Urso, S. Zanoni, S. Pozzoli, A.C. Altamura

Dipartimento di Psichiatria, Università di Milano, Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Razionale e scopo dello studio: lo scopo di questo studio è stato quello di verificare se vi fossero delle differenze nella presentazione clinica e nella risposta a lungo termine alla terapia stabilizzante tra pazienti con Disturbo Bipolare (DB) ad esordio tardivo (> 45 anni) e più precoce (≤ 45 anni).
Metodi: sono stati selezionati 103 pazienti, con una diagnosi di DB di tipo I o II secondo il DSM-IV-TR. I pazienti sono stati divisi in due gruppi sulla base dell'età di esordio (> 45 anni o ≤ 45 anni). Le principali variabili demografiche e cliniche sono state confrontate tra i due gruppi (test t di Student e test del chi-quadrato). La risposta alla terapia stabilizzante è stata valutata confrontando, nei due gruppi di pazienti, il numero di episodi maggiori dell'umore verificatisi nei 24 mesi precedenti e successivi all'inizio della terapia stabilizzante (t-tests per dati appaiati).
Risultati: il 13,8% del campione totale aveva un età di esordio > 45 anni. I pazienti con DB ad esordio tardivo presentavano una durata di malattia non trattata più breve ($t = 4{,}652$, $p < 0{,}04$) ed un numero di episodi misti precedenti la terapia stabilizzante più basso ($t = 3{,}498$, $p < 0{,}001$). Per quello che riguarda la risposta alla terapia stabilizzante con litio, valproato, o antipsicotici atipici a 24 mesi nei pazienti con esordio ≤ 45 anni è risultata efficace nel ridurre sia le ricorrenze maniacali ($t = 3{,}749$, $p < 0{,}001$) che depressive ($t = 3{,}323$, $p < 0{,}001$), mentre in quelli con esordio > 45 anni è stata significativamente efficace solo nel ridurre le ricorrenze maniacali ($t = 2{,}876$, $p = 0{,}01$) ma non quelle depressive ($t = 0{,}001$, $p > 0{,}9$).
Conclusioni: questi risultati suggeriscono che i pazienti con DB ad esordio tardivo presentano delle differenze cliniche significative rispetto a quelli con esordio più precoce. In particolare la risposta alla terapia stabilizzante a lungo termine sembra essere peggiore per quello che riguarda la prevenzione delle ricorrenze depressive.

Bibliografia

Angst J, Gamma A, Sellaro R et al. *Recurrence of bipolar disorders and major depression. A life-long perspective*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2003;253:236-40.

Altamura AC, Bassetti R, Santini A, Frisoni GB, Mundo E. *Emotional withdrawal, CT abnormalities and drug response in late life depression*. Progr Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2004;28:349-54.

40. L'influenza dei disturbi psichici nella gestione del paziente diabetico

C. Calandra, E. Pistorio, M. Cristofolini, V. Caudullo, A. Luca

Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G. Rodolico", Catania, U.O. Complessa Clinica Psichiatrica

Introduzione: l'osservazione di pazienti affetti da diabete mellito ha messo in evidenza come esistono diversi modi di reagire alla stessa malattia diabetica. La terapia dipende in gran parte dalla coscienza di malattia e dalla volontà del paziente di curarsi. Scopo dello studio è osservare l'influenza che hanno i disturbi psichici nella gestione della malattia diabetica.
Metodologia: è stato esaminato un campione di 70 pazienti con diagnosi di diabete mellito, 39 uomini, 31 donne, età tra i 17 e i 79 anni. Si è indagata la presenza di disturbi psichici con la somministrazione dei seguenti test: SCID II, SAD, SAS.
Risultati: sono emersi tre gruppi di pazienti, 51% compensati, senza alterati valori di glicemia, né sintomi, tra questi il 25% manifestava disturbi psichici; 40% con alterati valori glicemici, di cui solo il 18% non avevano alcun disturbo psichico; 9% con complicanze croniche del diabete: quest'ultimo campione presentava una diagnosi psichiatrica. I pazienti con disturbi psichici sono stati osservati nella autogestione della glicemia con incontri periodici soprattutto basati sul counseling.

Conclusioni: il 54% dei pazienti diabetici osservati necessita dell'assistenza psichiatrica. Consulenze psichiatriche o psicologiche potrebbero aiutare i pazienti a seguire quelli che sono i cardini essenziali per la cura della malattia: dieta e terapia farmacologia.

Bibliografia

Charbonnel B. *What a psychiatrist needs to know about diabetes.* European Psychiatry 2005;20(Suppl 4):330-4.

Frank J. Snoek, Adrian Visser. *Diabetes education and quality of life.* Patient education and counseling 2003;51:5-58.

41. Temperamento e carattere in soggetti con tentato suicidio e in soggetti sani

R. Calati[2], D. Rujescu[1], L. Mandelli[2], I. Giegling[1], B. Schneider[3], A.M. Hartmann[1], A. Schnabel[4], K. Maurer[3], H.-J. Möller[1], D. De Ronchi[2], A. Serretti[2]

[1] Department of Psychiatry, Ludwig Maximilians University, Munich, Germany; [2] Institute of Psychiatry, University of Bologna, Italy; [3] Department of Psychiatry, Psychosomatics, and Psychotherapy, [4] Institute of Forensic Medicine, Johann Wolfgang Goethe-University, Frankfurt/Main, Germany

Introduzione: i tratti temperamentali sembrano essere fortemente associati al suicidio, sia nella popolazione generale che in quella clinica.
Metodo: nel presente studio è stata considerata l'associazione tra tratti di personalità, misurati tramite la scala Temperament and Character Inventory (TCI), e suicidio in un campione di 111 soggetti che hanno tentato il suicidio (38,74% di soggetti di sesso maschile; età media: 39,20 ± 13,65), affetti da un disturbo dell'umore (n = 76), da un disturbo appartenente allo spettro schizofrenico (n = 17) e da un disturbo borderline di personalità (n = 18), ed in un campione di 1148 controlli (45,47% di soggetti di sesso maschile; età media: 46,50 ± 15,51).
Risultati: i soggetti che hanno tentato il suicidio hanno riportato punteggi significativamente più alti nell'Harm Avoidance (HA), più bassi nella Self-Directedness (SD) e nella Cooperativeness (C) e più alti nella Self-Transcendence (ST), se confrontati ai controlli.
Conclusioni: riassumendo, sono stati osservati tratti di personalità marcatamente differenti nei soggetti con alle spalle un tentativo di suicidio, tuttavia, i presenti risultati potrebbero essere dovuti alla diagnosi dei soggetti clinici. Ulteriori studi possono essere utili per meglio analizzare il complesso profilo personologico dei suicidi.

42. Efficacia della Terapia Respiratoria in un campione di soggetti con Disturbo di Panico: uno studio preliminare

D. Caldirola, S. Biffi, S. Ozino, L. Bellodi, G. Perna

Centro per i Disturbi d'Ansia, Università Vita-Salute San Raffaele Turro, Milano

Numerosi studi hanno suggerito un coinvolgimento del sistema respiratorio nell'eziopatogenesi del Disturbo di Panico (DP). Gli scopi del nostro studio erano: valutare l'efficacia clinica della Terapia Respiratoria (TR) nel trattamento del DP e la modificazione della funzionalità respiratoria in relazione alla TR. Undici pazienti con DP farmacoresistenti e 8 pazienti senza farmacoterapia in atto hanno effettuato una TR finalizzata a regolarizzare il ritmo respiratorio coordinando la respirazione diaframmatica e toracica. La TR prevedeva 5 sedute con il terapeuta ed esercizi a casa audioguidati. All'inizio e al termine della TR sono stati valutati i parametri respiratori basali e la severità clinica attraverso la Panic Associated Symptom Scale (PASS). Le misure di risposta clinica erano la variazione del punteggio totale della PASS, l'assenza di attacchi di panico (AP) e il numero di responders. Sia nei pazienti farmacoresistenti che nei pazienti senza farmacoterapia la PASS totale ha avuto una riduzione significativa ($p < 0,01$). La percentuale di pazienti con AP è passata dal 91 al 18% nel primo gruppo e dal 100 al 50% nel secondo gruppo; la percentuale di responders era pari rispettivamente al 60 e 63% nei due gruppi. La frequenza respiratoria basale si è ridotta in entrambi i gruppi. I risultati suggeriscono che la manipolazione della respirazione possa migliorare i sintomi del DP e possa essere usata come terapia integrata nel trattamento del disturbo, anche nel caso di risposte parziali ai trattamenti farmacologici.

43. L'influenza della visione centrale e periferica sulla funzione dell'equilibrio nel Disturbo di Panico con Agorafobia

D. Caldirola, R. Teggi, F.L. Lopes, L. Bellodi, G. Perna

Università Vita-Salute San Raffaele Turro, Milano

I pazienti con Disturbo di Panico (DP) e agorafobia sembrano presentare anomalie del sistema dell'equilibrio. Lo scopo del nostro studio era quello di indagare le risposte adattative del sistema dell'equilibrio a stimoli visivi in movimento e la differenza tra stimoli visivi posti nel campo visivo periferico e centrale.
Trentadue pazienti con DP (25 con agorafobia) e 31 soggetti sani sono stati sottoposti a stabilometria in condizioni basali e durante la visione di immagini in movimento proiettate nel campo visivo periferico e centrale (ordine randomizzato). I pazienti con DP ed agorafobia hanno presentato, rispetto ai soggetti sani, un significativo peggioramento delle prestazioni stabilometriche nelle prove basali a occhi chiusi ($R = 3,6$, $p < 0,01$) e durante la proiezione di immagini in movimento nel campo visivo periferico ($p < 0,01$). I pazienti senza agorafobia non differivano dai soggetti sani. I risultati suggeriscono che i pazienti con DP e agorafobia sono caratterizzati dall'utilizzo prevalente del canale visivo nella loro strategia posturale e sono destabilizzati in condizioni di perturbazione visiva periferica. Questa caratteristica potrebbe essere legata all'attivazione di un "sistema di allarme visivo" che coinvolge aree visive, vestibolari e limbiche e che influenza le risposte posturali quando l'ambiente visivo si modifica in maniera poco discriminabile, come nella visione periferica. Nell'agorafobia potrebbero quindi essere coinvolti meccanismi complessi, tra cui processi di condizionamento interocettivo legati a stimoli visivi destabilizzanti.

44. L'attaccamento come prospettiva per la comprensione dell'ADHD

C. Canarile*, F. Manaresi, A. Marianecci, M.C. Porfirio*, M. Troianiello*, L. Leonardi*, P. Curatolo*, R. Williams**

** Policlinico di Tor Vergata di Roma, U.O. di Neuropsichiatria Infantile; ** Sapienza Università di Roma*

Introduzione: diversi studi sostengono che la teoria dell'attaccamento potrebbe offrire un'importante prospettiva nella comprensione dei deficit associati ai disturbi presenti nell'ADHD. La ricerca indica che l'attaccamento sicuro ha un effetto positivo su specifiche aree di competenza in cui bambini con ADHD mostrano difficoltà. Dati della letteratura evidenziano infatti che individui con attaccamento insicuro presentano difficoltà nella regolazione delle emozioni e del comportamento. Deficit nell'autoregolazione includono difficoltà nel controllo degli impulsi, nella capacità di iniziativa e nella perseveranza, caratteristiche tipiche del quadro sintomatologico dell'ADHD.
Metodologia: è stato studiato un campione di 15 bambini di età compresa tra i 4 anni e mezzo e gli 8 anni e mezzo con diagnosi principale di ADHD. Al campione è stato somministrato il Manchester Child Attachment Story Task per la valutazione dell'attaccamento, mentre ai genitori è stato somministrato L'Adult Attachment Interview. L'SCL 90 e la SCID2 sono stati utilizzati per la valutazione dello stato psicopatologico nei genitori.
Conclusioni: lo studio ha rilevato che impatto avesse la relazione d'attaccamento nell'espressione clinica dell'ADHD e se questa fosse in grado di predire in modo non statisticamente casuale la presenza di disturbi psicopatologici in comorbidità.

Bibliografia

Stiefel I, 1997.
Sroufe LA, 2000.
Ladnier RD, Massanari AE, 2000.
Clarke L, et al., 2002.

45. Adolescenti e uso delle nuove tecnologie – Una ricerca esplorativa

S. Cannizzaro, R. Catania, L. Sideli, R. Valsavoia, D. Alloro, G. Guarneri, C. Mezzatesta, A. Agueci, V. Perricone, D. La Barbera

Dipartimento di Neuroscienze cliniche, Università di Palermo, Sezione di Psichiatria

L'ampia diffusione delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione ha inaugurato rivoluzionari scenari che appaiono investire globalmente la dimensione psichica, affettiva e relazionale dell'uomo.
Diversamente dal passato, gli adolescenti di oggi sembrano entrare naturalmente in contatto con le nuove tecnologie, che si configurano come modalità per esprimere la loro personalità, estendere le esperienze quotidiane e potenziare le possibilità cognitivo-affettive, sociali e relazionali. Quale tipo di uso fanno gli adolescenti delle nuove tecnologie? Quali condotte possono emergere in rapporto all'uso delle stesse? Esistono usi patologici di tecnologie come TV, Rete e Videogames? Quali significati e quali valenze assumono gli strumenti tecnologici nell'universo adolescenziale?
Partendo da queste considerazioni la ricerca si propone di esplorare, in un campione di 1.334 adolescenti, suddiviso in due gruppi di età (13-15 e 17-19 anni), gli atteggiamenti verso le tecnologie, le modalità di utilizzo degli strumenti tecnologici, la percezione delle risorse e dei rischi legati all'uso, gli stili relazionali e le modalità di espressione e gestione delle emozioni.
Metodologia: sono stati somministrati i seguenti strumenti: Questionario informativo sull'uso della Rete, TSB (Tech Style Behavior) per indagare gli stili psicologici e comportamentali dell'uso delle nuove tecnologie; TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale) per la misurazione dell'alessitimia; DES (Dissociative Experience Scale) per l'individuazione di esperienze dissociative; ASQ (Attacchment Style Questionnaire) per indagare gli stili di attaccamento.
Risultati: dall'analisi dei dati del primo gruppo di adolescenti (619 di età compresa tra i 13 e 15 anni), emerge che la quasi totalità di essi conosce ed utilizza frequentemente le nuove tecnologie, prediligendone la dimensione informativa e comunicativa e vi si approccia con un atteggiamento di curiosità. I soggetti, nella maggior parte dei casi, si collegano ad Internet da soli e prevalentemente da casa, consapevoli delle risorse ma anche dei rischi cui la navigazione può esporre: pedofilia, pornografia e possibilità di "prendere virus". Nell'uso di Internet è emersa una significativa differenza legata al sesso per quanto concerne i servizi utilizzati: mentre i maschi fanno un uso ludico e strumentale delle tecnologie, utilizzando soprattutto i videogames e i servizi per scaricare file in Rete, le femmine generalmente tendono a farne un uso più relazionale ed affettivo, prediligendo le chat e la posta elettronica. Sebbene l'utilizzo delle nuove tecnologie appare per lo più funzionale e adattivo, si evidenziano 199 casi di comportamenti problematici verso la Rete, i Videogames e la TV.
Conclusioni: dai risultati preliminari risulta che la maggior parte degli adolescenti faccia un uso adeguato delle nuove tecnologie, traendone risorse informative e relazionali. Tuttavia meritano di essere indagati quei casi, pari al 32% dei soggetti presi in esame, in cui si evidenzia un comportamento problematico nell'uso degli strumenti tecnologici.

Bibliografia

Cantelmi T, Del Miglio C, Talli M, D'Andrea A. *La mente in Internet: psicopatologia delle condotte on line*. Padova: Piccin 2000.
Caretti V, La Barbera D. *Psicopatologia delle realtà virtuali*. Milano: Masson 2000.
Wallace P. *La Psicologia di Internet*. Milano: Raffaello Cortina Editore 1999

46. Impiego di quetiapina nel trattamento della rabbia e dell'aggressività in pazienti con disturbo borderline di personalità

A. Carano[1], M. Scali[1], D. Sagripanti[1], D. De Berardis[2], A. Valchera[3], C. Campanella[2], R.M. Salerno[4], F.M. Ferro[4]

[1] SPDC, Ospedale Civitanova, Marche (MC); [2] SPDC, Ospedale "Mazzini", Teramo; [3] Casa di Cura "Villa S. Giuseppe" Ascoli; [4] Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" di Chieti; Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" di Chieti

Una delle principali caratteristiche sintomatologiche del Disturbo Borderline di Personalità (DBP) è rappresentata dalla manifestazione, spesso improvvisa, dell'emozione di rabbia intensa ed incontrollata. Alcuni soggetti diventano aggressivi e presentano la tendenza ad evocare risposte aggressive in relazione a più stimoli, in quanto, con la sistematica interpretazione delle comunicazioni sociali, motivano in se stessi la convinzione "che gli altri rappresentano un segnale di minaccia e di pericolo" generando in questo senso una modalità disfunzionale di circolo vizioso interpersonale. Vari autori [1 2] sostengono l'ipotesi dell'esistenza di comportamenti aggressivi acquisiti fin dall'infanzia e tendenti a perpetuare come stile pervasivo per tutta la vita.

Materiali e metodi: nel nostro studio abbiamo valutato se la quetiapina è in grado di indurre un miglioramento sintomatologico dei libelli di rabbia e aggressività nei pazienti affetti da DBP. Sono stati reclutati 25 soggetti (10 maschi e 5 femmine) che, alla somministrazione della Structured Clinical Interview per la diagnosi dei disturbi di Asse II (SCID-II), soddisfacevano i criteri diagnostici del DSM-IV per il DBP. Inoltre, a tutti i pazienti, sia al baseline (inizio della somministrazione del farmaco) che all'endpoint (dopo 8 settimane) è stata propinata una batteria di test (AQ, HDRS e BPRS) che valutasse la gravità complessiva della sintomatologia in atto ed in particolare i livelli di rabbia e aggressività. In 10 soggetti è stata evidenziata anche una comorbidità per altri disturbi di Asse II (3 soggetti presentavano anche un disturbo narcisistico di personalità, 5 soggetti anche un disturbo antisociale di personalità e 2 femmine anche un disturbo istrionico di personalità).

Risultati: tutti i pazienti sono stati trattati in aperto con quetiapina per 8 settimane con dosaggio medio del farmaco di 600 mg/dl. Durante lo studio non è stata consentita l'assunzione contemporanea di altri farmaci psicotropi ma solo di colloqui individuali (di 40 min. circa) in cui veniva effettuata, con cadenza bisettimanale, una psicoterapia cognitivo-comportamentale.

Tab. I.

	Baseline	Endpoint	P
AQ	85,1 ± 9,6	70,1 ± 16,7	006
HDRS	16,5 ± 2,1	13,5 ± 2,8	002
BPRS	46 ± 3,3	36,3 ± 8,2	0003

Valori espressi in media

Alla fine del trattamento all'endpoint abbiamo osservato una riduzione significativa rispetto al baseline della gravità della sintomatologia complessiva alla Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), dei sintomi depressivi alla Hamilton Rating Scale for Depression (HRDS) e dell'aggressività alla Aggression Questionaire (AQ). L'analisi delle sottoscale specifiche della BPRS ha rilevato una riduzione significativa per i fattori "ostilità", "sopettosità", "ansia" e "depressione" (Tab. I).

Conclusioni: la rabbia e l'aggressività sono modalità comportamentali complesse e filogeneticamente antiche che richiedono una adeguata e tempestiva gestione psicoterapeutica e farmacologica. I nostri dati, seppure ottenuti su un campione relativamente esiguo di soggetti, offrono prospettive incoraggianti circa il possibile ruolo della quetiapina nel trattamento psicofarmacologico della rabbia e dell'aggressività di pazienti affetti da DBP.

Bibliografia

1. Zanarini MC, et al. *Cognitive features of borderline personality disorder*. Am J Psych 1990;147:57-63.
2. Huesman LR. *An information processing model for the development of aggression. Aggress*. Behavior 1988;14:13-24.
3. Soloff PH. *Psychopharmacology of borderline personality disorder*. Psych Clin North Am 2000;23:169-92.
4. Stein D, Hollander E. *Impulsive Aggression and Disorders of Impulse Control*. Sussex, England: J. Wiley 1995, pp. 263-87.

47. Vulnerabilità allo stress e Night Eating Syndrome: confronto fra un campione di pazienti psichiatrici ambulatoriali e soggetti sani

M. Caredda, C. Fini, F. Pacitti*, C. Roscioli, M. Mistretta, M. Biondi

*Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma; * Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica, Università dell'Aquila*

Introduzione: la Night Eating Sydrome (NES) è un disturbo caratterizzato dall'assunzione di una quantità limitata di cibo durante la giornata e crescente nella serata, insonnia e alimentazione notturna durante i risvegli. Lo stress e le alterazione del tono dell'umore in risposta ad esso costituiscono aspetti strettamente connessi alla patologia. La prevalenza è stata stimata intorno all'1,5% nella popolazione generale, e del 12,3% in pazienti affetti da patologie psichiatriche.

Metodologia: lo scopo dello studio è stata la valutazione delle relazioni esistenti tra i livelli di stress e supporto sociale percepiti, il BMI e la vurnerabilità allo sviluppo della sindrome in un campione di pazienti psichiatrici ambulatoriali (n = 147) messo a confronto con un campione di soggetti sani (studenti; n = 147). A tutti i partecipanti allo studio è stato somministrato il Night Eating Questionnarie (NEQ) e la Stress-Related Vulnerability Scale (SVS). Un punteggio superiore a 20 alla NEQ è stato identificato come identificativo di vulnerabilità allo sviluppo della NES.

Risultati: in entrambe le popolazioni l'analisi della varianza ha evidenziato una differenza significativa rispetto allo stress soggettivo misurato dalla SVS infatti i punteggi medi totali della SVS significativamente maggiori nei soggetti con NEQ > 20 rispetto ai soggetti con NEQ < 20. Anche i punteggi del-

le sottoscale "Tensione" e "Demoralizzazione" della SVS sono risultati significativamente maggiori nei soggetti con NEQ > 20, mentre i punteggi della sottoscala "Scarso supporto sociale" sono risultati significativamente inferiori nei soggetti con NEQ > 20. Lo scarso supporto sociale è effettivamente correlato in maniera inversa ai punteggi della NEQ
Conclusioni: il nostro studio conferma l'importanza dell'indagine sui disturbi alimentari attualmente esclusi dalla nosografia ufficiale. La Night Eating Syndrome presenta caratteristiche cliniche ed epidemiologiche tali da renderla un disturbo a sé stante, che può manifestarsi anche in comorbilità con altri disturbi psichiatrici. Sono dunque necessari ulteriori studi per valutare la prevalenza di NES, e studi controllati per individuare le terapie farmacologiche più efficaci.

Bibliografia

1. Stunkard A, Grace WJ, Wolff HG. *The night-eating Syndrome. A pattern of food intake among certain obese patients*. Am J Med 1955;19:78-86.
2. Lundgren JD, Allison KC, Crow S. *Prevalence of the Night Eating Syndrome in a psychiatric popoulation*. Am J Psychiatr 2006;163:156-8.

48. Valutazione dello Spettro Post-Traumatico da Stress in pazienti di con Sindrome Fibromialgica (SF): confronto con pazienti con Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) e Controlli Sani (C)

C. Carmassi, G. Consoli, A. Ciapparelli, M. Catena, F. Mundo, R. Paggini, C. Taponecco, G. Ciampa, L. Bazzichi, S. Bombardieri, L. Dell'Osso

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologia, Università di Pisa

La Sindrome fibromialgica (SF) può essere definita come un reumatismo extrarticolare caratterizzato da dolore muscolo-scheletrico diffuso, positività alla digitopressione, senso di tensione e/o rigidità, stanchezza, facile affaticabilità, disturbi del sonno e della sfera emotiva. L'eziopatogenesi della SF non è stata ancora chiarita, nonostante un'incidenza del 2% nella popolazione generale. Recenti studi evidenziano un'associazione tra la SF e disturbi psichiatrici, in particolare il PTSD. Presso l'Università di Pisa è stato elaborato uno strumento per l'indagine dello Spettro Post-Traumatico da Stress (SCI-TALS) che esplora (lifetime) l'insieme dei sintomi nucleari, tipici, atipici, attenuati del corrispondente disturbo di Asse I.
Obiettivo del presente studio è stato di indagare la presenza di sintomi di spettro post-traumatico in pazienti (pz) con SF senza PTSD (N = 50), rispetto a pz con PTSD (50) e ai C (50), tutti valutati mediante SCID (DSM-IV) e SCI-TALS e reclutati presso la Clinica Psichiatrica 2° e la Clinica Reumatologica dell'Università di Pisa.
I pz con SF risultano esposti (lifetime) ad uno spettro di eventi potenzialmente traumatici e di perdita significativamente superiori rispetto ai C e simili ai pz con PTSD. Punteggi intermedi tra quelli rilevati dai pz con PTSD e dai C sono stati inoltre rilevati nei domini che esplorano la sintomatologia di spettro post-traumatico. Tali dati, alla luce della letteratura emergente sull'importanza delle forme parziali o sottosoglia di PTSD nella popolazione generale, suggeriscono un possibile ruolo di tali sintomi nei quadri di SF.

49. Livelli della proteina cAMP-Response Element Binding (CREB) e del recettore periferico mitocondriale per le benzodizepine (PBR) in pazienti affetti da Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) vs. Controlli (C)

C. Carmassi, C. Martini, E. Da Pozzo, F. Mundo, M.L. Trincavelli, A. Ciapparelli, S. Cuboni, A. Lucacchini, L. Dell'Osso

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologia, Università di Pisa

Il PTSD è un disturbo d'ansia la cui prevalenza nella popolazione generale è recentemente risultata in progressivo aumento. Il PTSD caratteristicamente comprende sintomi di rievocazione, arousal e numbing, evitamento. Criterio fondamentale per la diagnosi risulta la presenza di sintomi di rievocazione (ricordi o immagini intrusive, incubi, flashbacks), che indicano l'importante ruolo dei sistemi coinvolti nei processi di memorizzazione.
Obiettivo primario del presente studio è stato quello di indagare i livelli di CREB, proteina coinvolta nel pathway implicato nella strutturazione delle tracce mensiche (cAMP/PKA/CREB), in pz con PTSD *vs.* C. Vari studi inoltre, suggeriscono il ruolo dei neurosteroidi nell'eziopatogenesi dei disturbi mnesici, per cui obiettivo secondario è stato quello di valutare, negli stessi soggetti, i livelli di PBR, elemento essenziale e tappa limitante nel processo di steroidogenesi.
Lo studio è stato effettuato su linfociti ottenuti da 14 pz affetti da PTSD (SCID per DSM-IV) e 9 C, reclutati presso la Clinica Psichiatrica 2° dell'Università di Pisa. Le CREB sono state valutate tramite saggio ELISA su estratti nucleari dei linfociti ematici. I livelli di PBR sono stati determinati sulle membrane mitocondriali dei linfociti stessi.
Risultati preliminari mostrano la presenza di alterazioni nei livelli di CREB e PBR nei pz rispetto ai C. Una correlazione positiva tra i valori di CREB totali e quelli di PBR sono stati inoltre evidenziati, indicando per la prima volta la presenza di un possibile "cross-talk" tra i due sistemi in esame, e l'importanza quindi dell'esplorazione di tali sistemi nel PTSD.

50. Attivazione delle MAP-Kinasi mediata dalla serotonina (5-HT) in pazienti affetti da Disturbo di Panico (PD), prima e dopo 6 mesi di trattamento con paroxetina, vs. Controlli (C)

C. Carmassi, C. Martini, M.L. Trincavelli, M. Catena, R. Paggini, C. Taponecco, A. Ciapparelli, F. Mundo, E. Da Pozzo, D. Tuscano, A. Lucacchini, L. Dell'Osso

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologia, Università di Pisa

L'eziopatogenesi del PD è correlata ad una ridotta funzionalità del trasportatore e dei recettori della 5-HT. Quest'ultima sembra riconducibile ad alterazioni non solo nelle vie di tra-

duzione intracellulari del segnale ma anche nell'attivazione, allo stesso livello, delle vie di fosforilazione mediate dalla 5-HT, quali le MAP-Kinasi ERK1/2. Livelli significativamente ridotti di MAP-Kinasi sono stati riscontrati in pazienti con PD drug-free *vs.* C.
Obiettivo primario del presente studio è stato di indagare la via di fosforilazione delle MAP-Kinasi in pz con PD prima e dopo 6 mesi di trattamento con paroxetina *vs.* C.
Presso la Clinica Psichiatrica 2° dell'Università di Pisa sono stati reclutati 14 pz affetti da PD (SCID per DSM-IV) e 14 C. I pazienti con PD sono stati valutati al baseline (drug-free da almeno 8 settimane) e dopo 6 mesi di trattamento con paroxetina (20-40 mg/die) mediante PAS-SR last-month, HAM-A e CGI.
Risultati preliminari confermano la presenza di livelli significativamente inferiori di MAP-Kinasi al baseline tra pazienti con PD *vs.* C. Dopo 6 mesi di trattamento i pazienti mostrano livelli di MAP-Kinasi sovrapponibili a quelle dei C, oltre a riportare un miglioramento clinicamente significativo ($p < 0,05$), rispetto al vaseline, in tutte le scale cliniche di valutazione. La presenza di un'alterazione in questa via fosforilativa nei pazienti con PD, che tende a normalizzarsi dopo trattamento farmacologico parallelamente al miglioramento clinico, ne suggerisce un importante ruolo nell'eziopatogenesi del PD.

51. Interruzione del trattamento farmacologico e ricovero in SPDC: prevalenza e fattori associati

E. Caroti, A. Luchetti, L. Latini, M. Salviati

Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

Scopo: in alcuni disturbi psichiatrici la mancata adesione al trattamento farmacologico può essere all'origine di riacutizzazioni e, conseguentemente, della necessità di ricovero in SPDC. Questo studio si propone l'obiettivo di valutare retrospettivamente con quale prevalenza l'interruzione della terapia farmacologica precede il ricovero in SPDC ed evidenziare variabili socio-demografiche e cliniche che si associno in modo significativo a tale fenomeno.
Metodo: per lo studio sono stati reclutati tutti i pazienti ricoverati nel SPDC del Policlinico Umberto I nel corso di un anno (ottobre 2006-settembre 2007). La raccolta dei dati è stata effettuata attraverso la consultazione delle cartelle cliniche. Il campione è rappresentato da 301 pazienti, nei quali sono stati presi in considerazione i seguenti fattori: sesso, età, stato civile, anni di scolarità, occupazione, diagnosi, abuso di sostanze, precedenti ospedalizzazioni, consapevolezza di malattia, presenza di care-giver, tentativi di suicidio immediatamente precedenti al ricovero.
Sono stati utilizzati il test del χ^2 e il test Mann-Whitney per confrontare rispettivamente le variabili qualitative e quantitative tra pazienti con e senza interruzione del trattamento.
Risultati: dei 301 pazienti ricoverati, 45 non avevano avuto precedenti contatti con uno psichiatra e per 16 pazienti non erano disponibili informazioni riguardo all'interruzione del trattamento; pertanto, il campione finale dello studio era costituito da 240 pazienti. La prevalenza di sospensione del trattamento era pari al 47%. Inoltre, risultavano significativamente associati all'interruzione della terapia farmacologica i seguenti fattori: la diagnosi di schizofrenia ($p < 0,001$), una scarsa consapevolezza di malattia ($p < 0,001$), l'assenza di un care-giver ($p < 0,001$), precedenti ospedalizzazioni ($p < 0,01$), la mancanza di un coniuge ($p < 0,05$) e non avere un'occupazione lavorativa ($p < 0,05$). D'altra parte, aver effettuato un tentativo di suicidio immediatamente prima del ricovero era negativamente associato alla sospensione del trattamento ($p < 0,001$). Non risultavano significativamente associati l'età, il sesso, gli anni di scolarità, l'abuso di sostanze e le altre diagnosi.
Conclusioni: i fattori associati emersi possono essere degli utili indicatori di scarsa compliance nella cura a lungo termine dei pazienti; pertanto, tenerli in considerazione può suggerire la scelta di strategie terapeutiche che migliorino l'aderenza ai trattamenti.

52. Prosodia e caratteristiche cliniche nella schizofrenia

F. Castagna, F. Marino, C. Mingrone, T. Mongini, D. Perrone, P. Rocca

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Introduzione: il deficit della percezione emotiva si è dimostrato una caratteristica centrale della patologia schizofrenica. I due principali ambiti di indagine di questa abilità hanno riguardato lo studio del riconoscimento dell'espressione facciale e quello dell'espressione vocale (prosodia).
Da una recente revisione della letteratura (Trémeau, 2006) emergono evidenze diverse rispetto a questi due aspetti della percezione emotiva. Per ciò che riguarda l'espressione facciale numerosi studi sembrano essere concordi nell'affermare che vi sia un'alterazione di questa abilità nei pazienti schizofrenici e che questa sia associata ad altre caratteristiche del disturbo come ad esempio il funzionamento sociale. Pochi studi, ad oggi, hanno valutato specificatamente la prosodia, dimostrando, nella maggior parte dei casi, che i soggetti affetti da schizofrenia risultano compromessi rispetto ai soggetti sani. Sono necessarie ulteriori ricerche per valutare se il deficit di prosodia costituisca un elemento peculiare della patologia schizofrenica, cioè se sia o meno correlato ad altri fattori, quali gli aspetti clinici e cognitivi. La presente ricerca si propone di approfondire lo studio della prosodia, sia tramite un confronto tra soggetti affetti da schizofrenia e controlli sani, sia tramite la valutazione delle relazioni tra tale caratteristica e le variabili cliniche della patologia.
Metodologia: sono stati reclutati due gruppi di soggetti, omogenei per sesso, età e scolarità, uno costituito da pazienti con diagnosi di schizofrenia (DSM IV-TR) ($n = 25$), reclutati presso la SCDU Psichiatria e il DSM Torino 1 Sud e l'altro da controlli sani ($n = 20$). Tutti i soggetti sono stati sottoposti al Comprehensive Affect Testing System (CATS, versione italiana tradotta dal nostro gruppo di ricerca), che valuta differenti aspetti delle funzioni emotive. L'indagine sui pazienti includeva un'intervista semistrutturata per la raccolta dei dati demografici, anamnestici e clinici generali e la somministrazione di specifiche scale cliniche (PANSS, QLS, GAF, CGI, CDSS).
Risultati: i risultati preliminari del nostro studio hanno dimostrato che i pazienti schizofrenici hanno delle prestazioni significativamente inferiori rispetto ai controlli sani in tutte le prove di percezione dell'espressione vocale. Inoltre,

sono state evidenziate delle correlazioni significative tra l'abilità di riconoscimento della prosodia nei pazienti schizofrenici e specifiche caratteristiche cliniche (gravità di malattia, funzionamento globale, qualità di vita nelle relazioni interpersonali, sintomatologia positiva).
Conclusioni: tali risultati dimostrerebbero, dunque, l'esistenza di un collegamento tra la prosodia, la psicopatologia e gli esiti del disturbo, confermando quanto il deficit di percezione emotiva ed in particolare la percezione vocale costituiscano una caratteristica centrale nell'ambito della patologia schizofrenica.

Bibliografia

Edwards J, Jackson HJ, Pattison PE. *Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: a methodological review*. Clin Psychol Rev 2002;22:789-832.
Kucharska-Pietura K, David AS, Masiak M, Phillips ML. *Perception of facial and vocal affect by people with schizophrenia in early and late stages of illness.* Br J Psychiatry 2005;187:523-8.
Trémeau F. *A review of emotion deficits in schizophrenia.* Dialogues Clin Neurosci 2006;8:59-70.

53. Anomalie dell'Esperienza Soggettiva nello Spettro Schizofrenico: architettura psicometrica della Brief Experiential Vulnerability Assessment

G. Castignoli[*], C.I. Cattaneo[**], A. Raballo[***]

[*] DSM Nord ASL 13, CSM Borgomanero, [**] Clinica Psichiatrica, UPO Novara, [***]DSM AUSL Reggio Emilia, SPDC RE

Introduzione: le anomalie dell'Esperienza Soggettiva (ES) costituiscono una dimensione psicopatologica di preminente rilievo clinico per un adeguato *profiling* dei percorsi clinico-assistenziali dell'esordio psicotico nella realtà operativa del Dipartimento di Salute Mentale. La *Brief Experiential Vulnerability Assessment* (BEVA), è una breve intervista clinica semi-strutturata derivata da una revisione consensuale, *evidence-based* e *clinically-oriented*, degli attuali strumenti internazionali (BSABS, EASE), che esplora tre macrodomini fenomenici (Astenia e risonanza emozionale, Difficoltà Cognitivo-Linguistiche, Esperienze Soggettive Idiosincrasiche) e consente di derivare un Indice Prodromico di Vulnerabilità conforme ai risultati dal *Cologne Early Recognition Project* [1].
Metodologia: studio pilota delle caratteristiche di *interrater-reliability* e *internal consistency* della BEVA su un campione di 28 pazienti ambulatoriali (diagnosi ICD10 di Schizofrenia o Disturbo Schizotipico di Personalità), in trattamento presso il CSM di Borgomanero.
Risultati: la BEVA mostra una buona consistenza interna (Astenia e risonanza emozionale, alfa = 0,81; Difficoltà Cognitivo-Linguistiche, alfa = 0,69; Esperienze Soggettive Idiosincrasiche, alfa = 0,82; Indice di Vulnerabilità, alfa = 0,79) ed una elevata affidabilità intervalutatore (ICC = 0,79-0,92).
Conclusioni: la BEVA costituisce un versatile sussidio psicometrico per l'esplorazione clinica strutturata dell'esperienza soggettiva della vulnerabilità alla psicosi.

Bibliografia

Klosterkotter, et al. *Diagnosis schizophrenia in the initial prodromal phase*. Arch Gen Psychiatry 2001;58:158-64.

54. I disturbi stress-correlati: un approccio trans-nosografico

M. Catena, S. Gorini Amedei, F. Rotella, A. Scarpato, V. Ricca, G. Consoli, A. Palla, G. Ciampa, A. Veltri, C. Faravelli

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Firenze; Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Numerosi studi hanno dimostrato l'associazione tra eventi stressanti ed esordio dei disturbi mentali. Alterazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) con positività al test di soppressione al desametazone sono state descritte in quasi tutti i disturbi psichiatrici ed in particolare nella depressione. Obiettivo dello studio è testare l'ipotesi che un'alterazione dell'asse HPA è presente in pazienti psichiatrici indipendentemente dalla diagnosi di Asse I e valutare eventuali correlazioni tra eventi stressanti e anomalie dell'asse HPA.
Il cortisolo salivare, basale e dopo somministrazione di desametazone (0,5 mg), è stato misurato in 73 pazienti con almeno una diagnosi di Asse I secondo la SCID-I ed in 23 controlli sani. La Florence Psychiatric Interview è stata usata per registrare le caratteristiche socio-demografiche, gli eventi stressanti e la sintomatologia in atto. La capacità di soppressione è stata valutata tramite l'indice di soppressione (IS) dato dal rapporto tra cortisolo dopo somministrazione del desametazone e cortisolo basale.
I pazienti hanno riportato una minore capacità di soppressione dell'asse HPA (IS = 0,47) e livelli di cortisolo basale (ore 20) e dopo somministrazione del desametazone significativamente superiori rispetto ai controlli (IS = 0,26, $p <$,005). Tra i pazienti la condizione di non soppressione, che non è risultata correlata né a specifiche diagnosi di Asse I né alla presenza di eventi stressanti, sembrerebbe associarsi ad uno specifico pattern sintomatologico caratterizzato da umore depresso, anedonia, bassa autostima, anergia, abulia, appiattimento affettivo, deficit di concentrazione, attacchi di panico e presenza di sintomi psicotici.

55. Le funzioni mnesiche nella remissione dal primo episodio psicotico: espressività neurocognitiva ed esperienza soggettiva

C.I. Cattaneo[*], A. Raballo[**], G. Castignoli[***]

[*] Clinica Psichiatrica, UPO Novara; [**] DSM AUSL Reggio Emilia, SPDC RE; [***] DSM Nord ASL 13, CSM Borgomanero

Introduzione: nonostante le evidenze disponibili suggeriscano il concomitare di esperienze soggettive di ridotta capacità prestazionale e diminuzione della performance neurocognitiva sia nei prodromi che nelle fasi di cronicità psicotica [1 2] i reperti di omogeneità tra esperienze soggettive e dati neurocognitivamente obiettivabili sono ancora sporadici e non univoci. Questo protocollo indaga la correlazione tra deficit mnemonici quantificati mediante WAIS-R e percezione soggettiva delle proprie capacità residue.
Metodologia: un campione di 10 soggetti (appartenenti allo spettro schizofrenico) in remissione dopo il primo episodio psicotico è stato sottoposto ad una batteria neurocognitiva dedicata alle funzioni mnesiche (WAIS-R, Direct ed Inverse Di-

git Span), ad un'intervista clinica semistrutturata per la rilevazione dell'esperienza soggettiva della vulnerabilità (*Brief Experiential Vulnerability Assessment*, BEVA*)* ed alla versione italiana autosomministrata della Scala Soggettiva per Esplorare la Cognitività nella Schizofrenia (SSECS).
Risultati: entrambi i test neurocognitivi correlano in modo statisticamente significativo con i pertinenti domini di deficit autopercepito identificati da BEVA e SSECS.
Conclusioni: la BEVA e la SSECS mostrano una idonea capacità di soggettivare i deficit mnesici oggettivi dei pazienti in fase di remissione. Nel dominio delle funzioni mnesiche si palesa un relativo isomorfismo tra autopercezione del declino prestazionale e riduzione di performance obiettivabile.

Bibliografia

1. Zanello A, Huguelet P. *Relationship between cognitive subjective symptoms and frontal executive abilities in chronic schizophrenic outpatients*. Psychopathology 2001;34:153-8.
2. Hambrecht et al. *Subjective and objective neuropsychological abnormalities in a psychosis prodrome clinic*. Br J Psych 2002;181:30-7.

56. Differenze di genere nella risposta ai farmaci nel Disturbo Depressivo Maggiore

E. Cattaneo, E. Mundo, S. Zanoni, N. D'Urso, A.C. Altamura

Dipartimento di Psichiatria, Università di Milano, Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Razionale e scopo dello studio: il ruolo del genere nell'influenzare la risposta agli antidepressivi nel Disturbo Depressivo Maggiore (DDM) è stato studiato poco e con risultati controversi [1 2]. Lo scopo dello studio è stato valutare l'esistenza di differenze correlate al genere in pazienti con DDM e risposta al trattamento con antidepressivi orali.
Metodi: 113 pazienti con diagnosi di DDM secondo il DSM-IV-TR e un Episodio Depressivo Maggiore in atto, sono stati trattati in aperto con SSRIs o SNRIs. Ai pazienti è stata somministrata la Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) prima del trattamento e dopo 4 settimane di trattamento a dosaggio terapeutico. Le percentuali di risposta (riduzione totale del punteggio alla HAM-D > 50%) e di remissione (punteggio totale alla HAM-D < 8, alla fine del trattamento) sono state calcolate sull'intero campione e confrontate (test del χ^2) tra i due gruppi definiti dal genere (uomini = 25, donne = 88).
Risultati: non sono state riscontrate differenze significative tra i due generi per quello che riguarda le principali variabili demografiche e cliniche al baseline. Al termine del trattamento 86 pazienti (76,1%) hanno ottenuto una risposta e 67 pazienti (59,3%) una remissione dei sintomi depressivi, senza differenze significative tra i due generi per entrambe le variabili di outcome ($\chi^2 = 1{,}100$, df = 1, $p > 0{,}2$ e $\chi^2 = 0{,}48$, df = 1, $p > 0{,}8$ rispettivamente). Non è stata trovata alcuna differenza tra i due generi nemmeno quando le donne sono state suddivise secondo la soglia considerata dalla letteratura per definire la menopausa [3].
Conclusioni: i risultati di questo studio preliminare suggeriscono che le differenze di genere non sono tra i fattori principali in grado di influenzare la risposta agli antidepressivi nel DDM.

Bibliografia

1. Pinto-Meza A, Usall J, Serrano-Blanco A, et al. *Gender differences in response to antidepressant treatment prescribed in primary care. Does menopause make a difference?* J Affect Disord 2006;93:53-60.
2. Wolhfarth T, Storosum JG, Elferink AJ, et al. *Response to tricyclic antidepressants: independent of gender?* Am J Psychiatry 2004;161:370-2.
3. Thase ME, Entsuah R, Cantillon M, Kornstein SG. *Relative antidepressant efficacy of venlafaxine and SSRIs: sex-age interactions*. J Womens Health 2005;14:609-16.

57. Stili di vita e rischio cardiovascolare in una coorte di pazienti psicotici

F. Cavallin, A. Bertorello, L. de Marco, M.V. Carlin, E. Emanuele, P. Fusar-Poli, M. Nicolasi, P. Politi

Università di Pavia, DSSAeP

Introduzione: le persone affette da disturbi psicotici si ammalano e muoiono più frequentemente, rispetto alla popola-

	Rispetto alla popolazione generale	Correlazioni
Fumo	+ (63% campione)	+ BMI, trigliceridi; - età, PA
Frutta e verdura	-	
Alcool	(26% campione)	+ creatinina, leucociti
Attività fisica	=	- fumo; + frutta e verd
P. arteriosa	-	
Col. tot.	=	
Col. HDL	=	
Trigliceridi	=	
Glicemia	=	
BMI	=	+ trigliceridi

+ maggiore; - minore; = non significativamente differenti

zione generale. Pochi studi, tuttavia, hanno indagato l'influenza dello stile di vita al riguardo.
Metodologia: nel primo trimestre 2006 abbiamo reclutato 132 soggetti, presentatisi consecutivamente in CPS o SPDC di Pavia. Tutti hanno accettato di collaborare alla ricerca, tranne 8 persone. I soggetti erano residenti, di età compresa tra 18 e 65 anni, con diagnosi ICD-10 di psicosi (F2n, F3n). Sono stati raccolti peso, altezza, giro vita, PA (secondo gli standard del Progetto Cuore), abitudini di vita e un campione di sangue.
Risultati: la situazione descritta in Tabella è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento italiana (Progetto Cuore), tranne per l'elevato consumo di tabacco ed alcool, nonché per valori inferiori di PA. Tali dati sono in linea con quelli della letteratura, ad eccezione di pressione arteriosa e attività fisica.
Conclusioni: emerge l'indicazione per interventi sulle abitudini di vita dei pazienti psicotici, con prevedibili risvolti positivi sul rischio cardiovascolare, nonché sul profilo psicopatologico.

58. Regolazione del recettoreA2A dell'adenosina in piastrine di pazienti bipolari trattati con neurolettici tipici

E. Cerrai, V. Lombardi, M.L. Trincavelli, M. Montali, S. Cuboni, A. Ciapparelli, C. Martini, L. Dell'Osso

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Introduzione: è noto che i recettori A_{2A} dell'adenosina e D_2 della dopamina si aggregano costitutivamente a formare eterodimeri (Hillion et al., 2002) presentando un antagonismo funzionale reciproco. Ciò ha suggerito il coivolgimento dei recettori A_{2A} nella patogenesi di malattie associate a disregolazioni del sistema dopaminergico. Studi dimostrano che in piastrine di pazienti psicotici, il trattamento cronico con neurolettici tipici induce un incremento nella risposta funzionale dei recettori A_{2A} (Martini et al., 2004; Trincavelli, 2002) confermando, come già descritto nel SNC, una stretto cross-talk tra il sistema adenosinico e quello dopaminergico a livello piastrinico.
Metodologia: campione di 24 pazienti con disturbo bipolare, secondo il DSM-IV-TR, in trattamento con neurolettici tipici da almeno un mese. Eseguiti prelievo ematico e valutazioni con BPRS e CGI item "severità di malattia". 32 controlli sani. Determinazione, mediante analisi Scatchard, dei parametri cinetici del recettore A_{2A} nelle piastrine dei pazienti e dei controlli.
Risultati: la densità del recettore A_{2A} non varia nei pazienti rispetto ai controlli. Si verifica invece una riduzione significativa della costante di dissociazione del radioliagndo per il recettore A_{2A} (Kd, $p = 0{,}0004$). Tale riduzione correla significativamente ($p = 0{,}009$), in modo inverso, con l'item "Severità di Malattia"della CGI.

59. Effetti metabolici, cardiologici ed endocrinologici degli antipiscotici atipici nella pratica clinica dipartimentale

G. Cerveri, P. Ala, I. Netti, L. Volonteri, C. Mencacci

Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano

Gli antipsicotici atipici rappresentano un importante progresso nel trattamento della schizofrenia e dei disturbi correlati. Tuttavia sono state riscontrate frequentemente alterazioni endocrinologiche e metaboliche; queste ultime complicanze sono state associate a un'aumentata mortalità da ipertensione, coronariopatia e ictus. Scopo della presente ricerca è valutare la prevalenza di disturbi metabolici, endocrini e cardiologici in soggetti in trattamento cronico presso un DSM.
Metodi: a tutti i pazienti in trattamento con Antipsicotici in monoterapia è stata proposta, all'interno delle metodologie di buona pratica clinica, una valutazione dei parametri di peso, livelli di glicemia ed emoglobina glicata, Prolattina, Colesterolo e Trigliceridi e ECG con valutazione tratto QT.
Risultati: dei 50 soggetti valutati, il 20,6% presentava BMI superiore a 30 (soglia obesità), i livelli di soglia erano superati dal 13,8% del campione per la glicemia, dal 27,6% per colesterolo e dal 20,0% per prolattina. Il 7,1% dei soggetti presentava QT superiore ai livelli di norma. L'analisi è stata poi effettuata in funzione dell'antipsicotico assunto osservando che gli antipsicotici atipici non presentano un profilo omogeneo in termini di tollerabilità sia sul piano metabolico-endocrinologico che sul piano cardiologico.
Conclusione: tale studio permette di osservare in un contesto clinico gli effetti indesiderati dei nuovi antipsicotici dopo esposizione prolungata.

60. Analisi dei consumi di prestazioni psichiatriche nella Provincia di Varese: anno 2006

G. Cerveri[*], M.G. Ceriotti[**], G. Magni[**], S. Renato[**], F. Banfi, C. Mencacci[*]

[*] DSM Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano, [**] Azienda Sanitaria Locale di Varese

Scopo: della presente ricerca è descrivere le tipologie di intervento erogate ai cittadini residenti nella Provincia di Varese nell'anno 2005 (circa 800.000 abitanti).
Metodi: tramite i flussi informativi regionali sono state raccolte le prestazioni erogate in ambito ospedaliero, territoriale e residenziale. È stata effettuata un analisi sui tassi di attività /1000 abitanti. Si è infine valutata l'allocazione delle risorse economiche disponibili nelle varie tipologie di intervento.
Risultati: il numero di pazienti che ha avuto accesso a prestazioni specialistiche è risultato nel 2005 di 9308. I soggetti con interventi multidisciplinari ed integrati nei CSM è risultato poco superiore alle 4000 unità. I pazienti ricoverati in SPDC sono risultati 1.142 con mediamente 1,6 ricoveri all'anno. Infine 357 soggetti hanno ricevuto interventi di tipo residenziale. Per quanto riguarda il monitoraggio della spesa si osserva che la maggior parte delle risorse disponibili (57%) vengono destinate alle persone ricoverate in strutture residenziali che rappresentano solo il 3,8% dell'intera popolazione di pazienti in carico.

Conclusione: dall'analisi effettuata emerge un notevole bisogno di interventi di tipo specialistico ed ambulatoriale che nell'attuale sistema di finanziamento occupa una parte molto ridotta delle risorse, mentre gli interventi di tipo residenziale riguardano un ristretto numero di soggetti con grandi bisogni di intervento e assistenza che occupano la maggior parte delle risorse disponibili.

61. Stili genitoriali e comportamenti autoaggressivi nei disturbi del comportamento alimentare

L. Ceschin, M. Pepe, R. Ferranti, P. Galli, A. Favaro, P. Santonastaso

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Scopo: valutare la percezione degli stili genitoriali in pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e la relazione tra stili genitoriali e presenza di comportamenti di tipo autoaggressivo e/o suicidario.
Metodi: 612 soggetti con DCA hanno svolto un'intervista semistrutturata e una batteria di test comprendente il Parental Bonding Inventory (PBI). Il PBI misura la percezione soggettiva della qualità degli atteggiamenti genitorali nei primi 16 anni di vita; ha due sottoscale: "accudimento" e "iperprotezione".
Risultati: le pazienti con anoressia (AN) percepiscono mediamente i genitori con un alto accudimento e una bassa protezione. Una percezione di iperprotezione viene riportata dalle pazienti AN con condotte di eliminazione. Le pazienti con bulimia percepiscono i genitori meno accudenti e più iperprotettivi.
Gli stili genitoriali differiscono tra le pazienti che hanno e quelle che non hanno comportamenti di tipo autoaggressivo e suicidario: entrambi infatti risultano associati alla sensazione di scarso accudimento materno e, in alcune sottocategorie diagnostiche, ad un'eccessiva iperprotezione.
Conclusioni: il nostro studio conferma quanto riscontrato in letteratura per quanto riguarda le differenze tra le categorie diagnostiche dei DCA. Lo studio mostra, inoltre, la presenza di una relazione significativa tra la sensazione di aver ricevuto un basso accudimento e/o una iperprotezione da parte dei genitori e la presenza di comportamenti autoaggressivi di tipo impulsivo e tentato suicidio.

62. "Mio fratello è figlio unico": osservazioni preliminari su qualità di vita e adattamento alla disabilità di un fratello

M. Chiappedi, R. Bissi, L. Cebrelli, E. Fasciolo, A. Fresca, S. Maltagliati, A. Ghisoni

Fondazione don Carlo Gnocchi ONLUS, Servizio di Neuropsichiatria e Riabilitazione per l'Età Evolutiva, Centro Medico "Santa Maria alle Fonti" di Salice Terme (PV)

La condizione di disabilità fisica e/o psichica presente in un figlio comporta un complesso insieme di adattamenti che coinvolgono l'intera famiglia, intesa come sistema e come intreccio di relazioni in continua evoluzione. 14 fratelli e sorelle (età: 4-18 anni) di pazienti seguiti presso i nostri Centri, senza evidenza anamnestica e clinica di disturbi psicopatologici o dello sviluppo globale in rapporto alla loro età, sono stati studiati per stabilire le modalità di coping utilizzate. La valutazione della Qualità di Vita (mediante questionari SF36 ed EuroQOL, somministrati ai genitori e ai soggetti) e quella del funzionamento psicologico globale (mediante CBCL somministrata ai genitori) è stata confrontata con la gravità del quadro clinico in riferimento alla specifica patologia (Clinical Global Impression) e al funzionamento globale (Childhood Global Assessment Scale) del fratello o della sorella da noi seguito/a. Come atteso, non emergono indicazioni univoche, confermando così come le strategie di adattamento siano determinate da molteplici fattori. Si evidenziano tuttavia significativi indici di aumentato rischio psicopatologico e di riduzione della Qualità della Vita, senza una sicura correlazione statistica con la valutazione del quadro clinico del paziente. Poiché inoltre vi è spesso una divergenza nelle risposte dei soggetti e dei genitori, viene rafforzata l'indicazione a una valutazione e a un monitoraggio clinici preventivi.

63. La durata di malattia non trattata come fattore predittivo di risposta al trattamento antidepressivo nel Disturbo da Ansia generalizzata: uno studio naturalistico

M. Ciabatti, E. Mundo, B. Dell'Osso, F. Castellano, S. Fumagalli, A.C. Altamura

Dipartimento di Psichiatria, Università di Milano, Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Introduzione: il Disturbo d'Ansia Generalizzata (GAD) è un disturbo d'ansia cronico e frequente. Lo scopo dello studio è stato valutare l'impatto della durata di malattia non trattata (DUI), ovvero l'intervallo di tempo intercorrente tra l'esordio e il primo trattamento farmacologico adeguato, sulla risposta al trattamento con antidepressivi.
Metodi: 100 pazienti ambulatoriali con diagnosi DSM-IV-TR di GAD, che hanno fornito il consenso allo studio, sono stati suddivisi in due gruppi sulla base della DUI: DUI ≤ 1 anno (N = 29), DUI > 1 anno (N = 71).
I pazienti sono stati trattati con antidepressivi (SSRI, SNRI) a dosaggi standard per 8 settimane. La risposta al trattamento è stata valutata mediante la Clinical Global Impression rating scale (gravità di malattia), i cui punteggi medi sono stati confrontati nei due gruppi prima e dopo il trattamento mediante ANOVA per misure ripetute.
Risultati: non sono state riscontrate differenze significative tra le variabili cliniche e demografiche al baseline nei due gruppi. Il gruppo con DUI ≤ 1 anno ha mostrato un miglioramento significativamente maggiore dei punteggi CGI rispetto al gruppo con DUI > 1 anno (Effetto Tempo: $F = 654{,}975$, $p < 0{,}00001$; Effetto Gruppo: $F = 4{,}369$, $p < 0{,}04$). Quando la DUI è stata calcolata sulla base del tempo intercorso tra l'esordio e il primo trattamento benzodiazepinico non sono state riscontrate differenze significative nella risposta al trattamento tra i due gruppi (DUIbdz ≤ 1 anno e DUIbdz > 1 anno) (Effetto Tempo: $F = 652{,}183$, $p < 00001$; Effetto Gruppo: $F = 0{,}009$, $p > 0{,}9$).
Conclusioni: i risultati di questo studio indicano che una DUI più breve può rappresentare un fattore predittivo posi-

tivo e specifico della risposta al trattamento antidepressivo nel GAD.

Bibliografia

Altamura AC, Santini A, Salvadori D, Mundo E. *Duration of untreated illness in panic disorder: a poor outcome risk factor?* Neuropsychiatric Disease and Treatment 2005;1:345-7.

Lieb R, Becker E, Altamura C. *The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe*. European Neuropsychopharmacology 2005;15:445-52.

64. Compliance e qualità della vita nei pazienti in trattamento con paroxetina orale liquida

M. Cigala Fulgosi, C. Gavinelli, C. Colombo, E. Smeraldi Enrico, R. Zanardi

Dipartimento di Psichiatria, Università Vita-Salute S. Raffaele, Milano

Introduzione: poco si conosce sull'aderenza al trattamento farmacologico in base al tipo di formulazione assunta. Questo studio osservazionale ha valutato l'aderenza al trattamento, durante un periodo di 1, 3 e 6 mesi, di un gruppo di pazienti in trattamento di mantenimento con paroxetina dopo il passaggio da compresse ad una formulazione liquida.
Pazienti e metodi: l'aderenza al trattamento di tale campione (N = 38) è stata confrontata con quella di un altro gruppo di pazienti (N = 30) che ha proseguito il trattamento con la formulazione in compresse.
Per la valutazione della compliance è stata utilizzata una scala autosomministrata, la MARS (Medical Adherence Rating Scale), all'inizio (baseline), dopo 1 mese, dopo 3 e dopo 6 mesi dal passaggio alla formulazione orale liquida.
Il benessere dei pazienti è stato valutato utilizzando una scala per la qualità della vita quale la WHOQOL (WHO Quality of Life).
Risultati: l'analisi della variazione dei punteggi della MARS evidenzia una differenza statisticamente significativa ($p < 0,0237$) tra il gruppo di pazienti in formulazione liquida rispetto al gruppo che prosegue il trattamento in compresse. In particolare, il gruppo che assume la formulazione liquida mostra un miglioramento della compliance nel tempo. Sempre analizzando i punteggi alla MARS, abbiamo verificato se qualche variabile clinico-demografica fosse in grado di influenzare l'aderenza al trattamento. Nel gruppo di pazienti che è passato dal trattamento in compresse alla formulazione liquida, l'età sembra influenzare negativamente la compliance, ma solo durante il primo mese di trattamento. In seguito, sia i pazienti giovani che gli attempati (età > 60 anni) mostrano una compliance più elevata rispetto a quelli che continuano ad assumere le compresse.
La scala WHOQOL non mostra differenze significative nei 2 gruppi di trattamento, benché il gruppo che opta per lo shift appaia avere una migliore qualità di vita già al basale, probabilmente per migliori capacità adattive.
Conclusioni: questo studio, pur presentando qualche limite metodologico, evidenzia come il cambiamento di formulazione durante la fase di mantenimento del trattamento antidepressivo può rappresentare una utile strategia per migliorare la compliance.

65. Valutazione del profilo neurocognitivo nei pazienti con disturbo ossessivo compulsivo attraverso lo studio delle funzioni esecutive nel confronto con pazienti con disturbo di panico e controlli sani

M. Ciuffa, E. Polli, A. Rasa, D. Liberati, G. Bersani

U.O.D. Universitaria di Psichiatria, Ospedale "A. Fiorini", Terracina; Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma, Polo Pontino

Introduzione: il disturbo ossessivo compulsivo (DOC) è un disturbo d'ansia frequentemente disabilitante, accompagnato da un certo grado di compromissione cognitiva. Studi sul profilo neurocognitivo eseguiti attraverso l'ausilio di test neuropsicologici e di neuroimmagini (come la risonanza magnetica funzionale (fMRI) e la tomografia ad emissione di positroni (PET)), hanno suggerito in questo disturbo l'esistenza di un'alterazione, sia dal punto di vista funzionale che strutturale, dei circuiti orbitofronto-striatali. Relativamente pochi dati sono disponibili invece sulla presenza di deficit cognitivi negli altri disturbi d'ansia, in cui il grado di compromissione cerebrale appare minore.
Obiettivi: lo scopo di questo studio è stato quello di ricercare la presenza di deficit cognitivi selettivi anche in un disturbo d'ansia in cui è stato individuato un grado minimo di compromissione cerebrale, come il disturbo di panico, comparando le performance cognitive ottenute dai pazienti con disturbo ossessivo compulsivo (DOC), dai pazienti con disturbo di panico associato ad agorafobia (DP/A) e dai controlli sani. Inoltre, abbiamo cercato di individuare una possibile relazione tra gravità della sintomatologia depressiva/ansiosa e la presenza di una disfunzione cognitiva nei vari sottogruppi di pazienti.
Materiali e metodi: abbiamo sottoposto 16 pazienti (6 di sesso maschile, 10 di sesso femminile, età media 40 anni), di cui 7 affetti da DOC e 9 affetti da DP/A, e 9 controlli al Wisconsin Card Sorting Test (WCST) (da cui si può ricavare una misura della capacità di set shifting) e allo Stroop Color and Word Test (SCWT) (da cui si può ricavare misura dell'attenzione selettiva). Abbiamo inoltre valutato la dimensione sintomatologica dei pazienti attraverso la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) e la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) che ci forniscono rispettivamente un'indicazione del livello di depressione e di ansia nei pazienti.
Risultati: il gruppo DOC mostrava una significativa compromissione nelle funzioni esecutive rispetto ai controlli (WCST-E: $p < 0,001$; WCST-RP: $p < 0,000$; WCST-NPE: $p < 0,009$; WCST-PE: $p < 0,005$; WCST-C: $p < 0,000$), mentre non sono state rilevate differenze significative tra i diversi gruppi di pazienti e il gruppo di controllo per ciò che riguarda l'attenzione selettiva, suggerendo una possibile disfunzione cronica a carico della corteccia dorsolateroprefrontale nei pazienti DOC, ma non nei pazienti DP/A. Le analisi di correlazione eseguite per esaminare la relazione tra la performance cognitiva e la gravità dei sintomi di tipo depressivo/ansioso nel gruppo complessivo di pazienti hanno mostrato una correlazione tra il tempo di esecuzione della Stroop color-naming task e il punteggio totale della HDRS ($p < 0,002$), ma nessuna correlazione nei sottogruppi dei pazienti, forse a causa dell'esiguità del campione.

Conclusioni: i peggiori risultati ottenuti nei test dal gruppo di pazienti affetti da DOC confermano la presenza di una più severa implicazione funzionale in questo disturbo rispetto agli altri disturbi d'ansia, con un coinvolgimento anche della corteccia dorsolateroprefrontale, verosimilmente associato a deficit di altre regioni del cervello, come la corteccia orbitofrontale. I risultati suggeriscono inoltre l'influenza della severità della sintomatologia depressiva sulla performance cognitiva, ma questi dati necessitano tuttavia di ulteriori conferme su un campione più ampio di pazienti, esaminati in una più vasta gamma di aspetti neuropsicologici.

66. L'aggressività in pazienti ospedalizzati: implicazioni diagnostiche e farmacoterapeutiche

A. Colasanti, M. Rossattini, I.F. De Gaspari, F. Dragogna, M.C. Mauri

Clinica Psichiatrica, Unità di Neuropsicofarmacologia Clinica, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Nonostante i dati epidemiologici suggeriscano che la dimensione aggressiva necessiti di un approccio terapeutico transnosografico, attualmente nessun farmaco ha un'indicazione specifica per il trattamento di pazienti con comportamenti aggressivi. Lo scopo dello studio è l'analisi della dimensione aggressiva in una popolazione di pazienti ospedalizzati, ponendo particolare riguardo alla diagnosi e alla scelta del trattamento.
Allo scopo 350 pazienti afferenti al SPDC dell' Ospedale Policlinico di Milano sono stati valutati per un periodo di un anno tramite le scale BPRS e MOAS.
I risultati hanno evidenziato un punteggio MOAS inferiore nei pazienti affetti da Disturbo Psicotico rispetto ai pazienti affetti da Disturbo di Personalità (2,4 ± 0,4 SD *vs*. 6,2 ± 2,1 SD; $p < 0,001$). Riguardo alla scelta del trattamento farmacologico dei pazienti aggressivi, la prescrizione di antipsicotici di prima generazione, antipsicotici long-acting, clozapina e quetiapina è risultata significativamente associata alla presenza di una storia di comportamenti aggressivi ($p < 0,001$).
Nonostante la dimensione aggressiva sia poco correlata alla diagnosi di Disturbo Psicotico, i farmaci antipsicotici sono largamente utilizzati nei pazienti con storia di aggressività. I risultati dello studio hanno inoltre evidenziato una significativa preferenza dei clinici per clozapina e quetiapina, tra i neurolettici di nuova generazione. Tale risultato necessita di ulteriori studi clinici che analizzino l'efficacia di questi farmaci specificamente nella dimensione aggressiva.

67. Psicopatologia e neuropsicologia cognitiva nelle sequele psichiatriche del trauma cranico: dati preliminari di uno studio prospettico longitudinale

A. Colasanti, D. Moliterno, A. Natoli, I. De Gaspari, M. Rossattini, M.C. Mauri

Clinica Psichiatrica, Unità di Neuropsicofarmacologia Clinica, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Disturbi psichiatrici e disturbi cognitivi frequentemente insorgono come conseguenza di un trauma cranico (TC).
Le sequele psichiatriche post-traumatiche si associano frequentemente ad un impoverimento delle performance cognitive. Specifiche modificazioni neuropatologiche dovute al TC possono contribuire alla sintomatologia sia psichiatrica che cognitiva.
Scopo dello studio è l'analisi della possibile relazione tra deficit psicopatologici e neuropsicologici, in relazione alla diagnosi psichiatrica post traumatica.
Lo studio include soggetti afferenti all'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano con TC di entità moderata. Sono stati esclusi i soggetti con parametri vitali e neurologici instabili e con diagnosi psichiatrica antecedente al trauma. Per la diagnosi si è utilizzata la SCID I. La sintomatologia psichiatrica è valutata attraverso PANSS, HRSD, HRSA, il funzionamento globale tramite GAF e IADL. I test neuropsicologici comprendono: Fluenze Verbali su chiave fonemica e semantica, Test del Breve Racconto, Trial Making Test, Matrici Attentive, Matrici Colorate Progressive di Raven, Torre di Londra e Winsconsin Card Sorting Test. Le valutazioni saranno eseguite longitudinalmente per 12 mesi.
Il campione preliminare è costituito da 8 pz, 5 maschi e 3 femmine, con età media di 43 anni. Sono state riscontrate diagnosi di Depressione Maggiore (62%), e Disturbi d'Ansia (13%).
Dai risultati emerge una significativa correlazione tra sintomi depressivi e coinvolgimento delle funzioni cognitive superiori frontali.

68. Ruolo dell'olanzapina iniettabile nel controllo dell'angoscia psicotica

A. Colotto, K. Amantini, G. Mina, S. Spanarello

U.O. di Psichiatria, D.S.M. V d A

Introduzione: solo la scuola francese ha mostrato interesse per l'angoscia psicotica e considerato l'effetto calmante come effetto terapeutico degli antipsicotici, associato a quelli antiproduttivo e antideficitario. Si parlò di effetto angolitico (azione sull'angoscia psicotica) e si sostenne che l'effetto angolitico dei neurolettici stava alla sedazione come quello ansiolitico delle benzodiazepine all'attività ipnoinducente.
Materiali e metodi: scopo del lavoro è stato quello di valutare, in 30 pz con diagnosi di Psicosi reattiva breve secondo DSM IV, giunti in SPDC in grave agitazione psicomotoria, l'attività di Olanzapina fiale (dosaggio standard di 20 mg/die) sulla angoscia psicotica, valutata con PAS, correlandola con le variabili aggressività, misurata con la Overt Aggression Scale, e livello di sedazione.

Risultati: tutti i pz hanno risposto al trattamento con riduzione statisticamente significativa dei punteggi di PAS e di OAS. L'analisi statistica ha evidenziato una correlazione diretta tra la riduzione dei 2 parametri nei singoli pz. Il risultato è stato accompagnato da ottima tollerabilità e da minima di sedazione.
Conclusioni: la tollerabilità del farmaco nell'acuzie, la mancata propensione ad indurre reazioni diatoniche e discinetiche ed il rapido controllo dell'angoscia in assenza di sedazione rappresentano fattori importanti per compliane ed aderence al trattamento.

Bibliografia

Kapsambelis V, et al. *Clinical classification of neuroleptics. Critical study and current prospects.* Encephale 1990;16:63-70.
Wagstaff AJ et al. *Intramuscular olanzapine: a review of its use in the management of acute agitation*. CNS Drugs 2005;19:147-64.

69. Alessitimia psicopatologia e somatizzazione

M. Coppola, R. Mondola, E. Massoni, T. Longobardi

Dipartimento di Neuroscienze, Area Funzionale di Psichiatria, Università Federico II di Napoli

Introduzione: il termine alessitimia indica la difficoltà o l'incapacità ad esprimere verbalmente le proprie emozioni. Come conseguenza dell'assetto alessitimico, il paziente utilizza il corpo per manifestare la sua sofferenza psichica ed il sintomo rappresenta un compromesso per esprimere ciò che la mente non può tollerare. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare la presenza di alessitimia e di sintomi ansioso-depressivi in una popolazione di pazienti ricoverati nei reparti di Medicina e visitati in consulenza interna presso l'ambulatorio di Psichiatria.
Metodologia: tutto il campione (n = 50), che risultava affetto da più patologie mediche concomitanti e presentava diverse diagnosi psichiatriche in Asse I secondo i criteri del DSM IV, ha effettuato un colloquio clinico psichiatrico ed ha eseguito le scale di valutazione dell'alessitimia (TAS) e quelle di Zung per i sintomi ansioso-depressivi. Il calcolo dei coefficienti di correlazione tra le variabili psicopatologiche è stato eseguito utilizzando il Pearson Product Moment (r). Tutte le analisi con un *p* minore o uguale a 0,01 sono state considerate significative.
Risultati: gli indici di correlazione tra le variabili psicopatologiche sono riportati in Tabella I.
Conclusioni: abbiamo riscontrato che in una popolazione psichiatrica il grado di alessitimia, ed in particolare le tre aree psichiche individuate dalla TAS (F1: difficoltà ad identificare i sentimenti, F2: difficoltà a descrivere i sentimenti, F3:pensiero orientato verso l'esterno) risulterebbero strettamente correlate alla sintomatologia ansiosa e depressiva. Il dato più interessante del nostro studio è la stretta correlazione tra F1 e la sintomatologia ansioso-depressiva, mentre F2 risulterebbe associata solo alla sintomatologia ansiosa. F3 sembrerebbe invece indipendente rispetto alle dimensioni ansia e depressione.

Tab. I.

	TAS	F1	F2	F3
Zung A	540**	510**	356*	N.S
Zung D	469**	513**	N.S.	N.S

* p < 0,05; ** p < 0,01

70. Alterazioni della sostanza bianca in regione fronto-temporale ed esordi psicotici

M. Coppola, R. Mondola, G. Festa, F. Nappi, F. D'Amato, C. Dell'Aversano, M. Casiello

Università di Napoli Federico II, Dipartimento di Neuroscienze Area funzionale di Psichiatria

Introduzione: alcune malattie della sostanza bianca possono presentarsi clinicamente con sintomi simil-schizofrenici. Scopo del nostro studio è stato valutare, nei pazienti afferenti al nostro DH con sintomi deliranti di recente insorgenza, la presenza alla RMN encefalo di lesioni della sostanza bianca.
Metodologia: i tre pazienti selezionati di età compresa tra 18 e 30 anni, hanno eseguito esami ematochimici, colloquio clinico ed una RMN encefalo.
Tutti mostravano disturbi del comportamento, idee di riferimento, deliri persecutori. L'esordio della sintomatologia in un caso è avvenuto sei mesi dopo l'uscita dal coma a seguito di una meningite virale; una paziente ha manifestato i sintomi 1 anno dopo la diagnosi di sclerosi multipla, per un paziente non si è riuscita a stabilire una causa ma alla RMN mostrava esiti gliotici su base vascolare.
Risultati: tutti e 3 i pazienti presentavano lesioni della sostanza bianca in regione frontotemporale destra.
Conclusioni: in base alla rivisitazione della letteratura e alla nostra breve esperienza clinica vogliamo evidenziare l'importanza dell'esecuzione della RMN encefalo all'esordio della sintomatologia psicotica al fine di diagnosticare precocemente lesioni della sostanza bianca. La natura, la localizzazione e la tempistica di tali lesioni sembrano essere fattori chiave nello sviluppo di psicosi.

71. Psicoterapia psicoanalitica in istituzione e problemi di setting

A. Cornoldi, C. Cecchetto, M. Pierri

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione Psichiatria, Università di Padova

Introduzione: nell'ambito della Psichiatria Territoriale nasce nel 2002, in seno alla Clinica Psichiatrica dell'Università di Padova, l'Ambulatorio di Consultazione e Psicoterapia Psicoanalitica che offre, all'interno dell'Istituzione, Psicoterapie qualificate ad indirizzo psicoanalitico, di durata medio-lunga (da 6 mesi a 36 mesi, con sedute settimanali di 45 minuti).
Metodologia: il nostro studio valuta le caratteristiche sociodemografiche e cliniche di un campione di 49 pazienti dell'Ambulatorio (in carico da gennaio 2004 a dicembre 2005) tramite l'analisi di cartelle cliniche e del test SCL 90.

Si è poi valutato l'atteggiamento di tali pazienti nei confronti del setting dell'Ambulatorio, tramite un'intervista semi-strutturata posta ai terapeuti dell'Ambulatorio relativamente a ciascun paziente, e l'esistenza di eventuali correlazioni tra le caratteristiche del paziente e il suo atteggiamento verso il setting della psicoterapia.
Risultati: vi è una correlazione statisticamente significativa tra alcune "categorie" di pazienti (pazienti con diagnosi più grave, pazienti con struttura borderline di personalità, pazienti con focus di trauma inelaborato, pazienti che all'SCL 90 presentano sentimenti di ostilità, quelli che presentano ideazione paranoide e quelli che presentano disturbi di somatizzazione) e i loro comportamenti nei confronti del setting dell'Ambulatorio.
Conclusioni: il nostro studio conferma l'importanza del significato psicologico del setting nelle psicoterapie ad indirizzo psicoanalitico nei pazienti medio-gravi e fornisce un ulteriore sostegno al terapeuta per interpretare e "sciogliere" i "nodi" relazionali collegati al disagio psichico dei pazienti.

72. Anxiety sensitivity e fattori di personalità nel disturbo di panico

S. Crippa, A. Bertani, A. Fossati, P. Romano, G. Perna, L. Bellodi

Centro per i Disturbi d'Ansia, Università Vita-Salute San Raffaele Turro, Milano

L'obiettivo dello studio è di valutare la relazione fra la sintomatologia legata al disturbo di panico e all'agorafobia, l'anxiety sensitivity e i fattori di personalità secondo Cloninger. Il campione è costituito da 50 pazienti con DP e 50 controlli sani. I pazienti sono stati valutati attraverso la Panic Associated Symptom Scale (PASS) e la Mobility Inventory for Agoraphobia (MIA) per rilevare la gravità della sintomatologia legata al disturbo di panico e all'agorafobia. Abbiamo inoltre somministrato a pazienti e controlli sani l'Anxiety Sensitivity Index (ASI) per valutare l'anxiety sensitivity e il Temperament and Character Inventory (TCI) per rilevare le dimensioni di personalità. I risultati mostrano una differenza significativa per quanto riguarda i punteggi dell'anxiety sensitivity ($p < ,0001$) e delle dimensioni di personalità Harm Avoidance ($p < ,0001$), Self-directedness ($p < ,0001$) e Cooperativeness ($p < ,001$). Nel gruppo dei pazienti si osserva una correlazione fra l'ASI e l'Harm Avoidance ($R = ,46$), inoltre la MIA correla positivamente con l'ASI ($R = ,41$) e l'Harm Avoidance ($R = ,43$). Nel gruppo dei controlli sani non si evidenziano correlazioni significative. I risultati suggeriscono che l'anxiety sensitivity e alcune caratteristiche di personalità sono relazionate al disturbo di panico, ulteriori studi potranno chiarire il significato di tali correlazioni.

73. Patologia dello spettro bulimico: valutazione diagnostica tramite l'eating attitude test

C. Crispo, A. Mirabella, G. Di Pietro

Dipartimento di Neuroscienze e Comportamento, Area Funzionale di Psichiatria

Introduzione e scopo: l'interesse per i Disturbi alimentari Non Altrimenti Specificati (DANAS) sorge dal riscontro nella clinica di un numero crescente di pazienti le cui caratteristiche non permettono l'assegnazione alle categorie diagnostiche di Anoressia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) ma che vivono un rapporto conflittuale col cibo, il peso e l'immagine corporea, mostrando una sofferenza psichica sovrapponibile a quella di pz con una delle "sindromi maggiori". La prevalenza dei DANAS, in particolare del Binge Eating Disorder (BED), è in aumento. In questo studio si è investigata la presenza di differenze tra BN e DANAS dello spettro bulimico.
Metodo: il campione è costituito da 131 soggetti che, tra 2000 e 2004, si son recati presso l'Ambulatorio per i DCA della Clinica Psichiatrica dell'Università Federico II di Napoli e hanno ricevuto diagnosi di uno dei disturbi citati. I dati sociodemografici e clinici sono stati raccolti mediante un'intervista semistrutturata e la compilazione della cartella clinica informatizzata per i DCA, poi hanno compilato dei test, tra cui l'EAT (Garner & Garfinkel, 1979).
Risultati: di 131 pz (123 F; 8 M) 40 hanno avuto diagnosi di BN (30,5%), 27 di BED (20,6%), 64 di DANAS (48,9%), età media alla prima visita 26,6 (D.S. = 9,7). Differenze sono emerse per il punteggio globale e per le sottoscale dell'EAT (Dieta, Bulimia, Controllo Orale): pz con BED hanno totalizzato punteggi più alti al totale e alle sottoscale Bulimia e Controllo Orale, pz con DANAS non BED hanno ricevuto punteggi maggiori alla sottoscala Dieta.
Discussione: i risultati evidenziano che anche pz che non soddisfano i criteri per BN full syndrome vivono una forte alterazione degli schemi cognitivi-comportamentali inerenti il cibo, il peso e la forma fisica, dimostrando che la "core psychopathology" è il substrato comune di tutti i disordini. Sono evidenti, tuttavia, differenze nell'espressione di tale disagio, indicando che DANAS e BED sono entità nosografiche distinte.

74. L'abuso di sostanze psicoattive nei pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo

V. D'Ambrosio, U. Albert, E. Pessina, G. Maina

Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione e scopo: la prevalenza dei disturbi da uso di sostanze (DUS) nel disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) in studi epidemiologici è stimata intorno al 20-25% [1]. In campioni clinici tale prevalenza oscilla tra il 5 e il 35% [2-4]. Non vi sono attualmente dati sulle differenze tra pazienti con DOC con e senza comorbidità con uso di sostanze. Scopo del lavoro è valutare se vi siano differenze significative tra pazienti DOC con e senza abuso di sostanze per quanto concerne le caratteristiche socio-demografiche e cliniche.

Metodo: i soggetti inclusi nello studio sono stati selezionati tra i pazienti afferiti consecutivamente al Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino tra il 2000 e il 2005. I criteri di inclusione sono stati: 1) diagnosi di DOC secondo il DSM-IV-TR; 2) età ≥ 18 anni; 3) punteggio totale della *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS) ≥ 16; 4) partecipazione volontaria allo studio; 5) ottenimento del consenso informato. Criteri di esclusione sono stati: 1) diagnosi attuale o longitudinale di disturbo psichiatrico di origine organica, schizofrenia, disturbo schizofreniforme, altri disturbi psicotici o ritardo mentale; 2) patologia medica grave. Per la valutazione dei pazienti è stata utilizzata un'intervista sistematica semistrutturata volta alla raccolta dei dati socio-demografici e alla rilevazione delle caratteristiche cliniche del disturbo. La diagnosi e la comorbidità longitudinale con altri disturbi di Asse I, secondo i criteri del DSM-IV-TR sono state rilevate attraverso la somministrazione della SCID-I (Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders). A tutti i pazienti sono state somministrate la *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS), la *Hamilton Rating Scale for Depression a 17 items* (HAM-D) e la *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HAM-A).
Risultati: il campione comprende 216 pazienti con diagnosi di DOC (108 maschi e 108 femmine). Nel campione esaminato 21 pazienti (9,7%) presentano comorbidità con abuso di sostanze (6% comorbidità con abuso di alcol, 2,8% abuso di altre sostanze psicoattive). Tra i pazienti con abuso di sostanze psicoattive 4 pazienti (1,9%) presentano abuso di cocaina, 3 pazienti (1,4%) di cannabinoidi e un paziente (0,5%) di LSD. I pazienti con DOC e abuso di sostanze risultano differenti rispetto ai DOC senza abuso in comorbidità per quanto concerne l'età media (26,7 ± 7,9 *vs.* 35,6 ± 16,1, p = 0,001), l'età d'esordio del disturbo (18,3 ± 6,0 *vs.* 24,1 ± 9,5, p = 0,007), la comorbidità lifetime con disturbo di panico (23,8% *vs.* 7,4%, p = 0,025) e con disturbi bipolari (23,8% *vs.* 7,7%, p = 0,031), la presenza di compulsioni di ordine (52,4% *vs.* 26,2%, p = 0,02) e di miscellanea di compulsioni (76,2% *vs.* 52,3%, p = 0,038).
Conclusioni: nel campione in studio si osserva una prevalenza di abuso di sostanze pari al 9.7%. I pazienti con DOC in comorbidità con abuso di sostanze presentano età media inferiore ed età d'esordio del disturbo più precoce rispetto ai DOC senza abuso di sostanze. Il DOC con abuso di sostanze inoltre, risulta essere più frequentemente in comorbidità anche con disturbo di panico e disturbi bipolari.

Bibliografia

1. Regier DA et al. *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*. JAMA 1990;264:2511-8.
2. Reddy JC et al. *An 11-to 13-year follow-up of 75 subjects with obsessive-compulsive disorder.* J Clin Psychiatry 2005;66:744-79.
3. Hasler G et al. *Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationship to psychiatric comorbidity*. Psychiatr Res 2005;135:121-32.
4. Mayerovitch JI et al. *Treatment seeking for obsessive-compulsive disorder: role of obsessive-compulsive disorder symptoms and comorbid psychiatric diagnoses*. Comprehensive Psychiatry 2003;44:162-8.

75. Fumo di tabacco, abuso di sostanze psicoattive e condizioni mediche generali nei disturbi bipolari: confronto tra tipo I e tipo II

V. D'Ambrosio, A. Chiarle, V. Salvi, G. Maina

Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione e scopo: numerosi studi hanno dimostrato che i pazienti affetti da disturbo bipolare tendono con maggior frequenza ad essere affetti da patologie mediche generali (malattie cardiovascolari, ipertensione e diabete mellito di tipo II) e hanno una più elevata mortalità rispetto alla popolazione generale. È dibattutto se questo sia dovuto allle abitudini di vita associate al disturbo bipolare o se via sia invece una correlazione diretta tra disturbi bipolari e alcune condizioni mediche generali (CMG). In effetti, il disturbo bipolare, insieme alla schizofrenia e al disturbo schizoaffettivo, è la diagnosi psichiatrica maggiormente associata all'abitudine del fumo di sigaretta [1], la quale correla con una maggiore gravità del disturbo bipolare: in particolare un decorso a cicli rapidi, la comorbidità con altre malattie psichiatriche e un più elevato numero e una maggiore severità di episodi depressivi e maniacali nel corso della vita [2]. Non vi sono attualmente studi focalizzati sulle differenze esistenti tra disturbo bipolare di tipo I e di tipo II per quanto riguarda il consumo di tabacco e di sostanze psicoattive e la presenza di comorbidità mediche generali. Scopo dello studio è valutare l'abitudine al fumo di sigaretta, al consumo di sostanze psicoattive e la presenza di CMG in un campione di pazienti con disturbo bipolare di tipo I a confronto con un campione di pazienti affetti da disturbo bipolare di tipo II.
Metodo: il campione in studio è costituito da 124 pazienti con disturbo bipolare (diagnosi effettuata secondo i criteri DSM-IV-TR). È stata somministrata un'intervista per rilevare le caratteristiche socio-demografiche, cliniche, l'abitudine al fumo di tabacco e l'anamnesi medica generale. La comorbidità con i disturbi da uso di sostanze (alcol e altre sostanze psicoattive) è stata valutata attraverso la SCID-I.
Risultati: il campione comprende 45 pazienti bipolari di tipo I (36,3%) e 79 di tipo II (63,7%). Tra i fumatori, il 37,2% è bipolare I e il 41,0% bipolare II. La prevalenza di comorbidità per disturbi da uso di sostanze è risultata pari a 11,1% e 8,9% e di comorbidità mediche generali pari al 73,3% e 67,9% (rispettivamente bipolari I *vs.* II).
Conclusioni: nel campione in studio si evidenzia una maggiore tendenza al fumo di sigaretta per i pazienti con disturbo bipolare II. Le comorbidità per disturbi da uso di sostanze e per patologie mediche generali sono riscontrate con maggiore frequenza nel disturbo bipolare di tipo I.

Bibliografia

1. Waxmonsky JA, Thomas MR, Miklowitz DJ, Allen MH, Wisniewski SR, Zhang H, Ostacher MJ, Fossey MD. *Prevalence and correlates of tobacco use in bipolar disorder: data from the first 2000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program. General Hospital Psychiatry*. 2005;27:321-8.
2. Vanable PA, Carey MP, Carey KB, Maisto SA. *Smoking among psychiatric outpatients: relationship to substance use, diagnosis, and illness severity*. Psychology of Addictive Behaviors 2003;17:259-65.

76. Correlati clinici dell'obesità nel disturbo bipolare

V. D'Ambrosio, U. Albert, V. Salvi, A. Chiarle, A. Vitalucci, G. Maina

Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: l'obesità e le sue complicanze sono un problema rilevante in soggetti affetti da disturbi dell'umore. Studi compiuti nel disturbo bipolare (DB) hanno dimostrato una frequenza di obesità, intesa come BMI ≥ 30, che va dal 24 al 35% [1-3]. In un gruppo di 175 pazienti bipolari di tipo I, Fagiolini et al. riscontrarono nei pazienti obesi un maggior numero di episodi maniacali e depressivi pregressi e un maggior tempo per ottenere la remissione dagli episodi acuti. Alcuni studi hanno inoltre determinato un'associazione ancora più forte fra obesità addominale e disturbi dell'umore [4 5]. L'obesità risente di diverse variabili, da complessi fattori genetici all'alimentazione, dall'attività fisica all'uso di farmaci; per questo motivo è utile valutarne la prevalenza nelle differenti popolazioni. Scopo del presente studio è valutare la prevalenza di obesità in un campione di pazienti italiani con DB e determinarne l'associazione con caratteristiche socio-demografiche e cliniche.
Materiali e metodi: sono stati consecutivamente reclutati pazienti con DB I e II. È stata somministrata un'intervista semistrutturata per rilevare le caratteristiche socio-demografiche e cliniche. Sono stati misurati peso, altezza e circonferenza addominale: l'obesità è stata definita da un BMI ≥ 30; l'obesità addominale da una circonferenza addominale ≥ 102 cm negli uomini, ≥ 88 cm nelle donne. Le variabili rilevate sono state confrontate nei due gruppi di pazienti con BMI ≥ 30 e < 30.
Risultati: il campione è costituito da 67 pazienti affetti da DB, nel 33% di tipo I. Il 25,4% del campione totale presenta un BMI ≥ 30; le caratteristiche socio-demografiche (età, sesso, scolarità, stato civile, occupazione) non differiscono nei pazienti obesi e non obesi. Per quanto riguarda le caratteristiche cliniche, i pazienti obesi hanno in anamnesi un maggior numero di episodi (ipo)maniacali e depressivi rispetto ai non obesi. L'obesità addominale è presente nel 51,6% del campione. La sua presenza si associa a maggiore durata del DB, maggiore BMI e fumo di sigaretta.
Discussione: il gruppo di pazienti indagati presenta una elevata frequenza di obesità, superiore a quella della popolazione italiana e sovrapponibile a quella dei pazienti bipolari americani indagata in altri studi. L'obesità nel nostro gruppo di pazienti correla a caratteristiche cliniche evidenziate in altri studi, quali in particolare il numero di episodi pregressi e la durata del disturbo. Rimane da valutare il peso dei prolungati trattamenti farmacologici e delle abitudini di vita nel determinare l'obesità in questi pazienti.

Bibliografia

1 Elmslie JL, et al. *Prevalence of overweight and obesità in bipolar patients*. J Clin Psychiatry 2000;61:179-84.
2 Fagiolini A, et al. *Prevalence of obesity and weight gain during treatment in patients with bipolar I disorder*. J Clin Psychiatry 2002;63:528-33.
3 Fagiolini A, et al. *Obesity as a correlate of outcome in patients with bipolar I disorder*. Am J Psychiatry 2003;60:112-7.
4 Rosmond R, et al. *Psychiatric ill-health of women an dits relationship to obesity and body fat distribution*. Obes Res 1998;6:338-45.
5 Ahlberg, et al. *Depression and anxiety symptoms in relation to anthropometry and metabolism in men*. Psychiatry Res 2002;112:101-10.

77. Sostanze psicoattive e urgenze psichiatriche: screening in un campione di soggetti afferenti a un DEA

V. D'Ambrosio*, T. Frieri**, G. Maina*, V. Villari**

** Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino; ** SCDO Psichiatria 2, ASO San Giovanni Battista di Torino, DSM Torino I Sud*

Introduzione e scopo: lo scopo dello studio è valutare, attraverso lo screening per le sostanze d'abuso in DEA, l'entità e la rilevanza clinica del fenomeno.
Le Linee Guida per il trattamento delle emergenze comportamentali prevedono l'esecuzione degli esami tossicologici su urine nella valutazione iniziale del paziente [1].
La letteratura recente sull'argomento risulta scarsa e non specifica per le emergenze psichiatriche [2].
Metodo: il campione oggetto dello studio è costituito da pazienti di età inferiore ai 36 anni afferiti presso il DEA dell'ASO S.G. Battista di Torino e sottoposti a visita psichiatrica in un periodo di tempo complessivo di 18 mesi. L'inclusione è stata effettuata in modo randomizzato. Per tali pazienti è stata eseguita la ricerca di sostanze psicoattive (cocaina, amfetamine, cannabinoidi, oppiacei e metadone) su un campione di urina. Tutti i pazienti inclusi hanno dato il loro consenso.
Risultati: il campione in studio è costituito da 31 pazienti (13 maschi e 18 femmine). L'età media del campione è di 27,4 ± 3,8 anni. Il dosaggio delle sostanze psicoattive nelle urine è stato eseguito in 23 casi (74,2%), è stato rifiutato in 5 casi (16,1%) e in 3 casi (9,7%) il referto non è stato disponibile. Il 26,1% dei soggetti è risultato essere positivo per almeno una sostanza, il 8,6% ad almeno due sostanze e il 73,9% è risultato negativo. Il 17,4% è risultato positivo alla cocaina, il 13% ai cannabinoidi, il 4,3% ad oppiacei e metadone.
Conclusioni: dalla lettura dei dati si evince un'elevata frequenza di uso di sostanze psicoattive, in particolare cocaina, e una tendenza all'uso contemporaneo di più di una sostanza.

Bibliografia

1 Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. *The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Behavioral Emergencies 2005*. J Psychiatr Pract 2005;11(Suppl 1): 1-112.
2 Rockett IR, Putnam SL, Jia H, Smith GS. *Declared and undeclared substance use among emergency department patients: a population-based study*. Addiction 2006;101:706-12.

78. Day Hospital per il follow-up dei trattamenti antipsicotici: uno studio in corso sugli esordi di malattia

M.R. D'Onofrio, F. Vittone, E. Ponzio, C. Migliozzi, G. Scarso

SPDC S. Giovanni Bosco, Torino e Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

I farmaci antipsicotici evolvono verso terapie sempre più efficaci e sicure, ed il loro utilizzo è ormai molto ampio. Tuttavia i pazienti che assumono tali farmaci devono essere monitorati attentamente per prevenire o trattare tempestivamente lo sviluppo di effetti collaterali e per migliorare la compliance e prevenire gli switch di farmaci efficaci.
In questo studio, tuttora in corso, viene applicato un protocollo di monitoraggio della durata di circa due anni ad un campione di 27 pazienti con diagnosi di disturbo schizofreniforme. I criteri di inclusione sono: esordio di malattia, paziente drug naive e trattamento con farmaci antipsicotici.
La valutazione si svolge a intervalli di tempo regolari per 27 mesi monitorando Emocromo, Glicemia, Hb glicata, Colesterolo Tot e HDL, PRL, Peso e circonferenza addominale, PAO, Simpson-Angus Scale per gli EPS. Per la valutazione di efficacia sono utilizzate: BPRS, PANSS, MADRS, CGI, QoL.
Circa la metà dei pazienti ha sviluppato effetti collaterali potenzialmente evolutivi nella sindrome metabolica. Tali alterazioni si sono verificate anche oltre i sei mesi di terapia suggerendo la necessità di un monitoraggio prolungato nel tempo. Il monitoraggio permette di agire tempestivamente e evitare spesso la necessità di switch farmacologico e l'instaurarsi di disturbi metabolici conclamati.

79. Il sonno dello psichiatra italiano: risultati preliminari di un'inchiesta tra gli specialisti

S. Danti, P. Rucci, S. Pratali, C. Gentili, A. Gemignani, G. Biggio, M. Guazzelli

Comitato congiunto SINPF-SIP "Disturbi del sonno e psichiatria": E. Aguglia, G. Biggio, A. Gemignani, M. Guazzelli, M. Nardini, A. Siracusano, E. Smeraldi

Introduzione: lo psichiatra, come molti altri operatori sanitari, è esposto a frequenti sollecitazioni che tendono a modificare il suo normale ciclo sonno-veglia ed alle conseguenze che ne derivano non solo sul piano somatico ma anche psichico, ben documentate dagli studi sui turnisti. Una peculiarità dello psichiatra è che più spesso degli altri clinici si deve confrontare con i disturbi del sonno, che sono ubiquitari nei suoi pazienti. In altre parole, lo psichiatra più di altri è esposto a sperimentare su se stesso un disturbo che è chiamato spesso a riconoscere e a trattare nei suoi pazienti; ciò nonostante l'attenzione della psichiatria italiana per questo capitolo della patologia per molti decenni è stata trascurabile e solo di recente sembra risvegliarsi.
Materiale e metodo: la Società Italiana di Neuropsicofarmacologia e la Società Italiana di Psichiatria hanno dato avvio all'iniziativa di valutare il sonno dello psichiatra italiano: all'interno di una più ampia campagna di sensibilizzazione sui disturbi del sonno è stata realizzata un'inchiesta mediante un questionario, compilato da 2617 specialisti di tutte le regioni italiane, che tra gli altri aspetti ha indagato il tempo di addormentamento, la continuità e la durata del sonno notturno, la precocità del risveglio e il ristoro mattutino. Il questionario, compilato insieme all'autorizzazione al trattamento dei dati personali, descrive le caratteristiche biografiche e professionali con particolare riguardo per la partecipazione al servizio di guardia o reperibilità notturna. Oltre alle caratteristiche del sonno notturno già menzionate indaga l'influenza del sonno sulla vita diurna, in termini di recupero dell'attenzione/concentrazione, dell'energia e dello stato emotivo, nonché l'influenza della "giornata" sul sonno notturno in termini di addormentamento, continuità, durata e ristoro mattutino. Il questionario comprende ulteriori item sulle difficoltà diagnostiche degli attuali sistemi nosografici, sull'efficacia dei trattamenti disponibili e sull'adeguatezza dell'interesse della psichiatria italiana per i disturbi del sonno che sono oggetto di una presentazione separata. Ogni item prevede una scala di 9 punti compresa tra i due estremi opposti. L'indagine statistica è stata effettuata mediante test non parametrici (Wilcoxon, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis) ed analisi di correlazione con coefficienti Rho di Spearman.
Risultati: i 2617 psichiatri che hanno partecipato all'inchiesta risultano uniformemente distribuiti nel territorio nazionale: 723 (27,6%) nel Nord; 864 (33%) nel Centro, 623 (23,7%) nel Sud e 319 (12,6%) nelle isole. Rispetto agli psichiatri iscritti alla Società Italiana di Psichiatria la percentuale degli psichiatri intervistati oscilla da un minimo del 19% per il Veneto ad un massimo del 95% per la Toscana. Il 56,7% sono maschi e l'età media è risultata di 47 ± 8 anni. L'86% presta la propria attività in strutture pubbliche, di questi il 10% in strutture universitarie, il 29% prevalentemente in SPDC ed il restante 61% prevalentemente sul territorio. Il servizio di guardia e/o di reperibilità notturna interessa il 50,5% dell'intero campione. L'addormentato è risultato gravemente difficoltoso (estremo negativo della scala a 9 punti) nel 10% del campione, percentuale che cresce con l'età fino ad interessare il 17% nei soggetti di età maggiore di 60 anni. Analogamente la frammentazione del sonno interessa il 16% dei più giovani e arriva al 26% degli ultrasessantenni. Il pattern di sonno risulta meglio conservato nel sesso femminile e negli specialisti non addetti al servizio di guardia o di reperibilità notturna. Il servizio notturno si associa più frequentemente anche a vissuti diurni che influenzano negativamente l'adormentamento e le funzioni ristoratrici del sonno.
Conclusioni: i risultati di questo studio indicano che nello psichiatra italiano le difficoltà legate al sonno e alle sue funzioni ristoratrici sono più frequenti che nella popolazione generale, anche in età in cui i meccanismi del sonno sono più efficienti. Il servizio notturno rappresenta un importante fattore di rischio per i disturbi del sonno. È interessante sottolineare che il sesso femminile sembra rappresentare un fattore protettivo anche nella psichiatria, confermando la migliore efficienza dei meccanismi del sonno della donna che si mantengono ben funzionanti più a lungo rispetto all'uomo. La conferma degli stretti rapporti tra caratteristiche del sonno notturno e qualità della vita durante il giorno ripropongono allo psichiatra la necessità di dedicare una maggiore attenzione ai disturbi del sonno, della cui prevenzione può giovarsi anche direttamente.

80. Augmentation con quetiapina in pazienti con depressione bipolare resistente al trattamento

D. De Berardis[1-2], B. Di Giuseppe[2], N. Serroni[2], D. Piersanti[2], P. Di Giuseppe[3], D. Campanella[1 2], A. Carano[1 4], R. La Rovere[1], L. Penna[1], A. Cicconetti[1], C. Silvestrini[1], A. D'Albenzio[1], A. Valchera[5], F. Gambi[1], R.M. Salerno[1], F.M. Ferro[1]

[1] Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Università "G. d'Annunzio" Chieti; [2] Dipartimento di Salute Mentale, ASL Teramo; [3] CSM Poggio Mirteto, Rieti; [4] Casa di cura "Villa Serena", Citta S. Angelo (Pescara); [5] CSM Civitanova Marche

Introduzione: l'efficacia della quetiapina nel trattamento del Disturbo Bipolare (BD) è ben dimostrata. Pochi dati sono invece disponibili sulle strategie di management dei pazienti con depressione resistente al trattamento in corso di DB.
Materiali e Metodi: sono stati valutati retrospettivamente 12 pazienti con diagnosi secondo il DSM-IV di DB e con depressione resistente al trattamento avviati a terapia aggiuntiva con quetiapina (dose media 500 mg) per un periodo medio di circa tre mesi.
Risultati: 11 pazienti hanno completato lo studio. Il trattamento con quetiapina ha causato miglioramenti alla Clinical Global Impression-Severity (CGI-S), con 10 pazienti su 11 considerati responders (CGI-S improvement ≥ 2). Il trattamento con quetiapina ha anche mostrato miglioramenti notevoli per quanto riguarda l'umore depresso, l'ideazione suicidaria e il Funzionamento Globale. La quetiapina è stata inoltre ben tollerata e nessun effetto collaterale di entità grave è stato riportato dai pazienti.
Conclusioni: la quetiapina sembra essere efficace nel trattamento della depressione resistente in pazienti con DB, anche se ulteriori studi su più ampie casistiche di pazienti sono necessari.

81. Il ruolo dell'alessitimia in relazione al disgusto e ai sintomi ossessivo-compulsivi

D. De Berardis[1 2], D. Campanella[1 2], A. Carano[1 3], A. Cicconetti[1], L. Penna[1], C. Conti[1], C. Marinelli[1], V. Macchiarulo[1], G. Salini[1], E. Mancini[4], B. Di Giuseppe[2], N. Serroni[2], D. Piersanti[2], P. Di Giuseppe[5], C. Cotellessa[1], M.R. Salerno[1], F.M. Ferro[1]

[1] Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Università "G. d'Annunzio" di Chieti; [2] Dipartimento di Salute Mentale, ASL Teramo; [3] Casa di cura "Villa Serena", Citta S. Angelo (Pescara); [4] Cattedra di Psicopatologia dello Sviluppo, Università di Urbino; [5] CSM Poggio Mirteto, Rieti

Introduzione: nonostante i pazienti con Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) manifestino frequentemente pensieri e compulsioni riguardo lo sporco e la contaminazione, poche evidenze sperimentali sono state prodotte in letteratura a sostegno di una relazione tra il disgusto e il DOC. Inoltre nessuno studio ha mai valutato il ruolo dell'alessitimia nella sensibilità al disgusto e in relazione ai sintomi ossessivo-compulsivi.
Materiali e Metodi: sono stati valutati 467 studenti di età media 23,4 ± 3,5 anni, iscritti alla facoltà di Psicologia delle Università di Chieti mediante i seguenti questionari: Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Disgust Scale (DS), Padua Inventory Revised version (PI-R), Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory.
Risultati: globalmente gli alessitimici avevano un maggiore e statisticamente significativo punteggio alla DS rispetto ai non alessitimici. Inoltre gli alessitimici avevano un punteggio più alto alla PI-R totale e alle sottoscale Washing, Rumination, Precision rispetto ai non alessitimici. L'analisi delle correlazioni ha mostrato una correlazione diretta tra la TAS-20 (e sottoscale) e quasi tutte le variabili esaminate. In particolare la sottoscala EOT della TAS-20 ha mostrato le più significative correlazioni con le varie altre scale.
Conclusioni: i risultati del presente studio confermano in sostanza quelli di studi precedenti che vedono il disgusto giocare un ruolo di notevole importanza nel modello cognitivo del DOC. I nostri risultati hanno inoltre sottolineato che i soggetti alessitimici presentano una maggiore sensibilità al disgusto. È anche possibile ipotizzare che i soggetti alessitimici più sensibili al disgusto e con maggiori sintomi OC abbiano una prevalenza del Pensiero Orientato Verso L'esterno (EOT), fattore questo che si è visto altamente correlato con la gravità dei sintomi OC in pazienti con DOC (De Berardis, 2005).

Bibliografia

De Berardis D, Campanella D, Gambi F, Sepede G, Salini G, Carano A. et al. *Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 2005;255:350-8.

Mancini F, Gragnani A, D'Olimpio F. *The connection between disgust and obsessions and compulsions in a non-clinical sample*. Personality and Individual Differences 2001;31:1173-80.

Mancini F, Gragnani A. *Disgusto, Contagio e Cognizione*. Psichiatria e Psicoterapia 2003;22:38-47.

82. Effetto della duloxetina sui sintomi di somatizzazione e sull'amplificazione somatosensoriale in pazienti con depressione maggiore

D. De Berardis[1 2], B. Di Giuseppe[2], N. Serroni[2], D. Piersanti[2], P. Di Giuseppe[3], D. Campanella[1 2], A. Carano[1 4], R. La Rovere[1], L. Penna[1], A. Cicconetti[1], C. Silvestrini[1], C. Marinelli[1], A. Valchera[5], E. Mancini[6], F. Gambi[1], R.M. Salerno[1], FM Ferro[1]

[1] Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Università "G. d'Annunzio" Chieti; [2] Dipartimento di Salute Mentale, ASL Teramo; [3] CSM Poggio Mirteto, Rieti; [4] Casa di cura "Villa Serena", Citta S. Angelo (Pescara); [5] CSM Civitanova Marche; [6] Istituto di Psicologia, Università di Urbino

Introduzione: l'efficacia della duloxetina nel trattamento della Depressione Maggiore (MD) è ben dimostrata. Pochi dati sono invece disponibili sull'effetto di questo farmaco sui sintomi di somatizzazione e sull'amplificazione somatosensoriale degli stimoli che sono frequentemente associati alla MD.
Materiali e Metodi: sono stati valutati 32 pazienti con diagnosi decondo il DSM-IV di MD avviati a terapia con duloxetina 60 mg una volta al dì. Sono stati impiegati i se-

guenti test: Hamilton Rating Scales for Depression (HAM-D), Whiteley Index (WI) per la somatizzazione, Somatosensory Amplification Scale (SSAS) per l'amplificazione somatosensoriale degli stimoli e la State-trait Anxiety Inventory (STAI) per la valutazione dell'ansia di stato e di tratto. Le valutazioni sono state effettuate al tempo T0 e dopo 8 settimane di trattamento.
Risultati: 30 pazienti hanno completato lo studio. Il trattamento con duloxetina ha mostrato all'endpoint una significativa riduzione dei punteggi alla HAM-D, WI e SSAS anche controllando per la presenza di ansia di stato e tratto. Il miglioramento della sintomatologia depressiva è risultato correlato con la diminuzione dei sintomi di somatizzazione e dell'amplificazione somatosensoriale degli stimoli all'endpoint.
Conclusioni: la duloxetina sembra essere efficace non solo nel trattamento della DM, ma anche nel ridurre i sintomi di somatizzazione frequentemente associati a essa. Le implicazioni sono discusse.

83. Trattamento dei pazienti schizofrenici con comportamenti aggressivi: uno studio con quetiapina

I.F. De Gaspari, M. Rossattini, A. Colasanti, D. Moliterno, M.C. Mauri

Clinica Psichiatrica, Unità di Neuropsicofarmacologia Clinica, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

I dati epidemiologici degli ultimi vent'anni hanno messo in luce la probabile correlazione tra la diagnosi di schizofrenia e l'aggressività. La quetiapina, come evidenziato da diversi studi, potrebbe costituire l'opzione adatta per il trattamento di pazienti schizofrenici che manifestano un comportamento aggressivo. Scopo di questo studio è stato quello di dimostrare l'efficacia della quetiapina nel trattamento di un campione di 41 pazienti schizofrenici.
A tutti i pazienti è stata somministrata quetiapina a dosaggi finali compresi tra 300 mg/die e 900 mg/die in base al giudizio clinico. Tutti i pazienti sono stati valutati tramite la Modified Overt Aggression Scale (MOAS), costituita da quattro sottocategorie: aggressività verbale, diretta verso gli oggetti, autodiretta ed eterodiretta, il cui punteggio varia in una scala compresa tra 0 (assente) e 4 (massima). La valutazione della psicopatologia e della sintomatologia clinica è stata effettuata tramite la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).
La durata media dei ricoveri è stata 12,73 giorni ± 10,74 SD (range 2-62). I punteggi BPRS totali medi sono variati da 54,46 ± 14,48 SD (T0) a 37,07 ± 7,11 SD (T-END) ($p < 0,0001$), mentre i punteggi MOAS totali medi sono variati da 3,29 ± 5,22 SD (T0) a 0,54 ± 2,09 SD (T-END) ($p < 0,002$).
I risultati di questo studio hanno dimostrato come la quetiapina sia un farmaco efficace nel trattamento di pazienti schizofrenici con comportamenti aggressivi e violenti.

84. Meta-analisi del polimorfismo C825T della subunità β3 delle proteine G nell'obesità e nell'aumento di peso indotto dagli antipsicotici

V. De Luca, R. de Souza, J.L. Kennedy, A. de Bartolomeis, G. Muscettola

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Napoli Federico II

Il possibile effetto del polimorfismo C825T nel gene della subunità β3 delle proteine G è stato valutato applicando il metodo meta-analitico combinando tutti i dati pubblicati su questo polimorfismo nell'obesità e nell'aumento di peso indotto dagli antipsicotici. Inoltre, abbiamo valutato se l'etnia e i fattori clinici influenzano questa associazione genetica. Non abbiamo trovato alcuna evidenza che la variante 825T è associata con l'obesità o l'aumento di peso ($z = 0,439$; $p = 0,77$); tuttavia gli studi inclusi non hanno mostrato alcuna eterogeneità statistica ($\chi^2 = 1,32$ (d.f. = 2) $p = 0,516$). La nostra meta-analisi non ha fornito alcun supporto all'associazione tra il polimorfismo C825T e l'aumento di peso ma suggerisce che per applicare in maniera utile la farmacogenetica nella psichiatria è necessario studiare campioni clinici molto più numerosi degli studi fin ad ora pubblicati. D'altra parte il numero degli studi con pazienti psicotici è molto ridotto rispetto al numero di studi che hanno studiato questo polimorfismo nell'obesità.

85. Studio dei correlati clinici e neuropsicologici dell'alessitimia in pazienti con diagnosi di schizofrenia

L. De Peri, G.M. Giobbio, P. Marinaccio, S. Paletta, C. Manoussakis, M. Porcellana, E. Sarotti, G. Invernizzi, C. Bressi

Clinica Psichiatrica, Università di Milano, Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

L'alessitimia rappresenta un costrutto clinico-psicopatologico caratterizzato da una compromissione dell'integrazione dei fattori cognitivi ed emotivi tale da determinare un deficit della consapevolezza e dell'elaborazione delle emozioni. Scopo del presente studio è quello di valutare il ruolo di variabili cliniche e cognitive nel determinare l'espressione del fenotipo alessitimico in una popolazione di pazienti schizofrenici. Sono stati reclutati 25 pazienti residenziali (M/F = 13/12) con diagnosi di schizofrenia (DSM-IV TR) ricoverati presso il CRT della Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Milano. I pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione clinica mediante la Toronto Alexythimia Scale (TAS-20) e la Scala della Sindrome Positiva e Negativa (PANSS) della schizofrenia. La valutazione neurocognitiva è stata effettuata attraverso l'impiego della Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS- R) e del Wisconsin Card Sorting Test (WCST). I risultati dello studio mostrano una associazione tra la severità dei sintomi negativi rilevati alla PANSS ed i punteggio alla TAS-20 ($p = 0,08$) ed una correlazione significativa tra alessitimia e gravità dei deficit cognitivi registrati alla WAIS ($p = 0,04$). Tali risultati, in linea con i da-

ti di letteratura, evidenziano una associazione tra l'espressione del fenotipo alessitimico e la forme di schizofrenia caratterizzate da una prevalente sintomatologia negativa e dalla presenza di deficit neuropsicologici.

86. Funzionamento cognitivo nei fratelli non affetti di pazienti schizofrenici

M. De Salvia[1], M. Altamura[2], A. Lepore[3], A. Petito[4], S. Iuso[5], M. La Salandra[6], A. Bellomo[7]

[1 2] Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università di Bari, Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Università di Foggia; [3] Dipartimento Misto di Salute Mentale ASL della Provincia di Foggia, [4] Dipartimento di Scienze Biomediche, Università di Foggia; [5] Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, [6] Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università di Bari; [7] Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Università di Foggia

Deficit cognitivi presenti nei pazienti con diagnosi di Schizofrenia sono stati rinvenuti anche nei fratelli non affetti. Dalla letteratura emergono tuttavia risultati contrastanti. L'obiettivo di questo studio è valutare il funzionamento cognitivo di un gruppo di fratelli non affetti. 17 fratelli non affetti (M = 9, età media = 37,18), 23 soggetti affetti da schizofrenia (M = 15, età media = 33,48) e 18 controlli sani (M = 7, età media = 23,16) hanno completato una batteria di test neuropsicologici, per la valutazione del IQ (Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised), dell'attenzione sostenuta (Continuous Performance Test), della memoria (Wechsler Memory Scale-Revised) delle funzioni esecutive (Wisconsin Card Sorting Test) e della fluenza verbale. I fratelli hanno ottenuto punteggi intermedi tra il gruppo dei pazienti e quello dei controlli. Non è stata osservata una differenza statisticamente significativa tra i fratelli e i controlli ai test di attenzione, memoria, funzioni esecutive e fluenza verbale, mentre differenze significative sono emerse riguardo al quoziente intellettivo(totale, verbale e di performance) ($p < 0,05$). Il gruppo dei pazienti affetti da schizofrenia ha manifestato prestazioni peggiori, rispetto ai controlli, su tutte le dimensioni cognitive indagate. In accordo con i più recenti studi, i risultati della nostra indagine suggeriscono che un basso livello intellettivo può considerarsi il fattore più critico di vulnerabilità alla schizofrenia.

Bibliografia

Egan MF, Leboyer M, Weinberger DR. *Intermediate phenotypes in genetic studies of schizophrenia.* In: Hirsch SR, Weinberger DR, eds. *Schizophrenia.* Blackwell Publishing, 2003.

Cannon TD, Zorrilla LE, Shtasel D, Gur RE, Gur RC, Marco EJ, Moberg P, Price RA. *Neuropsychological functioning in siblings discordant for schizophrenia and healthy volunteers.* Arch Gen Psychiatry 1994;51:651-61.

87. Locus di suscettibilità per schizofrenia e disturbo bipolare sul cromosoma 15q26 in una popolazione isolata

G. De Sanctis[*], A. Di Florio[*], M. L. Mostacciuolo[***], G. Vazza[***], C. Bertolin[***], E. Scudellaro[***], A. Vettori[***], F. Boaretto[***], S. Rampinelli[**], P. Peruzzi[*], G. Perini[*]

[*] Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Padova; [**] Dipartimento di Salute Mentale, Chioggia; [***] Dipartimento di Biologia, Laboratorio di Genetica Umana, Università di Padova

Introduzione: molti studi hanno evidenziato una forte componente genetica implicata nell'eziologia di Schizofrenia (SZ) e Disturbo Bipolare (BP) (ereditabilità di oltre l'80%). Sono stati ipotizzati geni di suscettibilità comuni che in concomitanza a fattori ambientali contribuiscono alla predisposizione ai Disturbi dello spettro SZ e BP. Studi di linkage hanno evidenziato il coinvolgimento di varie regioni cromosomiche (13q, 22q, 18 e 16q) chiaramente implicate in entrambi i Disturbi. Usare campioni di piccole popolazioni aiuta a diminuire l'eterogeneità allelica e a minimizzare la variabilità dovuta all'ambiente e a fattori culturali e di stile di vita.
Metodologia: nello studio è stato valutato un campione di 57 soggetti seguiti dal Dipartimento di Salute Mentale di Chioggia con diagnosi di SZ, BP e Disturbo Schizoaffettivo (SA), appartenenti a famiglie originarie da quattro/cinque generazioni della città vecchia di Chioggia, città della laguna di Venezia con elevata incidenza di disturbi psicotici ed alto tasso di endogamia. É stata effettuata una ricostruzione degli alberi genealogici confermata e perfezionata mediante consultazione dei registri degli archivi comunali e parrocchiali. Le famiglie sono state classificate per classi di pedigree: sette mostrano un pedigree SZ puro (con più dell'85% dei soggetti affetti da disturbi dello spettro schizofrenico), due un pedigree BP puro (con più dell'85% dei soggetti affetti da disturbi dello spettro bipolare) e sette un pedigree misto (SZ + BP, SZ + SA o SZ + BP + SA). È stato inoltre selezionato un campione di controllo di 50 soggetti sani omogenei per sesso ed età. Il DNA estratto da prelievo ematico dei soggetti affetti previo consenso informato è stato utilizzato per eseguire un Genome-Wide Scan (GWS) utilizzando un approccio parametrico e non parametrico per la valutazione di loci di suscettibilità.
Risultati: focalizzando l'attenzione sul GWS con modello non parametrico (NPL), risultato più significativo rispetto a quello parametrico, si sono evidenziate inizialmente quattro regioni di particolare interesse: cromosoma 1p36 (NPL = 1,69), 1q43 (NPL = 1,51), 4p14 (NPL = 1,71), 15q26 (NPL = 1,93). Utilizzando successivamente ulteriori marcatori su queste specifiche regioni si è ottenuto per il cromosoma 1p un incremento da 1,69 a 1,89, per le regioni 1q e 4p una diminuzione da 1,51 a 1,38 e da 1,71 a 1.54 rispettivamente. Il miglior punteggio si è ottenuto per il cromosoma 15q, con un forte incremento da 1,93 a 3,05, che può essere considerato significativo di linkage. Inoltre valori positivi sono stati osservati in quest'ultima regione anche con analisi parametrica. Il segnale di linkage sul cromosoma 15q26 è supportato da 14 famiglie su 16, con un contributo di tutti i tipi di pedigree considerati (BP, SZ e misto).
Discussione: lo studio effettuato su famiglie originarie di Chioggia, che può essere considerata una comunità cultural-

mente chiusa per aspetti storici, geografici e sociali permette di aumentare la probabilità di trovare loci di suscettibilità. La migliore evidenza di linkage è stata osservata nella regione 15q26, supportata da analisi parametrica e non parametrica. Uno studio condotto su famiglie di soggetti SZ eBP in Quebec ha dimostrato la stessa regione di linkage e recentemente in un campione giapponese il gene SIAT8B, situato sul cromosoma 15q26, è stato associato alla SZ. Questi risultati avvalorano la presenza di un gene sul cromosoma 15q26 che influenza la suscettibilità sia di SZ che di BP. È in corso l'analisi di segregazione per identificare il modello di ereditarietà dello spettro SZ/BP nel campione in esame del quale attualmente disponiamo attualmente di dati preliminari.

88. Studio retrospettivo di efficacia nella pratica clinica dei farmaci antipsicotici

S. De Vivo, G. Vitale, A. Ventimiglia

U.O. di Neuropsichiatria, Casa di Cura Villa dei Gerani, Catania

I nuovi antipsicotici sono paragonabili tra di loro e con quelli più vecchi?
Per rispondere a questa domanda è stata data una definizione molto semplice di efficacia nella pratica clinica: l'effectiveness è misurata dal tasso di abbandono della terapia per qualsiasi ragione.
Abbiamo pensato di esaminare retrospettivamente l'esito clinico dei trattamenti da noi intrapresi, sui pazienti schizofrenici valutandone il tasso di abbandono.
A tale scopo è stato condotto uno studio retrospettivo su 147 pazienti arruolati presso l'unità di psichiatria della Casa di Cura Villa dei Gerani (ricovero ordinario, day-hospital, ambulatorio) dal 1 Gennaio 2004 al 31 Dicembre 2005 e che hanno avuto una diagnosi di schizofrenia, in terapia con antipsicotici atipici e rispettivamente 37 con olanzapina, 31con quetiapina, 26 con risperidone; 20 pazienti con antipsicotici tipici.
Esaminando i risultati della nostra ricerca retrospettiva si evidenzia che l'abbandono del trattamento, per quanto riguarda gli antipsicotici di prima e seconda generazione, avviene soprattutto nei primi sei mesi. Successivamente si assiste ad una stabilizzazione, non vi sono quasi più abbandoni.
Questi risultati sembrano confermare che: gli antipsicotici disponibili, sono del pari efficaci con un maggiore profilo di tollerabilità a lungo termine da parte della quetiapina. La scelta dell'uno o dell'altro deve essere fatta esaminando il singolo caso e non può essere casuale.

89. Perfezionismo infantile e capacità decisionale nell'anoressia nervosa: dati preliminari di uno studio controllato

D. Degortes, A. Favaro, E. Tenconi, P. Pavani, M. Soave, P. Santonastaso

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Introduzione: molti tentativi sono stati fatti nell'ambito della ricerca scientifica per individuare quei fattori che, interagendo tra loro, aumentano il rischio di sviluppare un'anoressia nervosa (AN). Il perfezionismo infantile è considerato un importante fattore coinvolto nell'eziologia e nel mantenimento dell'anoressia nervosa; uno degli scopi del presente lavoro è di valutare retrospettivamente la prevalenza del perfezionismo infantile e di alcune caratteristiche cognitive (capacità decisionale e altre funzioni esecutive di controllo) in un campione di soggetti con diagnosi di AN.
Metodi: sono stati esaminati 35 pazienti con diagnosi *lifetime* di AN (DSM-IV-TR) e 30 soggetti di controllo non affetti. A tutti i soggetti sono stati somministrati: l'Eatate Phenotype Interview (Anderluh et al., 2003) per la valutazione del perfezionismo e della rigidità infantile e l'Iowa Gambling Task (IGT) per la valutazione delle abilità decisionali. Sono stati inoltre somministrati il Trail Making A e B e il Wisconsin Card Sorting Test per la valutazione delle abilità attentive e di spostamento dell'attenzione, nonché delle funzioni esecutive superiori.
Risultati: le pazienti AN si differenziano dai controlli per una maggiore frequenza di Perfezionismo Generale Infantile, Inflessibilità, Dubbio e Prudenza Infantili e Rigidità Globale. Le pazienti AN con tratti di Perfezionismo Generale e Rigidità si differenziano dalle pazienti senza tratti perfezionistici per una durata media di malattia più lunga e per una maggiore sofferenza psichica. Nell'IGT le pazienti AN dimostrano difficoltà nelle scelte strategiche rispetto ai soggetti di controllo, non riuscendo a privilegiare scelte più prudenti e vantaggiose nel lungo periodo e privilegiando invece scelte più imprudenti, ma svantaggiose nel lungo periodo.
Conclusioni: l'Anoressia Nervosa è un disturbo ad eziologia complessa in cui fattori genetici, psicologici e ambientali interagiscono reciprocamente tra loro contribuendo in modo ancora non conosciuto all'esordio e al mantenimento della malattia. In accordo con i recenti dati della letteratura, la presenza di un disturbo ansioso durante l'infanzia sembra predisporre allo sviluppo dell'AN in adolescenza. I nostri dati preliminari suggeriscono inoltre che le pazienti AN possano avere deficit nel dominio decisionale che potrebbero spiegare la messa in atto di comportamenti alimentari disfunzionali.

90. Citalopram e.v. vs. Clomipramina e.v. in Pazienti con Episodio Depressivo Maggiore Resistente o Parzialmente Resistente agli SSRI: uno Studio Controllato

B. Dell'Osso, M. Buoli, S. Zanoni, E. Mundo, A.C. Altamura

Dipartimento di Psichiatria, Università di Milano, Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Introduzione: il 30-45% dei pazienti con Episodio Depressivo Maggiore (EDM) mostra una risposta parziale o assente ai trattamenti antidepressivi standard e strategie di augmentation farmacologica sono state proposte per questi pazienti. Lo scopo di questo studio è stato valutare l'efficacia dell'augmentation con citalopram o clomipramina ev rispetto al placebo.
Metodologia: 61 pazienti, con EDM e una risposta parziale/assente agli SSRI, sono stati randomizzati al trattamento ev con citalopram, 10 mg (n = 17), clomipramina, 25 mg (n = 22) o placebo (n = 22). Il trattamento ev è durato 5 giorni durante i quali i pazienti hanno continuato l'assunzione del-

la precedente terapia con SSRI per os. L'andamento nel tempo dei sintomi depressivi è stato valutato mediante ANOVA per misure ripetute sui punteggi alla Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) e alla Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), somministrate quotidianamente. È stata inoltre valutato il numero di pazienti che ha mostrato una risposta (riduzione del punteggio totale HAM-D ≥ 50%) e una remissione (HAM-D < 8) nei 3 gruppi di trattamento.
Risultati: al termine del trattamento i pazienti trattati con citalopram o clomipramina hanno evidenziato un miglioramento statisticamente significativo della sintomatologia depressiva rispetto al gruppo in placebo ($F = 7,049$, $p = 0,002$). Il confronto diretto tra clomipramina e citalopram non ha dimostrato differenze significative ($p = 0,592$). Il numero dei pazienti che ha risposto al trattamento è risultato significativamente maggiore nei gruppi trattati con clomipramina o citalopram rispetto al placebo (chi-quadrato = 18,182, df = 2, $p < 0,0001$). Lo stesso risultato è stato ottenuto considerando i pazienti con una remissione dei sintomi depressivi (chi-quadrato = 17,680, df = 2, $p < 0,0001$).
Conclusioni: L'augmentation con citalopram o clomipramina, effettuate a basse dosi e per un breve periodo, si sono dimostrate efficaci in pazienti depressi con una risposta parziale o assente agli SSRI.

Bibliografia

Fava M, Davidson KG. *Definition and epidemiology of treatment-resistant depression.* Psychiatric Clinics of North America 1996;19:179-200.

Nemeroff CB. *Augmentation strategies in patients with refractory depression.* Depression and Anxiety 1996;4:169-81.

91. Il trattamento precoce influenza la risposta ai farmaci nel disturbo ossessivo compulsivo?

B. Dell'Osso, E. Mundo, S. Zanoni, A.C. Altamura

Dipartimento di Psichiatria, Università di Milano, Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Razionale e scopo dello studio: l'impatto sull'outcome della durata di malattia non trattata (DUI)-definita come il tempo che intercorre tra il primo episodio di malattia e il primo trattamento farmacologico è stata studiata le psicosi maggiori [1], mentre ci sono ancora pochi dati relativi al ruolo della DUI nei disturbi d'ansia [2 3]. Lo scopo dello studio è stato valutare l'impatto della DUI sulla risposta al trattamento in pazienti con Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC).
Metodi: 29 pazienti con diagnosi di DOC sono stati suddivisi in due gruppi: DUI ≤ 2 anni (N = 11), DUI > 2 anni (N = 18) e trattati con antidepressivi serotoninergici (clomipramina o SSRIs) per 12 settimane a dosaggio terapeutico. La risposta al trattamento è stata valutata con la Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) somministrata prima e dopo il trattamento farmacologico. La percentuale di risposta al trattamento è stata confrontata tra i due gruppi (test t di Student).
Risultati: i due gruppi definiti dalla DUI sono risultati omogenei per quello che riguarda le variabili cliniche e demografiche al baseline. Il miglioramento dei punteggi alla Y-BOCS dopo il trattamento è risultato significativamente maggiore nel gruppo con DUI ≤ 2 anni ($t = 2,735$; $p < 0,02$). Inoltre, il punteggio alla Clinical Global Impression (CGI) è risultato significativamente maggiore nei pazienti con DUI > 2 anni ($t = -2,098$, $p < 0,05$).
Conclusioni: i risultati di questo studio preliminare suggeriscono che un più precoce intervento farmacologico si associa ad una migliore risposta clinica nel DOC.

Bibliografia

Altamura AC, Bassetti R, Sassella F, Salvadori D, Mundo E. *Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study Schizophr* Res 2001;52:29-36.

Altamura AC, Santini A, Salvadori D, Mundo E. *Duration of untreated illness in panic disorder: a poor outcome risk factor?* Neuropsychiatric Disease and Treatment 2005;1:345-7.

Dell'Osso B, Mundo E, Russo M, Fumagalli S, Altmura AC. *Duration of untreated illness in generalized anxiety: a poor treatment risk factor.* Abstract presented at the 159° american psychiatric association annual meeting; May 20-25, 2006 Toronto, Canada.

92. Efficacia dell'augmentation con stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) accoppiata a navigazione cerebrale in pazienti con depressione bipolare e risposta parziale/assente alla terapia antidepressiva

B. Dell'Osso, S. Pozzoli, M. Ciabatti, M. Rosanova, M. Buoli, A.C. Altamura

Dipartimento di Psichiatria, Università di Milano, Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Introduzione: la Stimolazione Magnetica Transcranica ripetitiva (rTMS) della Corteccia Prefrontale Dorsolaterale (CPDL) è stata impiegata con efficacia nel trattamento sperimentale dei pazienti con Depressione Resistente. La rTMS può essere utilizzata come strategia di augmentation in pazienti con risposta parziale o mancata ai trattamenti farmacologici.
Metodologia: 6 pazienti con Depressione Bipolare, con risposta parziale o mancata al trattamento con antidepressivi, dopo una RM cerebrale, sono stati sottoposti a 15 applicazioni di rTMS a bassa frequenza (1 Hz) sulla CPDL destra utilizzando un sistema di navigazione cerebrale. Durante le 3 settimane di trattamento i pazienti hanno proseguito la terapia con antidepressivi e stabilizzanti. Sono stati valutati al baseline e settimanalmente con Hamilton Depressione Rating Scale (HAM-D), Young Mania Rating Scale (YMRS), Montgomery Asberg Rating Scale (MADRS). La risposta al trattamento è stata valutata tramite t test per dati appaiati.
Risultati: l'analisi statistica ha mostrato un miglioramento significativo sia per il punteggio totale alla HAM-D ($t = 3,46$; $p = 0,018$) sia per il punteggio alla MADRS ($t = 3,15$; $p = 0,025$). Nessun paziente ha manifestato effetti collaterali né fenomeni di viraggio.
Conclusioni: il trattamento con rTMS in augmentation alla terapia farmacologica potrebbe essere una strategia terapeutica valida e ben tollerata per pazienti affetti da Depressione Bipolare resistente agli antidepressivi.

Bibliografia

Hannula H, Ylioja S, Pertovaara A, et al. *Somatotopic blocking of sensation with navigated transcranial magnetic stimulation of the primary somatosensory cortex*. Hum Brain Mapp 2005;26:100-9.

Fitzgerald PB, Huntsman S, Gunewardene R, et al. *A randomized trial of low-frequency right-prefrontal-cortex transcranial magnetic stimulation as augmentation in treatment-resistant major depression.* Int J Neuropsychopharmacol 2006:1-12.

93. Correlazione tra deficit di discriminazione olfattiva e compromissione della performance cognitiva. Uno studio controllato in pazienti DOC vs. pazienti DOC con caratteristiche psicotiche (schizo-ossessivi)

R. Delle Chiaie, C. Manera, A. Giordano, C. Fini, M. Salviati, M. Caredda, M. Paolemili, M. Biondi

Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, SPDC DAI, Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma

Introduzione: la comorbidità tra schizofrenia e DOC è stata oggetto di studio di numerosi ricercatori, con una prevalenza stimata fino all'ordine del 60%. Comorbidità con stime di prevalenza così elevate lasciano ipotizzare la possibile presenza di meccanismi patofisiologici comuni tra i due disturbi. In numerosi studi condotti in pazienti con schizofrenia è stata segnalata l'esistenza di una correlazione tra la performance cognitiva ed alcune misure indicative dell'efficienza della funzione olfattiva. Meno chiaro è se questi parametri possano rivelare o meno qualche alterazione anche in pazienti con diagnosi di DOC. Gli scopi di questo lavoro sono stati di: 1) misurare la funzione olfattiva in pazienti DOC ed in pazienti DOC con manifestazioni psicotiche (schizo-DOC), comparando le misure ottenute in questi due campioni con quelle relative ad un gruppo di controllo di soggetti sani; 2) determinare le differenze di performance cognitiva in questi 3 gruppi e 3) ricercare la presenza di eventuali correlazioni tra la presenza di deficit olfattivi e specifiche dimensioni della performance cognitive.
Metodo: è stato studiato un campione complessvio di 40 soggetti (10 DOC, 10 schizo-DOC e 20 controlli sani). Questi sono stati valutati mediante la Sniffin' Sticks test battery e la Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS). Le caratteristiche psicopatologiche del campione sosno state studiate mediante BPRS e YBOCS. Le analisi statistiche sono state condotte mediante ANOVA e test di Mann Whitney per I confronti tra gruppi e mediante il test di Pearson per lo studio delle correlazioni.
Risultati: la soglia di percezione olfattiva non ha evidenziato differenze significative tra i 3 gruppi. Relativamente alle altre misure della funzione olfattiva, i punteggi più bassi sono stati individuati tra gli schizo-DOC (discriminazione 10,75 ± 2,82; identificazione 8,71 ± 2,37), mentre quelle misurate tra i DOC (discriminazione 11,39 ± 2,36; identificazione 10,96 ± 2,38) sono apparse inferiori a quelle registrate tra i controlli sani (discriminazione 13,55 ± 1,19; identificazione 14 ± ,07). Le differenze intergruppo sono apparse statisticamente significative. In entrambi i gruppi di pazienti questi deficit della funzione olfattiva hanno evidenziato correlazioni con la riduzione del punteggio totale RBANS e con i sub-punteggi della scala per linguaggio, attenzione, e momoria ritardata.
Conclusioni: come è stato già rilevato in altri studi condotti in pazienti schizofrenici, i risultati del nostro studio hanno evidenziato che le stesse misure della funzione olfattiva (discriminazione, identificazione) risultano compromesse anche nei pazienti DOC con caratteristiche psicotiche. L'entità di questi deficit sembra correlare con la gravità del decadimento cognitivo. La presenza di deficit funzionali nelle arre corticali frontale e temporale potrebbe essere in grado di spiegare i risultati osservati in entrambi i gruppi di pazienti studiati in questa indagine.

Bibliografia

Kobal G, Klimek L, Wolfensberger M. *Multicenter investigation of 1,036 subjects using a standardized method for the assessment of olfactory function combining tests of odor identification, odor discrimination, and olfactory thresholds*. Èur Arch Otorhinolaryngol 2000;257:205-11.

Compton MT, McKenzie Mack L, Èsterberg ML, Bercu Z, Kryda AD, Quinterno L, Weiss PS, Walzer ÈF. *Association between olfactory identification and verbal memory in patients with schizophrenia, first-degree relatives, and non-psychiatric controls*. Schizophrenia Res 2006;86:154-66.

94. Correlazione tra deficit di discriminazione olfattiva e compromissione della performance cognitiva. Uno studio controllato in pazienti schizofrenici vs. bipolari

R. Delle Chiaie, C. Manera, A. Giordano, C. Fini, M. Salviati, M. Caredda, M. Biondi

Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, SPDC DAI, Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma

Introduzione: in numerosi studi condotti in pazienti con schizofrenia è stata segnalata l'esistenza di una correlazione tra la performance cognitiva ed alcune misure indicative dell'efficienza della funzione olfattiva. Meno chiaro è se questi parametri possano rivelare o meno qualche alterazione anche in pazienti con diagnosi di disturbo bipolare. Gli scopi di questo lavoro sono stati di: 1) misurare la funzione olfattiva in pazienti schizofrenici e bipolari, comparando le misure ottenute in questi due campioni con quelle relative ad un gruppo di controllo di soggetti sani. 2) determinare le differenze di performance cognitiva in questi 3 gruppi e 3) ricercare la presenza di eventuali correlazioni tra la presenza di deficit olfattivi e specifiche dimensioni della performance cognitive.
Metodo: è stato studiato un campione complessvio di 76 soggetti (28 schizofrenici, 28 bipolari e 20 controlli sani). Questi sono stati valutati mediante la Sniffin' Sticks test battery e la Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS). Le analisi statistiche sono state condotte mediante ANOVA e test di Mann Whitney per I confronti tra gruppi e mediante il test di Pearson per lo studio delle correlazioni.
Risultati: la soglia di percezione olfattiva non ha evidenziato differenze significative tra I 3 gruppi. Relativamente alle

altre misure della funzione olfattiva, i punteggi più bassi sono stati individuati tra gli schizofrenici (discriminazione 10,75 ± 2,82; identificazione 8,71 ± 2,37), mentre quelle misurate tra i bipolari (discriminazione 11,39 ± 2,36; identificazione 10,96 ± 2,38) sono apparse inferiori a quelle registrate tra I controlli sani (discriminazione 13,55 ± 1,19; identificazione 14 ± ,07). Le differenze intergruppo sono apparse statisticamente significative. In entrambi i gruppi di pazienti questi deficit della funzione olfattiva hanno evidenziato correlazioni con la riduzione del punteggio totale RBANS e con I sub-piunteggi della scala per linguaggio, attenzione, e momoria ritardata.

Conclusioni: come è stato già rilevato in altri studi condotti in pazienti schizofrenici, i risultati del nostro studio hanno evidenziato che le stesse misure della funzione olfattiva (discriminazione, identificazione) risultano compromesse anche nei pazienti bipolari. L'entità di questi deficit sembra correlare con la gravità del decadimento cognitivo. La presenza di deficit funzionali nelle arre corticali frontale e temporale potrebbe essere in grado di spiegare i risultati osservati in entrambi i gruppi di pazienti studiati in questa indagine.

Bibliografia

Kobal G, Klimek L, Wolfensberger M. *Multicenter investigation of 1,036 subjects using a standardized method for the assessment of olfactory function combining tests of odor identification, odor discrimination, and olfactory thresholds.* Eur Arch Otorhinolaryngol 2000;257:205-11.

Compton MT, McKenzie Mack L, Esterberg ML, Bercu Z, Kryda AD, Quinterno L, Weiss PS, Walzer EF. *Association between olfactory identification and verbal memory in patients with schizophrenia, first-degree relatives, and non-psychiatric controls.* Schizophrenia Res 2006;86:154-66.

95. Metamorfosi della psicopatologia: Internet Addiction, un'indagine epidemiologica

M. Dellepiane[*], E. Rasore[*], E. Nikolaidou[*], G. Rebolini[**], S. Fazzeri[**]

[*] *Di.N OG, Sezione Psichiatria, Università di Genova;* [**] *Ser.T Lavagna (Ge), ASL 4 Liguria*

Introduzione: gli autori si propongono, in questo studio, di indagare la presenza e frequenza di Dipendenza da Internet, in una popolazione randomizzata afferente all'Unità Mobile del SerT di Lavagna (Ge), essendo questa stata proposta come ente nosografico a se stante, con sintomi analoghi a quelli considerati per la dipendenza da sostanze.

Metodo: sono stati sottoposti al Test per la Internet Addiction di K. Young (1996) un campione randominzzato di 1750 soggetti, afferenti all'Unità Mobile del Ser.T di Lavagna, unità di prevenzione ed informazione. Il test per la Internet Addiction è costituito da 20 domande, le cui rispose forniscono punteggi che possono variare da 20 a 100, con 3 range corrispondenti a diversi livelli, dall'utilizzo normale a quello francamente patologico di internet. Sono, inoltre, stati indagati sesso, età, livelli scolastico, attività lavorativa, e la presenza di altri congiunti (e quali) in famiglia che utilizzino internet.

Risultati: i soggetti valutati erano così suddivisi: i soggetti indagati sono risultati essere al 57% femmine e 43% maschi, con un'età compresa tra 14 e 81 anni (età media 22,48 anni; DS 8, 26).

Le classi di punteggio sono risultate così suddivise in percentuale: da 20 a 49 punti l'83,3%; da 50 a 79 il 16,2%; da 80 a 100 lo 0,5% (Fig. 1).

Fig. 1.

classipunteggio

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	20-49	1458	83.3	83.3	83.3
	50-79	283	16.2	16.2	99.5
	80-100	9	.5	.5	100.0
	Totale	1750	100.0	100.0	

Livello Scolastico

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	Licenza elementare	11	.6	.6	.6
	Licenza media inferiore	787	45.0	45.0	45.6
	Qualifica professionale	611	34.9	34.9	80.6
	Licenza media superiore	298	17.0	17.0	97.6
	Laurea o superiore	41	2.3	2.3	99.9
	Altro.....	1	.1	.1	100.0
	Totale	1749	99.9	100.0	
Mancanti	Mancante di sistema	1	.1		
Totale		1750	100.0		

Conclusioni: nel nostro campione l'utilizzo di internet non pare patologico; in effetti, i soggetti indagati erano soggetti sani, trattandosi di un campione randominzzato, rimandando quindi, forse, più che alla possibilità di individuare un vero e proprio Disturbo di Dipendenza da Internet, una sintomatologia condivisa con altri Disturbi, quali la Dipendenza da Sostanze, o il Discontrollo degli Impulsi, non indagati in questo campione.

Bibliografia

Young KS. *Internet Addiction: the emergence of a new clinical disorder*. Charter presented at the 10th annual meeting of the Psycological Association, Toronto, Canada, 1996.

Caretti V, La Barbera D, et al. *Le dipendenze patologiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2005.

.

96. Associazione del DISC1 Ser704Cys con il volume di sostanza grigia e la fisiologia ippocampale durante l'encoding di memoria di riconoscimento

A. Di Giorgio[1 2], G. Blasi[1], F. Sambataro[1 3], A. Rampino[1], A. Papazacharias[1], F. Gambi[1], G. Caforio[1], M. Rizzo[1], R. Romano[1], V. Latorre[1], T. Popolizio[4], B. Kolachana[3], J. Callicott[3], M. Nardini[1], D. Weinberger[3], A. Bertolino[1 2]

[1] *Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari;* [2] *Dipartimento di Scienze Chimiche, Sezione di Biochimica e Biologia Molecolare, Università di Catania;* [3] *Genes, Cognition and Psychosis Program, National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, Bethesda (MD), USA;* [4] *Dipartmento di Neuroradiologia, IRCCSS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG)*

Una variante genetica del Disrupted in Schizophrenia 1 gene (DISC1) che comporta la sostituzione di una Serina (Ser) ad

una Cisteina (Cys) in posizione 704 nella sequenza aminoacidica della proteina codificata, è stata associata alla Schizofrenia ed a specifiche alterazioni ippocampali. Utilizzando un approccio di imaging multimodale, abbiamo studiato in un ampio campione di soggetti sani (n = 80), paragonabili per una serie di caratteristiche demografiche (età, sesso, manualità, scolarità, Q.I.) e genetiche (APO E ε4, BDNF $Val^{66}Met$ e COMT $Val^{158}Met$), l'associazione del polimorfismo DISC1 $Ser^{704}Cys$ con fenotipi cerebrali in vivo, quali la morfometria ippocampale e la fisiologia ippocampale (valutata tramite risonanza magnetica funzionale) durante l'encoding in un compito di memoria di riconoscimento.
È risultato un significativo effetto del DISC1 $Ser^{704}Cys$ sui fenotipi cerebrali studiati. In particolare, i soggetti omozigoti per l'allele Ser hanno mostrato, rispetto ai portatori dell'allele Cys, un maggiore volume di sostanza grigia nell'ippocampo di destra e di sinistra assieme ad una aumentata attivazione ippocampale bilaterale durante l'encoding di memoria di riconoscimento. I nostri dati confermano che il polimorfismo DISC1 $Ser^{704}Cys$ è fisiologicamente rilevante e supportano, inoltre, l'ipotesi che variazioni genetiche nel DISC1 possano contribuire al rischio per la Schizofrenia influenzando il volume di sostanza grigia e la fisiologia ippocampale.

97. Sintomatologia prodromica in giovani pazienti al primo episodio psicotico afferenti presso l'ambulatorio SMILE

E. Di Giovambattista, A. Di Pucchio, D. Ussorio, M. Mazza, A Tomassini, R. Roncone, R. Pollice

Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila

Introduzione: la fase prodromica dei disturbi dello spettro psicotico include il periodo di tempo che intercorre dai primi segni fino allo sviluppo dei primi sintomi franchi del disturbo (Yung e McGorry, 1996). Circa l'80-90% dei pazienti con schizofrenia riferisce una varietà di sintomi che hanno preceduto l'esordio della patologia, che comprendono cambiamenti riguardanti percezione, credenze, sfera cognitiva, affettività, umore e comportamento (Yung e McGorry, 1996; Perkins et al., 2000). A fronte di una ricca letteratura sui prodromi nella schizofrenia, pochi studi hanno preso in considerazione le caratteristiche prodromiche del disturbo bipolare, in particolare al primo episodio.
Scopo del nostro studio è stato quello di valutare i sintomi prodromici più frequenti in una popolazione di soggetti al primo episodio psicotico ai quali successivamente è stata posta diagnosi di disturbo schizofrenico e di disturbo bipolare.
Materiali e Metodo: il nostro campione era costituito da 37 soggetti al primo episodio psicotico afferenti presso l'ambulatorio SMILE (Servizio di Monitoraggio e di Intervento precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza Mentale e psicologica nei giovani) del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a direzione universitaria dell'Aquila. Del campione totale, 22 soggetti (15 maschi e 7 femmine; età media 24,3 anni ds 6,5) erano al primo episodio di un disturbo dello spettro schizofrenico e 15 soggetti (7 maschi e 8 femmine; età media 19,9 anni ds 4,9) erano al primo episodio di un disturbo dello spettro bipolare. In entrambi i casi era presente una prevalente sintomatologia psicotica di tipo positivo. A ciascun soggetto è stata somministrata una check-list (*Symptoms-Onset SMILE-SOSMILE*) per la rilevazione dei principali sintomi prodromici con la rispettiva età di comparsa del sintomo. Tale intervista, derivata dalla Symptom Onset in Schizophrenia (Perkins et al., 2000), comprende una scala sintomatologica "generale" (disturbi dell'umore, disturbi del sonno, idee di riferimento, sospettosità, disturbi della senso-percezione, deterioramento del funzionamento sociolavorativo, disturbi comportamentali), una scala "positiva" (allucinazioni e deliri), una scala "negativa" (ritiro sociale, apatia, appiattimento affettivo, anestesia affettiva) ed una scala "disorganizzazione" (comportamento e pensiero disorganizzato).
Risultati: i soggetti al primo episodio psicotico con diagnosi successiva di disturbo schizofrenico avevano un'età media di esordio pari a 21 anni (ds 8,8). I sintomi prodromici più precoci erano: comportamento disorganizzato (25% dei casi) che precedeva l'esordio di 1 anno (età media di comparsa del sintomo pari a 20 anni; ds 2,5); disturbi percettivi (70% dei casi) che precedevano l'esordio di 6 mesi (età media di comparsa del sintomo pari a 20,4 anni; ds 7,2); ridotta esperienza delle emozioni (15% dei casi) che precedeva l'esordio di 4 mesi (età media di comparsa del sintomo pari a 20,6 anni; ds 2,6); decadimento del funzionamento sociolavorativo (50% dei casi) che precedeva l'esordio di 3 mesi (età media di comparsa del sintomo pari a 20,7 anni; ds 3,8) e apatia (30% dei casi) che precedeva l'esordio di 2 mesi (età media di comparsa del sintomo pari a 20,8 anni; ds 2,9).
I soggetti al primo episodio psicotico con diagnosi successiva di disturbo bipolare avevano un'età media di esordio pari a 18,5 (ds 5,3). I sintomi prodromici più precoci erano: disturbi del comportamento (50% dei casi) che precedevano l'esordio di circa 8 mesi (età media di comparsa del sintomo pari a 17,7 anni; ds 7,4); sospettosità (41% dei casi) che precedeva l'esordio di circa 6 mesi (età media di comparsa del sintomo pari a 17,9 anni; ds 4,1) e disorganizzazione del pensiero (25% dei casi) che precedeva l'esordio di soli 5 mesi (età media di comparsa del sintomo pari a 18 anni; ds 5,7).
Conclusioni: il nostro studio mette in evidenza la presenza di un differente pattern sintomatologico prodromico in soggetti al primo episodio psicotico dello spettro schizofrenico e dello spettro bipolare. Infatti se, in ambedue i gruppi i primi sintomi individuati sono relativi alla sfera comportamentale (rispettivamente "comportamento disorganizzato" e "comportamento strano"), di seguito nel disturbo schizofrenico sono compaiono disturbi percettivi, quali illusioni, depersonalizzazione e derealizzazione, mentre nel disturbo bipolare si evidenziano disturbi della forma ed del contenuto del pensiero.
In accordo con la letteratura internazionale, il nostro studio mostra inoltre che il periodo prodromico nel disturbo schizofrenico è più lungo rispetto a quello che precede il disturbo bipolare.
In conclusione, la nostra esperienza conferma l'importanza dello studio dei prodromi al fine di poter identificare pattern sintomatologici di ingresso nella psicosi con l'obiettivo di indirizzare la diagnosi ed effettuare un appropriato e tempestivo trattamento.

Bibliografia

Yung AR, McGorry PD. *The prodromal phase of first-episode psy-*

chosis: past and current conceptualizations. Schizophrenia Bulletin 1996;22:353-70.
Perkins DO, Leserman J, Jarskog LF, Graham K, Kazmer J, Lieberman JA. *Characterizing and dating the onset of symptoms in psychotic illness: the Symptom Onset in Schizophrenia (SOS) inventory*. Schizophrenia Research 2000;44:1-10.
Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Cadenhead K, Ventura J, McFarlane W, Perkins DO, Pearlson GD, Woods SW. *Prodromal assessment with the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: predictive validity inter-rater reliability, and training to reliability*. Schizophrenia Bullettin 2003;29:703-5.
Young AR, Philips LJ, Yuen HP, Francey SM, McFarlane CA, Hallgren M, McGorry PD. *Psychosis prediction: 12-month follow-up of a high risk ("prodromal") group*. Schizophrenia Research 2003;60:21-32.

98. Indagine sulla frequenza e sulle cause delle recidive nelle psicosi: un'analisi effettuata sui ricoverati recidivi presso il spdc di teramo

B. Di Giuseppe, F.S. Moschetta, V. Di Silvestre, N. Serroni, M. Caltabiano, F. Corsaro, D. De Berardis

Dipartimento di Salute Mentale, ASL Teramo

Nel nostro lavoro abbiamo valutato l'andamento dell'attività del SPDC di Teramo nel periodo compreso tra il gennaio 1999 e l'ottobre 2001 attraverso il monitoraggio di due indicatori: di ricovero e d'uso (numero complessivo di ricoveri).
Gli *indicatori di uso* forniscono un'immagine istantanea dell'utilizzazione del Servizio, della misura in cui si è stabilito un contatto tra utenti e servizio; essi sono rappresentati, tra l'altro, dal numero complessivo di ricoveri.
Gli *indicatori di ricovero* per raggruppamento diagnostico esprimono invece il rapporto percentuale tra i ricoveri per raggruppamento diagnostico e il totale dei ricoveri effettuati, permettendo di valutare ad esempio per quale tipo di intervento viene utilizzato maggiormente il Servizio.
Nei 36 mesi esaminati il numero totale di ricoveri, per le quattro principali categorie diagnostiche individuate definite genericamente psicosi (Depressione Maggiore, Disturbo Schizofrenico, Disturbo Bipolare, Psicosi Alcoolica) è stata pari a 801; in particolare, il numero complessivo dei ricoveri (sempre per le suddette quattro principali categorie diagnostiche) è stata di 295 nel 1999, 259 nel 2000 e 247 nel 2001 (novembre e dicembre 2001 non inclusi).
Nello stesso periodo sono state considerate le diagnosi maggiormente rappresentate:
Depressione Maggiore (DM) con 323 ricoveri complessivi (110 ricoveri per DM nel 1999, 98 nel 2000, 115 nel 2001);
Disturbo Bipolare (DB) con 245 ricoveri complessivi (90 ricoveri per DB nel '99, 84 nel 2000, 71 nel 2001);
Disturbo Schizofrenico (DS) con 161 ricoveri, in particolare i ricoveri per DS sono stati 65 nel 1999, 51 nel 2000, 45 nel 2001.
L'ultima patologia rappresentata in maniera considerevole era la psicosi *Alcoolica* (PA) con un numero complessivo di 72 ricoveri (30 nel 1999, 26 nel 2000, 16 nel 2001).
Osservando l'andamento delle diagnosi nel tempo, le percentuali delle categorie diagnostiche maggiormente rappresentate non subiscono grosse oscillazioni: i disturbi dello spettro schizofrenico e dell'umore rappresentano le patologie per le quali viene maggiormente utilizzato il Servizio Psichiatrico.
A prescindere dalla patologia, nel corso dei 36 mesi considerati, il 61% dei pazienti ha effettuato un solo ricovero, il 18% 2 ricoveri, il 9% 3 ricoveri ed il 6% 3 ricoveri; un altro 6% ha effettuato 4 ricoveri, il 2% 5 ricoveri, il 3% 6 ricoveri ed infine il 4% 7 e più ricoveri.
Analizzando le singole categorie diagnostiche riscontriamo che:

- il 66% dei pazienti con diagnosi di D.M. ha effettuato un solo ricovero, il 14% 2 ricoveri, il 4% 3 ricoveri il 5% 4 ricoveri, il 3% 5 ricoveri il 3% 6 ricoveri, il 5% 7 o più ricoveri;
- il 50% dei pazienti affetto da D.B. ha effettuato un ricovero, il 26% 2 ricoveri, l'8% 3 ricoveri, il 6% 4 ricoveri, il 4% 5 ricoveri, il 3% 6 ricoveri ed il 3% 7 o più ricoveri;
- le percentuali di ricoveri nel triennio considerato nei pazienti con diagnosi di D.S. sono state invece le seguenti: 62% un ricovero, 16% 2 ricoveri, 9% 3 ricoveri, 6% 4 ricoveri, 7% oltre 4 ricoveri;
- il 66% dei pazienti affetti da P.A. ha effettuato 1 ricovero, il 19% 2 ricoveri, il 5% 3 ricoveri, il 10% 4 o più ricoveri.

99. Efficacia clinica e tollerabilità della terapia con risperidone iniettabile a rilascio prolungato in un campione di pazienti territoriali

R. Di Lorenzo[*], A. Amoretti[**], P. De Toma[**], F. Fiorini[**], V. Laviola[**], S. Santachiara[*]

[*] *Dipartimento di Salute Mentale, AZ-USL di Modena,* [**] *Università di Modena e Reggio Emilia*

Introduzione: allo scopo di valutare l'efficacia e i rischi del trattamento con risperidone RP, è stato raccolto un campione di pazienti (n = 18) del CSM di Modena e provincia con diagnosi di schizofrenia ed altri disturbi dello spettro schizo-paranoide, in monoterapia con risperidone RP da almeno 6 mesi.
Metodologia: precedenti ospedalizzazioni, motivazioni all'uso, modalità di prescrizione, effetti collaterali, drop-out, ricadute in sei mesi di trattamento sono stati analizzati.
Dopo 6 mesi con risperidone RP, il 25% di riduzione alla BPRS e alla CGI-S ed il 50% di incremento alla VGF, rispetto ai livelli basali, sono stati utilizzati per valutare l'efficacia clinica.
Risultati: le percentuali di miglioramento sono state rispettivamente del 78, del 67 e del 56% alla BPRS, CGI-S e VGF. Solo negli individui ammalati da meno di dieci anni, si otteneva una differenza statisticamente significativa nel punteggio finale rispetto a quello iniziale, nelle tre scale.
Le giornate di ricovero, durante i 6 mesi di trattamento, risultavano inferiori in modo statisticamente significativo rispetto a quelle effettuate nei 6 mesi precedenti.
Gli effetti collaterali rilevati non hanno comportato l'interruzione del trattamento.
Conclusioni: risperidone RP può costituire una terapia ben tollerata ed efficace in monoterapia, sulla sintomatologia

clinica e sul funzionamento globale negli individui ammalati da un minore lasso di tempo e sulla prevenzione delle ricadute.

Bibliografia

Kane JM et al. *Long-acting injectable risperidone: efficacy and safety of the first long-acting atypical antipsychotic.* Am J Psychiatr 2003;160:1125-32.

Chue P. *Risperidone long-acting injection*. Expert Rev Neuorotherapeutics 2003;3:89-100.

Fleischhacker WW et al. *Treatment of schizophrenia with long-acting injectable risperidone: a 12-month open-label trial of the first long-acting second-generation antipsychotic*. J Clin Psychiatr 2003;64:1250-7.

Chue P, et al. *Comparative efficacy and safety of long-acting risperidone and risperidone oral tablets*. European Neuropsychopharmacology 2005;15:111-7.

100. Cannabinoidi e psicosi

R. Di Lorenzo, E. Tomasini, A. Amoretti, F. Fiorini, P. Curci

Università di Modena e Reggio Emilia, Dipartimento di Salute Mentale, Az. USL di Modena

Introduzione: studi clinici evidenziano che l'uso continuativo e ad alte dosi di cannabinoidi può indurre una psicosi tossica, indistinguibile dalla schizofrenia [1] anche in individui non predisposti [2] o può slatentizzare una psicosi schizofrenica [1 3-5].
Metodologia: abbiamo svolto un'indagine clinica preliminare di tipo descrittivo circa la comorbilità di psicosi e uso patologico di sostanze, analizzando tutti i ricoveri effettuati (n = 1559) presso il reparto di SPDC1 dell'AUSL di Modena dall'1-1-03 al 31-12-05 in cui era presente una diagnosi di uso patologico di sostanze.
Risultati: abbiamo riscontrato che nel 22% del totale dei ricoveri era presente un uso patologico di sostanze e che il 49% di questi presentava in comorbilità una patologia psichiatrica. Il 7% del campione era rappresentato da psicosi indotte da droghe caratterizzate da uno stato paranoide e allucinatorio (secondo l'ICD-9-CM), che si correlavano in modo statisticamente significativo all'uso di cannabinoidi, da soli o associati ad altre sostanze ($p < 0,05$, test di Fisher).
Conclusioni: questa indagine evidenzia che i cannabinoidi sono le sostanze di abuso più frequentemente responsabili dell'insorgenza di una psicosi indotta da sostanze e conferma lo stretto legame tra cannabinoidi e psicosi, suggerendo che tra le categorie diagnostiche delle psicosi indotte da sostanze e di quelle endogene è verosimile ipotizzare una situazione intermedia di *continuum* sotteso da una predisposizione endogena a carattere di diatesi.

Bibliografia

1 McGuire PK, Jones P, Harvey I, Bebbington P, Toone B, Lewis S, Murray RM. *Cannabis and acute psychosis*. Schizophr Res 1994;13:161-7.

2 Andréasson S, Allebeck P. *Cannabis and schizophrenia*. Lancet 1987;2:1483-6.

3 Hall W, Degenhardt L, Teesson M. *Cannabis use and psychotic disorders: an update*. Drug Alcohol Rev 2004;23:433-43.

4 Martinez-Arevalo MJ, Calcedo-Ordonez A, Varo-Prieto JR. *Cannabis consumption as a prognostic factor in schizophrenia*. Br J Psychiatry 1994;165:410-1.

5 Drewe M, Drewe J, Riecher-Rossler A. *Cannabis and risk of psychosis*. Swiss Med Wkly 2004;134:659-63.

101. Sindrome metabolica: studio descrittivo in pazienti sottoposti a trattatamento con antipsicotici atipici

S. Di Mauro, R. Pollice*, M. Malavolta, L. Verni, M. Bernardini, E. Di Giovambattista, V. Marola*, P. Pomero*, M. Giannangeli*, R. Roncone*, M. Casacchia

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria, * Clinica Psichiatrica, Università dell'Aquila*

Introduzione: la sindrome metabolica consiste nell'associazione di ridotta tolleranza al glucosio o diabete tipo 2 e insulinoresistenza con almeno altre due alterazioni dei seguenti parametri: pressione arteriosa, trigliceridemia e/o colesterolo HDL, obesità centrale e microalbuminuria [3]. Negli ultimi anni è stata posta sempre più attenzione alla sindrome metabolica, considerata un'importante fattore di rischio per un'aumentata mortalità in generale e per una maggiore incidenza di patologie cardiovascolari, quali ad esempio coronaropatie e stroke [1]. Numerose evidenze suggeriscono che l'uso dei nuovi antipsicotici determina diverse alterazioni metaboliche, quali diabete mellito, alterazioni del metabolismo lipidico e aumento di peso [2]. Scopo del presente studio è stato quello di identificare i più importanti fattori di rischio responsabili dell'insorgenza della sindrome metabolica in un gruppo di soggetti con disturbi dello spettro psicotico, trattati con antipsicotici di nuova generazione, ricoverati nell'SPDC universitario dell'Aquila.
Materiali e Metodi: nel nostro studio abbiamo arruolato consecutivamente, in un periodo di 6 mesi, 77 soggetti, 37 maschi e 40 femmine, di cui 23 (29,4%) con diagnosi di disturbo dello spettro schizofrenico e 54 (70,6%) con diagnosi di disturbo dello spettro bipolare. Il campione totale presentava un'età media di 38,3 anni (ds ± 13,8). Tutti i soggetti assumevano antipsicotici di nuova generazione (Risperidone, Olanzapina, Quetiapina e Aloperidolo) già prima dell'ingresso in reparto (durata media del trattamento 8,5 anni ds 3,2). Tutti i pazienti al momento dell'ingresso in reparto sono stati sottoposti alla rilevazione dei seguenti parametri: pressione arteriosa (PA), Body Mass Index (BMI), circonferenza vita, trigliceridemia (TGC), colesterolemia totale (col tot), colesterolemia LDL (LDL) e HDL (HDL), prolattinemia (PRL), glicemia e insulinemia prima (T0) e dopo (T1) carico di glucosio. È stata inoltre valutata la presenza di una familiarità positiva per patologie cardio e cerebrovascolari e per patologie a carico del metabolismo glucidico e lipidico. Sono stati esclusi dallo studio soggetti diabetici e soggetti che non hanno fornito il consenso.
Risultati: rispetto al campione totale, solo 14 soggetti (17,6%) avevano un'anamnesi familiare positiva per patologie cardio e cerebrovascolari e per patologie del metabolismo glucidico e lipidico. Nel campione sono stati inoltre riscontrati valori al di sopra della norma nei seguenti parametri: circonferenza vita, prolattinemia, insulinemia basale e BMI.
Nel confronto fra pazienti di sesso maschile e femminile, abbiamo rilevato un'alterazione, con una differenza statisticamente significativa, della circonferenza vita più ampia ne-

gli uomini (106,5 cm ds 16,3) rispetto alle donne (85,15 cm ds 25,1). Non si sono riscontrate differenze tra sessi statisticamente significative negli altri parametri considerati, pur con valori maggiormente elevati nelle donne nella prolattinemia (48,6 ng/ml ds 37,2) (*vs*. uomini: 24,6 ng/ml ds 24,1) e nell'insulinemia basale (25,3 ds 25,8) (*vs*. uomini 18,7 ds 17,1). Il BMI presentava, invece, valori più elevati negli uomini (29,6 ds 5,8) (*vs*. donne 23,9 ds 6,9) senza, tuttavia, avere valore di significatività statistica.

Conclusioni: il nostro studio mostra che pazienti in trattamento con farmaci antipsicotici atipici presentano un'alterazione di alcuni parametri antropometrici e metabolici (circonferenza vita, prolattinemia, BMI, insulinemia basale) considerati importanti fattori di rischio per l'insorgenza di malattie metaboliche e cardiovascolari. Tale studio, sebbene effettuato su un campione modesto per numerosità e senza una valutazione prospettica a medio e lungo termine, conferma l'importanza del monitoraggio dei parametri metabolici in soggetti che effettuano terapie con antipsicotici atipici per la prevenzione dell'insorgenza di patologie che possono influenzare sia l'esito del trattamento antipsicotico sia la salute fisica dei soggetti stessi.

Bibliografia

1. Galassi A, Reynolds K, He J. *Metabolic syndrome and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis*. Am J Med 2006;119:812-9.
2. Melkersson K, Dahl ML. *Adverse metabolic effect associated with atypical antipsychotics: literature review and clinical implication*. Drugs 2004;64:701-23.
3. National Institute of Health. *Third Report of the National cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adult (Adult Treatment Panel III)*. Bethesda, Md National.

102. Sensation Seeking e Ansia: uno studio correlazionale

M.A. Di Meo[*], C. Barba[*], M. Casiello[**], L.C. Milito[**], P. Palumbo[**], M. Falco[**], G. Barbato[*]

[*] *Seconda Università di Napoli (SUN), Dipartimento di Psicologia;* [**] *Università di Napoli "Federico II", Dipartimento di Neuroscienze, Area Funzionale di Psichiatria*

La Sensation Seeking è un tratto di personalità caratterizzato dalla propensione ad assumere rischi fisici e sociali, misurabile con la Sensation Seeking Scale (SSS). Dalla letteratura emerge che coloro che praticano sport più rischiosi hanno punteggi significativamente più elevati alla SSS, rispetto a quelli che svolgono sport meno rischiosi. Poco numerosi e discordanti sono i dati relativi a pazienti con disturbi della condotta alimentare. Lo studio si propone di valutare la Sensation Seeking in un gruppo di anoressici e in soggetti che praticano uno sport rischioso, come i subacquei, e la correlazione del tratto di personalità con l'ansia.

I subacquei (n. 100) sono stati reclutati presso centri diving dell'area flegrea, gli anoressici (n. 19) presso l'Ambulatorio dei DCA dell'AUP Federico II; il gruppo di controllo è costituito da 247 soggetti di età media di 26,7 anni. Tutti hanno compilato la SSS versione V e lo State – Trait Anxiety Inventory.

Nel confronto tra i tre gruppi, i subacquei hanno un punteggio medio alla SSS significativamente più elevato degli altri due; gli anoressici quello più basso. Questi ottengono un punteggio più alto all'ansia, i subacquei il più basso. Nessuna correlazione o correlazioni lievemente negative sono state trovate tra Sensation Seeking e ansia.

Lo studio sembra mostrare che la Sensation Seeking non è un tratto di personalità presente negli anoressici; gli stessi presentano le correlazioni negative maggiori con l'ansia.

103. Studio osservazionale in aperto sulla valutazione dell'impatto a breve termine di duloxetina sulla Depressione Maggiore in rapporto ai sintomi ansiosi iniziali

E. Di Nasso, M. Bonfiglio, P. Sidoli, G. Cerveri, C. Mencacci

Centro per la Ricerca sulla Diagnosi e il Trattamento della Depressione e dell'Ansia, Ospedale Fatebenefratelli di Milano

Introduzione: duloxetina è un farmaco che agisce contemporaneamente sul reuptake sia della serotonina che della noradrenalina (SNRI) ed è stata approvata per il trattamento del Disturbo Depressivo Maggiore (DDM).

Obiettivi: valutare l'impatto a breve termine di duloxetina sulla Depressione Maggiore in rapporto al livello iniziale dei sintomi ansiosi.

Metodo: il campione comprende 23 pazienti consecutivi con diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore (DSM-IV TR) inclusi in uno studio osservazionale a 12 mesi: 2 pazienti sono stati esclusi dall'analisi perché non ritenuti al primo termine di follow-up. L'età media era di 48,10 (DS ± 12,5), punteggio medio all'HAM-D era di 20 (DS ± 6,2), e afferenti al Centro per la ricerca sulla diagnosi e il trattamento della depressione e dell'ansia dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano. La dose di duloxetina partiva da 30mg/die per una settimana e successivamente incrementata secondo uno schema di dose flessibile (60, 90 o 120 mg /die) nel corso di 4 settimane di osservazione. I pazienti sono stati valutati in maniera standardizzata mediante HAM-D, all'ingresso e a 4 settimane. In base al punteggio degli items dell'ansia e somatizzazione dell'HAM-D ≥ 7 sono stati identificati due sottogruppi, ansiosi (DA, N = 9; 42,9%) e non ansiosi (DD, N = 12; 57,1%). I pazienti DA hanno punteggi HAM-D iniziali significativamente superiori (t = 2,362, p = ,029).

Risultati: il miglioramento del campione è significativo (HAM-D finale 11,48 ± 6,2), miglioramento (8,52 ± 6,5), e maggiore secondo l'HAM-D per i pazienti DA (t = 2,570 p = 0,19), con simili valori HAM-D a 4 settimane per i due gruppi (0,049, p = 0,961).

Conclusioni: la duloxetina consente il miglioramento equivalente nei pazienti con depressione maggiore a componente ansiosa elevata rispetto a quadri depressivi globalmente più attenuate con componenti ansiose di minor peso.

104. Metereopatia e metereosensibilità in un campione di pazienti con Disturbo Bipolare: correlazioni con dimensioni temperamentali e caratteriali

M. Di Nicola, M. Mazza, G. Martinotti, D. Harnic, V. Catalano, A. Hadjichristos, L. Janiri

Day-Hospital di Psichiatria Clinica e Farmacodipendenze; Policlinico "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Introduzione: il termine 'metereopatia', dal greco meteoros (alta nell'aria) e pathos (malattia), sta ad indicare ogni dimensione patologica in qualche modo connessa alle condizioni metereologiche, ovvero al clima inteso come insieme di temperatura, di umidità, di pressione atmosferica e di luminosità. La differenza tra i termini 'metereosensibilità' e 'metereopatia' è di tipo quantitativo: metereosensibili sono i soggetti predisposti biologicamente ad avvertire l'effetto dei cambiamenti climatici sul piano psichico e fisico; i metereopatici sono quei soggetti che, invece, arrivano a sviluppare vere e proprie patologie o che vedono aggravarsi quadri morbosi preesistenti in funzione di tali modificazioni climatiche.
Metodologia: ad un campione di 100 pazienti affetti da Disturbo Bipolare (DSM-IV-TR) è stato somministrato un questionario di recente formulazione, il Q-METEO, allo scopo di valutare la sensibilità ai cambiamenti climatici, il loro impatto sulle variazioni sintomatologiche e sulle fasi della malattia. Lo strumento prevede anche la compilazione di una checklist strutturata allo scopo di individuare i sintomi fisici e psicologici prevalentemente correlati ai mutamenti climatici. A tutti i pazienti è stato inoltre somministrato il Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R) per valutare i tratti comportamentali e caratteriali; tali dimensioni sono state in seguito correlate con i punteggi derivati dall'analisi del questionario Q-METEO e con la fase di malattia. Un gruppo di controllo composto da 100 soggetti non clinici, omogeneo per caratteristiche socio-demografiche al gruppo dei pazienti affetti da disturbo bipolare, è stato valutato secondo i medesimi indicatori del gruppo sperimentale ed in seguito confrontato con esso.
Risultati: i risultati preliminari hanno evidenziato una maggiore presenza nel gruppo sperimentale di tratti di metereosensibilità e metereopatia rispetto al gruppo di controllo non clinico. Nel corso del congresso saranno presentati i risultati definitivi; saranno inoltre illustrate le eventuali correlazioni con la fase di malattia e con il profilo temperamentale e caratteriale, al fine di individuare alcuni tra i fattori che maggiormente si associano alla suscettibilità ai cambiamenti climatici.
Conclusioni: da alcuni anni è stata avanzata l'ipotesi di una possibile interazione fra le variazioni periodiche di fattori climatico-ambientali ed i sistemi biologici che sottendono i disturbi dell'umore, ed in particolare i disturbi dello spettro bipolare. Accanto al coinvolgimento di sistemi neurotrasmettitoriali ed ormonali, osservazioni derivate dalla pratica clinica testimoniano come anche stimoli ambientali, in particolare variabili fisiche, possano intervenire nel complesso meccanismo patogenetico alla base dei disturbi psichiatrici dello spettro bipolare.

105. Un'icona somatica di nuova osservazione correlata allo spettro panico-agorafobico

G. Di Rosa*, G. Martino, A.E. Di Rosa, M. Meduri

** Dipartimento di Scienze Pediatriche, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Messina*

Lo spettro panico-agorafobico elenca fra i sintomi anche varie manifestazioni somatiche a fini controfobici o di evitamento.
Una iconografia raccolta tra i personaggi della cronaca e dei contenuti artistici pittorici ci ha indotto a considerare l'atteggiamento di chiudere il pollice piegato fra le altre dita (pollice incluso) come espressione di ritiro inibitorio da paura e sottomissione.
Accostamenti filogenetici comportamentali sostengono questa ipotesi.
Al fine di accertare una correlazione fra pollice incluso e substrato emotivo, di stile fobico-ansioso, abbiamo condotto una ricerca su un gruppo di 320 giovani sani utilizzando SCI-PAS (per lo spettro panico-agorafobico), Parental Bonding Inventory, Eysenck Personality Inventory ed una Scala Analogica Visiva per valutare l'attitudine al pollice incluso.
Le valutazioni statistiche sono state condotte con la ricerca del chi-quadrato, del "t" di Student e dell'indice di correlazione.
I risultati hanno messo in evidenza una netta e significativa correlazione ed una altrettanto significativa prevalenza di aspetti dello spettro panico-agorafobico, in particolare per panico e misure controfobiche, sebbene collocati nella dimensione sottosoglia.
In conclusione si può affermare che il "vezzo" di tenere il pollice incluso è legato ad un assetto psicologico e somatico pertinente allo spettro panico-agorafobico.
Riteniamo che inconsapevoli timori abbandonici possano, in particolari contesti, far regredire l'insieme psicocomportamentale dell'individuo a fasi precoci della vita, quando paura dell'abbandono e i riferimenti alla dipendenza suscitavano angoscia.

106. Caratteristiche temperamentali e Disturbo dell'Adattamento in pazienti con cancro della mammella di recente diagnosi

A. Di Sotto, Periti, L. Abrardi, S. Fontani, L. Fei

Dipartimento di Scienze Neuropsichiatriche, Università di Firenze

Introduzione: in questo studio sono state valutate le correlazioni tra sintomi d'ansia e di depressione di recente insorgenza a seguito di diagnosi di cancro mammario e tratti caratteriali e temperamentali.
Metodologia: il campione, eterogeneo per età, livello d'istruzione e stadio del tumore, era formato da 37 donne con recente diagnosi (massimo 1 mese) di cancro della mammella. Erano stati esclusi in precedenza pazienti con patologie neurologiche e/o psichiatriche e pazienti con altre patologie tumorali al momento dell'inclusione. Il campione è stato valutato mediante l'HADS per la sintomatologia affettiva e il TCI per gli elementi personologici e temperamentali.

Risultati: a 30 gg. dalla diagnosi di cancro, 60% delle pazienti mostrava sintomi d'ansia e il 47% mostrava sintomi depressivi, secondo l'HADS. La presenza di sintomi affettivi si correlava alla presenza di tratti personologici improntati all' "evitamento del danno" e alla "dipendenza dal giudizio" (rispettivamente scale HA e RD del TCI). In particolare esisteva una correlazione significativa, secondo i ranghi di Spearman, tra presenza di sintomi affettivi e sottoscale HA2 e RD2 ($p < 0,05$) che misurano rispettivamente la tendenza a temere l'incertezza e al ritiro. Pertanto un soggetto con questi tratti caratteriali può sentirsi, a seguito della diagnosi di cancro, prossimo alla morte quanto diverso nei confronti dei soggetti sani.
Conclusioni: nel nostro campione l'incidenza di sintomi riconducibili a disturbi dell'affettività appare più alta della popolazione normale. Dati i criteri d'esclusione e la presenza di un grave evento di vita nell'anamnesi patologia prossima dei soggetti esaminati, possiamo ricondurre tali elementi sintomatologici ad un Disturbo dell'Adattamento con umore depresso. I fattori caratteriali riscontrati significativamente in questi soggetti possono essere visti come fattori di vulnerabilità per tale quadro psicopatologico.

Bibliografia

Cloninger CR, et al. *The temperament and character inventory: a guide to its development and use*. S. Louis, MO: Center for Psychobiology and personality, Washington University 1994.
Cloninger CR, et al. *A psychobiological model for temperament and character*. Archives of General Psychiatry 1993;50:975-990.

107. Il Perfezionismo di Auto-Presentazione nei Disturbi del Comportamento Alimentare: Somiglianze e Differenze all'interno dello Spettro Ossessivo-Compulsivo

S. Erzegovesi, A. Fossati, A. Paglia, A. Papini, C. Rocco di Torrepadula, A. Bosaia, L. Bellodi, C. Maffei

Centro per i Disturbi Alimentari e Servizio di Psicologia Clinica, Ospedale San Raffaele Turro, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Il perfezionismo può essere considerato come una caratteristica centrale dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), in quanto sembra contribuire all'eziologia e al mantenimento di Anoressia e Bulimia Nervosa.
Al fine di valutare eventuali somiglianze e differenze nel perfezionismo all'interno dei DCA, è stata utilizzata la PSPS (Perfectionistic Self-Presentation Scale), questionario per l'autovalutazione delle componenti sociali (ovvero "auto-presentate") del perfezionismo.
Il presente studio ha evidenziato che il perfezionismo di auto-presentazione sembra una caratteristica specifica dei DCA, in quanto permette di differenziare i soggetti affetti dai soggetti sani. In aggiunta, i risultati non evidenziano differenze significative tra i quattro sottotipi diagnostici Anoressia Restrittiva, Anoressia Binge-Eating, Bulimia Purging e Bulimia Non-Purging; quest'ultimo dato avvalora l' ipotesi del continuum anoressico-bulimico, inquadrando così i DCA in una categoria nosografia globale.
Riguardo al possibile legame tra perfezionismo di auto-presentazione ed ossessività, non sono riscontrabili differenze statisticamente significative alla PSPS tra i pazienti affetti da un DCA con una codiagnosi di DOC e pazienti affetti unicamente da un DCA. Inoltre il perfezionismo di auto-presentazione non sembra correlato alla sintomatologia ossessivo-compulsiva.
Questi ultimi risultati avvalorano l'ipotesi secondo cui la sintomatologia ossessivo-compulsiva ed il perfezionismo di auto-presentazione sono categorie psicopatologiche distinte.

108. Il ruolo svolto dalla cultura araba nel medioevo siciliano per il recupero e il trattamento delle malattie mentali

G. Fanara[*], A. Nicotina[**]

[*] Psichiatra, Dottoranda di Ricerca in Psichiatria; [**] Specializzando in Psichiatria; Insegnamento di Metodologia Psichiatrica

Introduzione: la medicina araba ha dominato Oriente e Occidente fra il XIII e XVIII secolo e il secondo periodo ricorda nomi di medici quali Ippocrate e Galeno. In questo studio ci siamo occupati di esaminare l'influenza araba, avvenuta in Sicilia, in relazione alla cura delle malattie mentali ed ai progressi apportati in questo campo.
Metodologia: sono stati consultati testi, sulla storia secolare della Sicilia Medioevale e alcuni dei quali tratti da antichi codici medici arabi.
Risultati: gli arabi istituirono per primi un ospedale con un reparto per la cura delle malattie mentali. Combinarono cure farmacologiche e psicologiche: in campo psicofarmacologico utilizzarono l'hashish per le sue proprietà ansiolitiche ed antidepressive e fu ripreso il concetto di psicosomatica come cura della mente e del corpo.
Conclusioni: la Sicilia fu sicuramente una delle terre che beneficiarono maggiormente della cultura araba e che risorsero a nuova vita. In Sicilia, il pensiero medico arabo, relativo alle malattie mentali e psicosomatiche, ha vissuto la metamorfosi delle teorie mediche: gli arabi diedero vita alla civiltà più florida che la Sicilia abbia vissuto, proprio nel tempo in cui i paesi dell'Europa Occidentale regredivano verso forme primitive di convivenza civile e nel più cupo medioevo dell'ignoranza e della superstizione.

109. Interazione funzionale tra geni che regolano la dopamina nell'uomo: effetto di DAT e D2 nella modulazione dell'attività cerebrale in compiti di working memory

L. Fazio, G. Blasi, A. Rampino, R. Romano, A. Di Giorgio, G. Caforio, T. Quarto, P. Taurisano, W. Sadée[*], A. Bertolino

Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; [*] Program in Pharmacogenomics, Department of Pharmacology, College of Medicine, and Division of Biostatistics, College of Public Health, The Ohio State University, Columbus

Alterazioni della neurotrasmissione dopaminergica sembrano essere centrali nella patofisiologia della schizofrenia.

Studi recenti hanno mostrato l'esistenza di una relazione molecolare diretta tra trasportatore della dopamina (DAT) e recettore D2 per la dopamina.
Obiettivo del presente lavoro è valutare l'esistenza di una interazione funzionale tra DAT e D2 attraverso lo studio, tramite risonanza magnetica funzionale (fMRI), del polimorfismo 3'VNTR del DAT e di un nuovo SNP della sesta regione intronica del gene del recettore D2 (SNP19). Tali polimorfismi sembrano influire sulla funzionalità del DAT e del D2 e modulare l'attività neuronale in compiti di working memory (WM). 149 soggetti sani (DAT: 10/10 = 59, 9 carrier = 89; D2: GG = 117, GT = 32) sono stati sottoposti ad un compito di WM (N-Back Task) durante fMRI. I soggetti non differivano per età, sesso, QI e performance al compito neuropsicologico.
L'analisi dei dati ha mostrato un effetto di interazione tra DAT e D2 nelle aree del cingolo e dello striato e della corteccia prefrontale dorsolaterale. L'analisi del segnale BOLD in caudato ha mostrato una significativa interazione tra i due polimorfismi: i soggetti con genotipo D2 GT sembrano attivare maggiormente dei soggetti D2 GG in presenza del genotipo DAT 9carrier; la relazione sembra inversa nel caso di genotipo DAT 10/10.
Questi dati mostrerebbero l'esistenza di una interazione tra D2 e DAT in aree nelle quali il signaling del D2 è prevalente, come le aree striatali. Questo lavoro apre nuove prospettive nello studio di patologie nelle quali la trasmissione dopaminergica è centrale, come la schizofrenia.

110. Il "contesto terapeutico" come risorsa nel trattamento degli adolescenti

M.P. Fenocchio, N. Fogato, S. Giulianelli, W. Natta, V. Vinciguerra, G. Ferrigno, S. Penati

Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica, Sezione di Psichiatria, Università di Genova

Introduzione: l'adolescente proietta parti di sé nel contesto relazionale: pertanto è di estrema importanza comprendere le dinamiche del funzionamento del contesto in cui egli è inserito, ed allearsi con il contesto stesso, per individuarne le risorse. È per questo che con i pazienti adolescenti risulta spesso importante una presa in carico multipla, in cui l'azione coordinata di diversi operatori uniti da un progetto condiviso di intervento si costituisce come trama relazionale che rende possibile lo sviluppo di un'esperienza di scambio.
Metodologia: nel seguente lavoro sono stati presi in esame 170 ragazzi seguiti negli ambulatori della Clinica Psichiatrica dell'Università di Genova, di cui 60 maschi e 110 femmine, di età compresa tra i 14 ed i 21 anni, e con diagnosi differenti: Disturbi dell'Umore, Disturbi di Personalità, Disturbi Psicotici, Disturbi della Condotta, Fobia Scolastica, Abuso di Sostanze ed infine Disturbi della Condotta Alimentare.
Per 39 pazienti, a causa della gravità della psicopatologia e del contesto ambientale sfavorevole, è stato necessario un lavoro coordinato tra diverse strutture, (Distretto Sociale del Comune, Consultorio Materno Infantile, Tribunale dei Minori, Servizio di Salute Mentale, Comunità di Accoglienza per Minori con disagio ambientale, Comunità Terapeutiche Psichiatriche per Adolescenti), e tra diversi operatori (psicoterapeuta, educatore, assistente sociale, infermiere).
Risultati: la presa in carico multipla ha permesso la costruzione di un'efficace rete terapeutica, che si è dimostrata di fondamentale importanza per la tipologia di pazienti presa in esame.
Valutando limiti e potenzialità del contesto, è stato possibile un intervento di supporto e sostenimento del percorso evolutivo intrapreso dal ragazzo stesso.
Inoltre, l'intervento educativo si è dimostrato una grande risorsa per la responsabilizzazione e per il raggiungimento di una maggior consapevolezza comportamentale nel ragazzo.
Conclusioni: in queste particolari condizioni, l'intervento riabilitativo e psicopedagogico può essere, almeno in una prima fase, più importante di quello psicoterapico, che a volte non è praticabile, e in alcuni casi non appropriato, mancando nell'adolescente le risorse che invece si possono trovare lavorando sul contesto.

111. Chat line addiction: possibili correlazioni tra disturbi di personalità e disfunzioni sessuali

M.P. Fenocchio, V. Vinciguerra, G.L. Gavotti, P. Cardinale

Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica, Sezione di Psichiatria, Università di Genova

Introduzione: nel nostro lavoro intendiamo analizzare le possibili correlazioni fra le caratteristiche di personalità, patologiche e non solo e l'uso-abuso delle chat line a sfondo sessuale.
Attraverso lo studio dei casi clinici, si possono elaborare alcune riflessioni riguardo anche la presenza di disfunzioni sessuali (tipo anorgasmia nelle donne o disfunzioni erettili negli uomini) nei soggetti utilizzatori abituali e preferenziali di chat.
Gli utenti della chat non sono un gruppo omogeneo, ma composti da diversi tipi personologici; si tratta comunque di individui piuttosto chiusi che cercano l'indipendenza, ma che, mossi dal bisogno di essere supportati ed incoraggiati creano profonde relazioni ma limitate al mondo on-line [1].
La timidezza sembra essere un fattore di rischio per sviluppare una internet dipendenza tanto più in quegli individui che, a fronte di una scarsa stima di se, più fortemente credono nel potere irresistibile degli altri e nel caso come determinante per il corso della propria vita.
È stata trovata una grande varietà di attitudini sessuali e comportamentali collegate alle cybersex ed alle chatrooms, in particolare l'esistenza di due tendenze principali:

1. le chat vengono usate come un punto di partenza di relazioni off line (l'anonimato on line previene la paura di rifiuto e di sanzioni sociali nella vita reale);
2. gli utenti preferiscono il sesso on-line poiché non implica ulteriori contatti dal vivo [2].

Conclusioni: le persone che usano internet per incontrate gli altri tendono ad essere sinceri nelle loro interazioni, benché sia gli uomini che le donne non rivelano la loro identità. Approssimativamente un terzo dei soggetti che entra in chat stabilisce qualche forma di contatto off line; il 40% per telefono ed il 30% face-to-face.

Ci sembra interessante analizzare tale fenomeno già evidente negli ultimi dieci anni, ma sempre in evoluzione. Potremmo dire quasi essere uno specchio di trasformazioni sociali e relazionali di più largo respiro e al contempo rifugio "moderno" di debolezze e fragilità umane.

Bibliografia

1 Anolli L, Villani D, Riva G. *Personality of people using chat: an on-line research*. Cyberpsychol Behav 2005;8:89-95.

2 Carvalheira A, Gomes FA. *Cybersex in Portuguese chatrooms. A study of sexual behaviors related to on-line sex*. J Sex Marital Ther 2003; 29:345-60.

112. Ruolo delle caratteristiche di personalità nel rapporto tra aspetti sintomatologici, qualità della vita e decorso della patologia nelle pazienti con neoplasie ginecologiche in trattamento e in follow-up

L. Ferraro, C. Mezzatesta, M.A. Rubino, L. Barrale, A. Vela, D. La Barbera, D. Gueli Alletti, A. Dolce

Dipartimento di Neuroscienze cliniche, Università di Palermo, Sezione di Psichiatria

A fronte di una sempre più ampia mole di ricerche in psiconcologia, stupisce constatare la scarsità di riferimenti nell'ambito della ginecologia oncologica. In un "Reparto di Ostetricia e Ginecologia" la donna vive forti esperienze emotive e psicologiche, oltre che medico-sanitarie, fisiologiche e patologiche. Il tumore ginecologico, specialmente se in età fertile, colpisce al cuore il nucleo della personalità femminile, nella sessualità e nella generatività, nelle relazioni e nella gestione dello schema corporeo. Sono spesso presenti disturbi relazionali (di coppia, familiari) e angosce d'intrusione che mettono alla prova i più antichi copioni d'attaccamento e fiducia, la capacità di riconoscere e trattare le proprie emozioni, le capacità progettuali e di fronteggiamento dell'evento-malattia. Tutto ciò rischia di precipitare in vissuti non detti e non pensati, per disagio, vergogna, senso distorto delle priorità (per cui pensare alla propria identità sessuale e sociale è sempre secondario rispetto al rischio di vita), che trovano facilmente imbarazzate (imbarazzanti) collusioni, che finiscono inevitabilmente col gravare sulla qualità della vita e sul processo di salute. L' A.O. "V. Cervello" (U.O. di Ostetricia e Ginecologia), la U.O. di Psichiatria del Policlinico "P. Giaccone" di Palermo e la SPDC dell'AUSL 6 di Palermo hanno realizzato un progetto che ha coinvolto due gruppi di pazienti (ricoverate e in regime ambulatoriale) di cui è possibile apprezzare i primi dati preliminari.

Metodologia: l'U.O. di Ginecologia ha monitorato le condizioni mediche generali delle pazienti. La SPDC dell'AUSL 6 di Palermo e la Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Palermo hanno condotto sinergicamente la valutazione, la somministrazione dei test, nonché lo studio dei fattori di personalità. Si è scelto di indagare parallelamente un campione di soggetti ricoverati, sottoposti a chemioterapia ed un campione in regime ambulatoriale, reclutati tra quelli afferenti al reparto ed all'ambulatorio di Ginecologia Oncologica dell'Az. Ospedaliera Cervello. Gli strumenti utilizzati sono l'Hamilton D-A (per la valutazione dell'ansia e della depressione), l'SF-36 (per la qualità della vita), la TAS-20 (per l'alessitimia), il COPE (per le strategie di coping) e L'ASQ (per gli stili di attaccamento). I destinatari della somministrazione sono stati un gruppo di pazienti in regime di ricovero ordinario ed in trattamento chemioterapico ed un gruppo in regime ambulatoriale al fine di valutare l'andamento dei risultati ai test in relazione al decorso clinico della patologia. Scopo della ricerca è l'osservazione di una possibile correlazione statistica tra questo rapporto e i risultati ottenuti alle scale per la misurazione di caratteristiche di personalità rilevate con la TAS-20 (Toronto Alexitimia Scale), il Cope e il Questionario sugli Stili di Attaccamento.

Risultati: i risultati all'SF36 e alle Hamilton (ansia e la depressione), sembrano correlare poco con l'andamento clinico della patologia ma si osserva un aumento dei livelli di ansia e di depressione di livello "grave" nelle pazienti in regime ambulatoriale rispetto a quelle in regime di ricovero. Lo stesso andamento sembrano avere gli altri test con una differenziazione significativa a seconda che il paziente sia in una situazione in "acuto" rispetto gli step di controllo (ambulatorio). Pertanto è possibile ipotizzare una incidenza qualitativa e quantitativa di altre variabili, tra quelle considerate, di cui è stata fatta una prima analisi statistica.

Conclusioni: l'individuazione dei possibili rapporti tra cancro, alessitimia e strategie di coping mira a fornire una valutazione complessa delle caratteristiche del funzionamento psicofisico generale di soggetti oncologici che riguarda verosimilmente sia gli aspetti intrapsichici, legati all'elaborazione e all'espressione degli affetti, sia gli aspetti comportamentali, legati alla modalità di gestione di fonti interne o esterne di stress.

Bibliografia

Psiconcologia. Milano: McGraw-Hill 2002.

Caretti V, La Barbera D. *Alessitimia, valutazione e trattamento*. Roma: Astrolabio 2005.

113. Effetto dei Segnali Ridondanti in pazienti schizofrenici: evidenza di un deficit nella integrazione delle informazioni tra i due emisferi cerebrali?

V. Florio*, S. Savazzi**, A. Girelli*, C.A. Marzi**

** Ospedale Regionale di Bolzano, ** Università di Verona*

Introduzione: da diverso tempo nell'ambito della letteratura medica internazionale si va affermando l'ipotesi che un deficit nell'interazione tra i due emisferi cerebrali sia implicato nell'eziopatogenesi della schizofrenia.

Metodo: 34 pazienti schizofrenici, in carico presso l'SPDC di Bolzano, e 30 soggetti controllo, bilanciati per età e sesso, sono stati valutati con un compito di tempi di reazione semplice dopo presentazione, sullo schermo di un computer, di stimoli visivi singoli e doppi lateralizzati1. In questo compito i soggetti sani rispondono più velocemente alla presentazione di stimoli doppi piuttosto che ad uno stimolo singolo. Nei soggetti acallosali invece, nei quali il tempo necessario al passaggio delle informazioni da un emisfero all'altro risulta molto più prolungato, tale effetto è paradossalmente amplificato.

Risultati: l'effetto del segnale ridonante è risultato maggiore nei pazienti schizofrenici rispetto ai soggetti controllo. Questo fenomeno, seppur di minor entità, è simile a quanto accade per i paziente acallosali. Inoltre, l'effetto si annulla con la presentazione di stimoli asincroni e questo suggerisce un indebolimento della memoria iconica.
Conclusioni: I nostri risultati suffragano l'ipotesi di un deficit nella integrazione interemisferica per processi visuomotori elementari in pazienti schizofrenici.

Bibliografia

Cavina-Pratesi C, et al. *Human Percerption and Performance*. Journal of Experimental Psychology 2001;27:932-941.

114. Sintomi somatici in una popolazione di pazienti ambulatoriali affetti da depressione maggiore

S. Foddai, A. Nivoli, M. Fiori, G. Nieddu, G.M. Fois, L. Pintore, P. Milia

Clinica Psichiatrica, Università di Sassari

Introduzione: i sintomi somatici senza una spiegazione medica sono da molto tempo oggetto di osservazione e di descrizione psichiatrica. I pazienti che richiedono assistenza medica per il trattamento di sintomi fisici funzionali al Medico di Medicina Generale presentano frequentemente una depressione sub-clinica. Molti pazienti sottovalutano o non riferiscono nessun problema psico-sociale o psichiatrico mentre enfatizzano la sintomatologia fisica come loro unico problema.
Obiettivo: obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare la presenza di sintomi fisici non correlati a patologie organiche in pazienti con Depressione Maggiore e l'eventuale ritardo nella diagnosi di quest'ultima.
Metodologia: sono stati inclusi nell'osservazione 50 pazienti con diagnosi di Depressione Maggiore ottenuta mediante M.I.N.I. Plus (Mini International Neuropsychiatric Interview Plus v. 5.0.0). I soggetti che presentavano sintomi psicotici sono stati esclusi dall'arruolamento. Regolare consenso informato scritto è stato ottenuto dai pazienti. La presenza di sintomi fisici nei 6 mesi precedenti l'arruolamento è stata indagata mediante l'utilizzo di checklists. La sintomatologia depressiva ed ansiosa è stata quantificata attraverso scale di auto-valutazione: HCL (Hypomania Check List), SAS (Self-rating Anxiety Scale), DSI (Depression Status Inventory). È stato valutato il ruolo dei sintomi fisici nel mascherare e ritardare la diagnosi psichiatrica in tali soggetti, ed infine l'utilizzo cronico di farmaci analgesici.
Risultati: il campione osservato era composto da 50 pz con diagnosi di Depressione Maggiore di cui 36 di sesso femminile (età media 48,2 ± 13,4) e 14 di sesso maschile (età media 47,7 ± 11,6).
Tra le 36 pazienti di sesso femminile i sintomi fisici maggiormente frequenti sono stati: nel 91% astenia, 80% palpitazioni; 72% tensione; 69% insonnia; 66% cefalea; 57% dolori osteoarticolari, 52% vertigini e ipesudorazione. Il sintomo guida è risultato l'astenia, evidenziato come principale sintomo dal 36% delle pazienti e la cefalea, 11,1%. I sintomi fisici, presenti nell'86% dei casi, hanno ritardato la diagnosi di Depressione Maggiore mediamente per il 44% nel campione di sesso femminile (ritardo medio 49,1 settimane).
Tra i 14 pazienti di sesso maschile abbiamo riscontrato la presenza nel 85% del campione tensione, 78% insonnia; 78% astenia; 71% palpitazioni; 71% cefalea; 50% inappetenza e dispepsia. Anche in questo caso il sintomo guida è risultato l'astenia, evidenziata nel 28% dei pazienti seguito dal dolore toracico nel 14,2% dei casi. I sintomi fisici, presenti nel 100% dei casi nel campione maschile, hanno ritardato la diagnosi di Depressione Maggiore mediamente per il 57% del campione (ritardo medio 51,6 settimane). Per quanto concerne l'utilizzo cronico di farmaci analgesici non si sono rilevate differenze significative tra i due campioni, se non per la durata dell'assunzione: 16,7% delle donne (in media per 13,3 anni) e 14,3% degli uomini (in media per 2,5 anni). La psicopatologia depressiva ed ansiosa ha mostrato, all'auto-valutazione, le seguenti caratteristiche: l'86% del campione femminile è risultato significativamente affetto da Ansia, il 69,4% da Depressione lieve, il 25% da Depressione moderata, il 5,5% da Depressione grave.
Per ciò che concerne il campione maschile costituito, il 71,4% ha presentato significativi disturbi d'Ansia, il 64% Depressione lieve, il 21,4% Depressione moderata, il 14,3% Depressione grave.
Conclusioni: i dati preliminari dello studio mostrano che, in accordo con la letteratura attuale, l'esordio di un disturbo depressivo si presenta in una percentuale di casi significativa con sintomi fisici (86% nelle donne e 100% negli uomini del campione in esame). Ignorare o sottovalutare il significato dei sintomi fisici come principale o unica modalità di comunicazione in pazienti affetti da Depressione Maggiore contribuisce a sottostimarne la diagnosi. Ciò porta al progressivo peggioramento della sofferenza del paziente, alla mancanza di un trattamento psichiatrico tempestivo adeguato e contribuisce ad incrementare i costi per le strutture sanitarie.

Bibliografia

Goldberg DP, Bridges K. *Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting*. J Psychosom Res 1988;32:37-144.
Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. *Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment*. Arch Fam Med 1994;3:774-9.

115. Le linee guida dell'American Association of Mental Retardation (AAMR) nell'ambito della psichiatria dell'adulto: risultati di uno studio naturalistico su una casistica di 45 pazienti con diagnosi di ritardo mentale in carico presso un CSM di Modena

F. Fontana, R. Losi, C. Ruggerini, G.P. Guaraldi

Università di Modena e Reggio Emilia

Scopo: indagare il tema del ritardo mentale (RM) nell'ambito della psichiatria dell'adulto alla luce delle nuove linee guida per la gestione psicofarmacologica del paziente con RM proposte dall'American Association of Mental Retardation. Lo studio "fotografa" lo stato attuale della presa in carico dei pz con diagnosi di RM nell'ambito della psichiatria dell'adulto nella zona di Modena Est e lo raffronta con la presa in carico secondo le linee guida proposte dall'AAMR

Fig. 1. Il grafico mostra percentualmente l'applicazione di tutte le linee guida (1-14) al campione in esame. Tale applicazione è considerata positiva sia nel caso di applicazione non rigorosa (valore 1 della scala di riferimento) che nel caso di applicazione rigorosa (valore 2 della scala di riferimento).

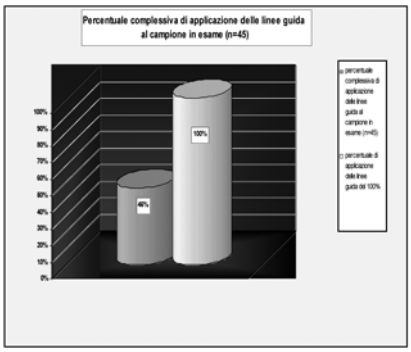


Fig. 2. Il grafico mostra percentualmente l'applicazione di ciascuna linea guida al campione in esame. Il divario tra l'ipotetica condizione di applicazione rigorosa di tutte le linee guida e la condizione attuale è dato dall'area rosa.

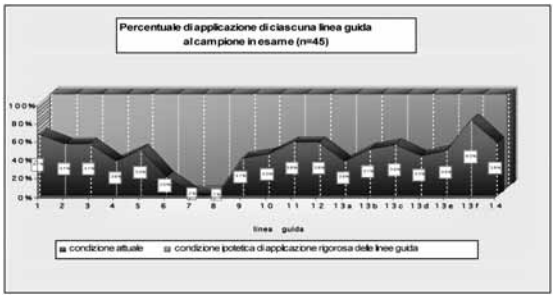


Fig. 3. Il grafico mette in evidenza un dato positivo: la linea guida è applicata nella maggioranza dei casi (circa 93%) sebbene non rigorosamente nel 52,3% (valore 1 della scala di valutazione). Questo dimostra che la finalità del clinico nella pratica prescrittivi è orientata alla salvaguardia della qualità di vita del paziente in carico.
Il metodo impiegato nella valutazione dell'adesione alla linea guida in questo caso è il colloquio diretto con lo psichiatra prescrittore (livello C).

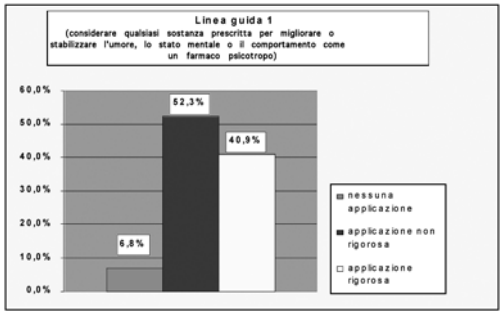
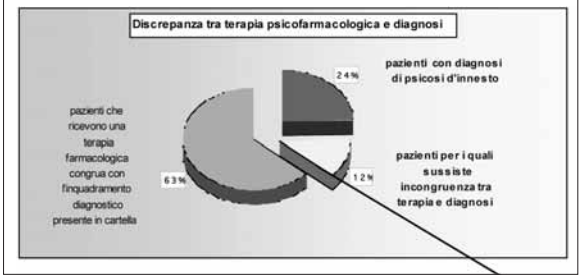


Fig. 4. Il grafico mostra che oltre alla diagnosi di ritardo mentale non tutti i pazienti in carico al servizio hanno una diagnosi codificata sull'asse I. Mette inoltre in evidenza una percentuale rilevante di diagnosi non codificate dalla nosografia ufficiale (diagnosi di psicosi d'innesto).

Fig. 5. Il grafico giustifica il dato della mancata applicazione della linea guida 4: circa il 25% dei pazienti ha una diagnosi non codificata dalla criteriologia ufficiale e un altro 12% riceve una terapia farmacologia ingiustificata se rapportata alla diagnosi presente in cartella.



dg	tp	n	%
nessuna	NL, BDZ	3/41	7%
disturbo depressivo	NL	2/41	5%

con l'ipotizzazione di una direzione di cambiamento sulla base dei dati emersi.

Metodologia: dopo aver incluso nel campione tutti i pazienti con diagnosi di RM in carico al CSM (N = 45, 2,88%) è stato confrontato lo stato naturalistico della presa in carico di ciascun paziente con la presa in carico ideale rappresentata dall'aderenza completa alle linee guida.

Risultati: l'applicazione complessiva delle linee guida è del 46%. L'analisi in percentuale di ciascuna linea guida evidenzia un atteggiamento variabile a seconda del tema in esame.

Discussione: l'applicazione delle linee guida AAMR rappresenta una innovazione a livello operativo nel nostro paese e la loro introduzione nell'ambito della popolazione con disabilità intellettiva risponde alla logica della cosiddetta "*normalizzazione*", secondo cui la pratica clinica dovrebbe allinearsi con i concetti condivisi dalla comunità scientifica. Pur essendo presente un atteggiamento costruttivo nell'ambito della psichiatria dell'adulto volto a inserire il soggetto con RM in programmi di cura multidisciplinari integrati con gli altri campi della tutela della salute e della qualità di vita,

l'adesione alle linee guida è disomogenea. Nello specifico due sono i punti critici: il problema dell'inquadramento diagnostico e quello della scarsa applicazione di scale di valutazione standardizzate per la valutazione degli effetti collaterali.
Conclusioni: dallo studio emerge la possibilità, in un terreno così ricettivo dal punto di vista assistenziale, di ipotizzare alcune direzioni di cambiamento nell'assistenza al paziente psichiatrico con RM attraverso la diffusione della conoscenza delle linee guida, la discussione del loro significato e della loro rilevanza nell'attività clinica e il monitoraggio degli effetti di una loro eventuale introduzione sistematica sulla base di un progetto di ricerca appositamente finalizzato.

Bibliografia

AAMR. *Mental Retardation, Definition, Classification and Systems of Support (10th ed.).* Washington, DC, 2002 (trad. it. *Ritardo mentale. Definizione, classificazione e sistemi di sostegno.* Gussago (BS): Vannini, in stampa).

Guaraldi GP, Ruggerini C. *Ritardo Mentale: aspetti clinici, psichiatrici e pedagogici attuali.* Quaderni italiani di Psichiatria 1996;15:312-30.

Guaraldi GP, Ruggerini C, Neviani V, Vicini S. *La Scala DASH-II (Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped) per la valutazione dei Disturbi Mentali nei Ritardati Mentali Gravi*. Quaderni Italiani di Psichiatria 2002;21:30-45.

Guaraldi GP, Ruggerini C, Russo A. *I Disturbi Mentali associati al Ritardo Mentale*. In: Pancheri P, Pfanner P, a cura di. *Psicofarmacoterapia dei Disturbi Psichiatrici dell'Infanzia e dell'Adolescenza*. Firenze: Scientific Press 1999.

Matson JL, Lott JD, Mayville E, Logan JR, Swender SL, Ruggerini C, Neviani V, Matson ML. *Un metodo di valutazione e di intervento clinico per ridurre l'utilizzo di psicofarmaci nelle persone con Ritardo mentale*. AJMR, edizione italiana 2004;2:297-301.

Ruggerini C, Guaraldi GP, Neviani V, Castagnini AC. *Prescribing psychoactive drugs in a long-term charitable facility far people with intellectual disabilities: a five - year follow-up*. In: Atti del 4° Congresso Europeo "Mental Health and Mental Retardation", Roma 17-20 settembre 2003.

Ruggerini C, Neviani V, Greco V, Ricchetti E, Vezzosi F, Guaraldi GP. *Effetti della introduzione di Linee Guida nella assistenza alle persone con Ritardo Mentale*. In: Mazzi F, a cura di. *La Certificazione Evolutiva* in *Psichiatria.* Atti del IX Congresso SOPSI "Il ruolo centrale della psichiatria in medicina", Roma 24-28 febbraio 2004.

Ruggerini C, Solmi A, Neviani V, Guaraldi GP. *Il divenire in età adulta della persona con Ritardo Mentale.* Roma: Editrice Nuove Frontiere 2003.

116. Il rame come marker di Depressione Maggiore

M. Fontana[*], R. Squitti[**], M.G. Bevacqua[**], S. Cesaretti[**], M. Ventriglia[**], M. Ribolsi[**], P.L. Zuppi[**], P.M. Rossini[* **]

[*] *SPDC, Dipartimento di Neuroscienze,* [**] *Laboratorio di Biologia Molecolare, AFAR, Ospedale Fatebenefratelli, Isola Tiberina, Roma*

Introduzione: studi recenti hanno mostrato possibili alterazioni del turn over sierico di zinco e rame in diverse patologie psichiatriche, in particolare nei disturbi del tono dell'umore. Nel nostro studio abbiamo ricercato possibili alterazioni dei livelli sierici di questi elementi sia in pazienti depressi che in pazienti sani al fine di indagarne il possibile ruolo nella patogenesi della Depressione Maggiore.
Materiali e metodi: sono stati reclutati 22 pazienti drug-free con diagnosi di Depressione Maggiore (secondo i criteri del DSM-IV R). Il gruppo di controllo consiste in 50 soggetti in buona salute, senza precedenti psichiatrici. Da ciascun soggetto appartenente ad entrambi i gruppi sono stati prelevati campioni ematici per il dosaggio di rame e zinco. La severità della sintomatologia depressiva è stata valutata mediante la MADRS, l'HDRS, e la CGI.
Risultati: i pazienti drug-free affetti da depressione hanno livelli sierici di rame superiori rispetto ai controlli ($p < 0,05$). Una correlazione positiva statisticamente significativa è stata osservata tra i livelli di rame e la severità della sintomatologia misurata alla MADRS. Per quanto riguarda lo zinco, non è stata trovata nessuna differenza tra il gruppo dei pazienti e il gruppo di controllo.
Conclusioni: i risultati ottenuti, sebbene preliminari, suggeriscono un ruolo del rame come marker della depressione. Tuttavia, è necessario confermare questi dati preliminari in un campione più ampio.

117. Impulsività e Disturbi del Comportamento Alimentare: Utilità Discriminante delle Misure di Comportamento Impulsivo

A. Fossati, S. Erzegovesi, S. Borroni, F. Grazioli, L. Giarolli, L. Bellodi, C. Maffei

Centro per i Disturbi Alimentari e Servizio di Psicologia Clinica, Ospedale San Raffaele Turro, Università Vita-Salute San Raffaele di Milano

L'impulsività è una caratteristica di personalità dalle rilevanti implicazioni cliniche, come evidenziato dalla significatività delle sue relazioni con un'ampia gamma di disturbi mentali [1].
Al fine di valutare eventuali somiglianze e differenze nell'impulsività all'interno dei DCA, sono state somministrate ad un campione di 62 pazienti con DCA ricoverati consecutivamente ammessi al Centro per i Disturbi Alimentari le seguenti misure: 1. Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11); 2. Scala Novelty Seeking (NS) del TCI-R; 3. Scala Impulsività (I) dell'EDI. In base ai criteri DSM-IV i pazienti sono stati attribuiti ai seguenti gruppi: 1. Anoressia Nervosa (AN, n = 15); 2. Anoressia-Bulimia (AE, n = 24); 3. Bulimia Nervosa (BN, n = 23).
I tre gruppi sono risultati bilanciati per sesso, co-diagnosi di asse 1 e diagnosi di asse II. BIS ha mostrato correlazioni significative con NS ($r = ,47$, $p < ,001$), I ($r = ,29$, $p < ,05$), col n. di tratti del Disturbo Borderline di Personalità (BPD, $r = ,45$, $p < ,001$) e con le scale EDI Bulimia ($r = ,29$, $p < ,05$) e Consapevolezza Enterocettiva ($r = ,29$, $p < ,05$).
A fronte dell'assenza di associazioni tra BPD e DCA, si è osservata una relazione significativa tra BIS, $F = 6,54$, gl 2,54, $p < ,005$, I, $F = 3,23$, gl 2,54, $p < ,05$, e DCA, controllata per l'effetto dell'età. In entrambi i casi, in base ai contrasti di Bonferroni, le pazienti BN e AE hanno presentato

punteggi superiori alle pazienti AN, senza differenze significative tra AE e BN.
Questi ultimi risultati avvalorano l'ipotesi secondo cui l'impulsività può avere un ruolo nella tipizzazione dei DCA.

Bibliografia

[1] Moeller FG, et al. *Psychiatric aspects of impulsivity*. American Journal of Psychiatry 2001;158:1783-93.

118. Qualità della vita nei soggetti anziani depressi con associati disturbi somatici: una prospettiva terapeutica con duloxetina

F. Franza, K. Aquino, L. Calabrese, P. De Venezia, E. Coppola, V. Fasano, G.F. Del Buono, F. Pellegrino

SIMPsi (Società Italiana Medicina Psicosomatica, Sezione Irpino-Salernitana) Casa di Cura "Villa dei Pini", Avellino

Introduzione: la presenza della sintomatologia depressiva è molto frequente nei soggetti anziani ed è spesso associata a concomitanti patologie organiche. Il trattamento farmacologico antidepressivo deve tenere conto della frequente polifarmacoterapia e della ridotta funzionalità personale, sociale e familiare che incide notevolmente sulla qualità della vita dei pazienti anziani. L'obiettivo dello studio è stato quello di utilizzare in questi soggetti trattamenti farmacologici che consentano la gestione non solo della sintomatologia depressiva ma anche che non incidano significativamente sulla qualità della vita dei soggetti esaminati e che possano determinare un significativo miglioramento della sintomatologia dolorosa frequente in questi pazienti. La disponibilità del nuovo antidepressivo la duloxetina può rappresentare un valido strumento terapeutico nel pazienti anziani.
Metodologia: sono stati analizzati i risultati ottenuti attraverso l'utilizza della duloxetina (dose media 60 mg/die) in un gruppo di 45 soggetti anziani depressi (25 F; 20 M) (secondo i criteri diagnostici del. DSM-IV-TR) in cui erano presenti altre patologie organiche croniche (cardiopatie, diabete, ipertensione, incluse diverse forme di patologie vascolari periferiche croniche dolorose). Ai pazienti sono state somministrate all'inizio del trattamento con duloxetina (range terapeutico: 45-60 mg/die) e dopo 1, 3 e 6 mesi di trattamento le seguenti scale di valutazione: Geriatric Depression Scale (GDS), 17-Item Hamilton Depression Scale (HAMD17), Clinical Global Impression-Severity (CGI-S) Scale, Visual Analogue Scale (VAS) per il dolore e la 36-Item Short Form Health Survey (SF-36); QLi (Quality Life Index)
Risultati: i risultati hanno dimostrato un significativo e complessivo miglioramento della sintomatologia depressiva e degli altri parametri analizzati, indicando una risposta efficace anche sulla sintomatologia dolorosa di questi soggetti. Un interessante indice di valutazione è il ridotto numero di drop-out riscontrato e il numero basso di ridotta aderenza al trattamento farmacologico.
Conclusioni: i risultati osservati in questo studio indicano una significativa efficacia della duloxetina con associata tollerabilità e sicurezza in un gruppo di pazienti in cui la possibilità di utilizzare strategie terapeutiche sicure ed efficaci rappresenta un momento indispensabile per un corretto approccio terapeutico.

119. Cannabis ed ansia: effetti del delta-nove-tetraidrocannabinolo (THC) e del cannabidiolo (CBD) sulla risposta neurofunzionale a stimoli emotivi

P. Fusar-Poli[*] [**], S. Bhattacharyya[**], S. Borgwardt[**], A. Zerrin[**], R. Santos[**], P. Allen[**], J. Crippa[**], P.K. McGuire[**]

[*] *Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Università di Pavia;* [**] *Division of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, King's College London*

Obiettivi: lo scopo del presente studio è di chiarire come due componenti chiave della *cannabis sativa* (delta-9-tetraidrocannnabinolo, D-9-THC e cannabidiolo, CBD) producano i loro effetti sul funzionamento emotivo.
Metodo: 15 soggetti sani sono stati analizzati con fMRI in un disegno doppio-cieco, in tre diverse occasioni: dopo 10 mg di D-9-THC, 600 mg di CBD o dopo placebo. Attraverso un catetere intravenoso si sono prelevati campioni di sangue seriali. La conducibilità elettrica cutanea (SCR) è stata registrata con elettrodi posti sulle falangi distali della mano. Ai soggetti sono state presentate espressioni facciali a diversa intensità di paura intervallate ad espressioni emotivamente neutre, in un disegno event-related. I correlati psicopatologici sono stati valutati con WAIS III Digit Span, WAIS III Digit Symbol, NART, VAMS, ASI, STAI, PANSS. I dati sono stati analizzati con XBAM v3.4 (IoP, London).
Risultati: il THC si è associato ad alterazioni significative dei punteggi STAI, ASI, VAMS, PANS. Nel giro cingolato destro il CBD attenuava la risposta neurale ad intensi stimoli di paura; nel cervelletto di destra e nel giro fusiforme di sinistra il THC aumentava la risposta neurale alla presentazione di facce ad alta intensità di paura. Paragonato al placebo, il THC aumentava la latenza delle risposte di SCR.
Conclusioni: il THC ed il CBD sono in grado di modulare in maniera differenziale la risposta neurofunzionale associata all'elaborazione delle emozioni.

120. Correlati neurofunzionali della working memory verbale e visuospaziale nella vulnerabilità psicotica

P. Fusar-Poli[*] [**], M.R. Broome[**], P. Matthiasson[**], J.B. Woolley[**], L.C. Johns[**], P. Tabraham[**], E. Bramon[**], L. Valmaggia[**], S.C.R. Williams[**], M. Brammer[**], X. Chitnis[**], P.K. McGuire[**]

[*] *Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Università di Pavia;* [**] *Division of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, King's College London*

Introduzione: numerose evidenze indicano come i soggetti a rischio genetico e clinico di psicosi presentino sottili anomalie neuropsicologiche nelle funzioni esecutive e mnestiche. Pochi studi hanno valutato i correlati neurofunzionali dei markers neurocognitivi della vulnerabilità psicotica.
Metodo: attraverso risonanza magnetica funzionale (fMRI) si è esaminata la risposta neurale a diversi livelli di dif-

ficoltà di working memory verbale (n-Back) e visuospaziale (Paired Associate Learning Task, PAL) in 17 pazienti a rischio di sviluppare psicosi (ARMS), 10 pazienti con un primo episodio psicotico (FEP) ed in 15 controlli sani di simile età, QI e sesso. I dati fMRI sono stati analizzati con un approccio non parametrico utilizzando il software XBAM v3.4.
Risultati: durante il task di N-Back, gli ARMS hanno attivato la corteccia prefrontale e parietale meno dei controlli ma più dei FEP. Durante il task di PAL, gli ARMS hanno attivato il MFG, SFG, SMA, precuneo meno dei controlli ma più dei FEP. Tali anomalie neurofunzionali si sono amplificate nei livelli più impegnativi dei tasks mnestici e non sono state originate da differenze di performance o da fattori confondenti quali terapia antipsicotica e cronicizzazione.
Conclusioni: le anomalie neurofunzionali delle regioni prefrontali osservate negli ARMS sono qualitativamente simili ma meno severe a quelle del gruppo FEP e potrebbero rappresentare un substrato neurale della vulnerabilità psicotica.

121. Condizionamento classico e disturbo di panico: studio pilota su un campione di parenti di primo grado

E. Galimberti, C. Namia, C. Carminati, L. Bellodi, G. Perna

Centro per i Disturbi d'Ansia, Università Vita-Salute, San Raffaele Turro, Milano

È stato ipotizzato che il Disturbo di Panico (DP) con o senza Agorafobia sia caratterizzato da un deficit nell'apprendimento condizionato. I soggetti con DP sarebbero caratterizzati da maggior forza di condizionamento e una maggiore resistenza all'estinzione. Questo studio indaga eventuali differenze nel processo di condizionamento fra soggetti sani (CTR), pazienti con DP e parenti di primo grado sani dei pazienti. Il fine è valutare l'ipotesi di una vulnerabilità familiare nel pattern di condizionamento che potrebbe configurarsi come potenziale marker di stato/tratto nel DP. Per verificare questa ipotesi è stato somministrano a un campione di 39 soggetti (14 PZ; 13 parenti di primo grado; 12 CTR) un paradigma di condizionamento classico discriminativo aversivo che utilizza la conduttanza cutanea come variabile dipendente. Il test prevede tre fasi: abituazione, acquisizione ed estinzione. I risultati mostrano che DP e parenti hanno un livello di attivazione neurovegetativa basale e una forza di condizionamento non differente dai CTR. Al contrario sia DP che parenti mostrano una maggiore difficoltà ad estinguere la risposta condizionata rispetto ai CTR. In conclusione i risultati ottenuti suggeriscono che il pattern di condizionamento dei parenti sia tendenzialmente diverso da quello della popolazione generale e più assimilabile a quello dei pazienti affetti da PD.

122. Funzionamento Intellettivo Limite e Disturbo di Personalità: osservazioni su un campione di soggetti con disturbi del comportamento, uso precoce di sostanze e difficoltà di apprendimento

D. Galletta, M. Falco, G. Muscettola, M. Casiello

Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Psichiatrica, Università di Napoli "Federico II"

Nel quadro di un progetto di follow-up di pazienti con Disturbo di Personalità (DP) e Funzionamento Intellettivo Limite (FIL), condizione clinica contemplata dal DSM IV-TR nei casi di Q.I. compreso tra 71-84, il nostro studio presenta dati emersi da una fase preliminare di caratterizzazione epidemiologica, neuropsicologica e psicopatologica al fine di pervenire ad una diagnosi precoce. 28 soggetti di età compresa tra 16-30 anni (18 maschi e 10 femmine), giunti alla nostra osservazione da marzo 2004 ad aprile 2007, presso il servizio di Day-Hospital della Clinica Psichiatrica della A.O.U. "Federico II", hanno presentato un FIL e un quadro psicopatologico di DP. I soggetti avevano tutti una storia di uso precoce di sostanze e di difficoltà scolastiche; inoltre, alla scala di Valutazione del Funzionamento Globale rientravano in un range tra 40 e 60. Tutti i soggetti sono stati sottoposti alla somministrazione di interviste strutturate (SCID II) e alla WAIS-R e al test di Rorschach.
I risultati delle nostre osservazioni confermano una compromissione del funzionamento globale di questi soggetti e delineano le caratteristiche di un quadro psicopatologico che rientra nei Disturbi di Personalità. Inoltre, si individuano potenziali fattori di rischio in specifici deficit della competenza e strategia di apprendimento (analisi WAIS). Oltre ai valori di Q.I. totale che rientrano nel FIL, abbiamo riscontrato una compromissione della comprensione verbale e della capacità di concentrazione. Infine, al test di Rorschach è emersa una riduzione degli indici di controllo delle emozioni e dell'affettività.
Il riconoscimento tempestivo del FIL, soprattutto alla luce del significativo rischio di evoluzione dei soggetti verso una psicopatologia strutturata, potrebbe contribuire ad una diagnosi precoce.

123. Quality of life in patients with depression: baseline data of Italian patients from the FINDER (Factors INfluencing Depression Endpoints Research) Study

L. Grassi[*], A. Rossi[**], A. Barraco[**]

[*] *University of Ferrara,* [**] *Medical Department, Eli Lilly Italia*

Background: health-related quality of life (HRQOL) is greatly impaired during depressive episodes and may reduce the possibility of achieving remission, thus worsening long-term prognosis.
Objectives: the FINDER is a 6-month prospective, observational study carried out in 12 European countries that measures the changes of HRQOL in outpatients receiving pharmacological treatment for a first or new episode of depression. The baseline data of HRQOL measured in the 513 patients enrolled in 38 sites in Italy is presented.

Methods: the FINDER study included adult patients with a first or new episode of depression requiring pharmacological medication, which was left at the discretion of the treating physician. Following the baseline visit, data was recorded after 3 and 6 months of therapy. HRQOL was measured using SF-36 and EQ-5D. The SF-36 includes a Physical and Mental Component Summary (PCS and MCS) and is based on 36 questions covering 8 domains, with higher transformed scores indicating better health status or functioning (a score = 50 is set for normal population). The EQ-5D includes 5 dimensions of health (mobility, self-care, usual activities, pain/discomfort, anxiety/depression), each consisting of 3 levels (no, some/moderate and extreme problems), and a 0-100 VAS, with higher scores indicating better HRQOL.
Results: the enrolled subjects (mean age [± SD] 49.2 years ± 15.2 years, 27.1% of males) had 10.6 ± 12.3 years duration of depression on average. In patients with previous depressive episodes in the last 24 months (n = 264), 22.4 ± 17.4 weeks had elapsed between the remission of the last and the start of the current episode. Anxiety/panic disorders in the last 24 months were reported in 72.6% of patients, while 47.8% had any other chronic medical condition. Functional somatic syndromes were reported in 35.9% of patients: chronic fatigue syndrome and irritable bowel syndrome were predominant in 17.1% and 16.6% of cases, respectively. Physical trauma in the past 24 months that caused pain to be present at enrolment was reported in 7.3% of patients, and 65.2% of the total sample had pain from any cause. The most common antidepressants prescribed at enrolment were sertraline (17.3%), escitalopram (16.2%), venlaflaxine (15.6%) and paroxetine (14.8%).
The mean PCS and MCS scores were 44.9 ± 9.7 and 22.0 ± 9.2, respectively. The worst health status was found for role limitations due to emotional problems (mean score: 24.8 ± 10.3), mental health (mean score: 24.9 ± 8.6) and social functioning (mean score: 27.9 ± 8.8). A mean score < 50 (i.e. below the population norm) was also found in all remaining domains. The mean score of the EQ-5D health status was 0.40 ± 0.31, while the mean score of VAS was 45.7 ± 19.6. SF-36 domain scores and EQ-5D (health status and VAS) were lower in patients with significant pain (with or without medical disorders known to cause pain) than in those with no or mild pain..
Conclusions: the baseline data of patients from the FINDER study enrolled in Italy show that depression, which was associated with pain and other comorbidities in a significant proportion of cases, was paralleled by a significant worsening of the HRQOL. Impairment resulted to be more marked in the mental than in the physical component of the SF-36. Data at 6 months are expected to assess whether prescribed therapies may improve depression and hence HRQOL.

124. L'utilità delle reti neurali artificiali nella previsione della risposta antiossessiva agli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina

M. Grassi, G. Salomon, C. Zorzi, S. Di Santo, P. Riva, P. Mosini, P. Cavedini, L. Bellodi

Istituto Scientifico San Raffaele, Ospedale San Raffaele Turro, Università Vita-Salute San Raffaele, Facoltà di Psicologia

Spesso in psichiatria ci si trova nella necessità di dover affrontare problemi di natura predittiva. Un nuovo approccio prevede l'utilizzo delle reti neurali artificiali supervisionate (S-ANN) che diversamente delle tecniche statistiche tradizionali potrebbe portare a una migliore performance predittiva, grazie alle loro capacità di modellizzare tutte le relazioni complesse e le interazioni tra i predittori e le variabili dipendenti.
Si è costruito un modello predittivo della risposta al trattamento con SSRI in pazienti con DOC, comparando le capacità predittive di MLP, RBF (due tipi di S-ANN) e regressione logistica. Il campione era composto da 122 soggetti con DOC trattati per 12 settimane con SSRI, di cui solo la metà hanno mostrato una risposta al trattamento. Come predittori si sono utilizzati il sesso, i totali Ossessioni e Compulsioni della Y-BOCS, gli item riguardanti i tipi di ossessioni e compulsioni sempre della Y-BOCS e le performance ottenute al Wisconsin Card Sorting Test, all'Iowa Gambling Test e alla Torre di Hanoi. Le 2 regressioni logistiche (tutti i predittori e stepwise) e gli MLP hanno mostrato capacità predittiva di generalizzazione significativamente migliore di una predizione casuale, con rispettivamente una percentuale di corretta classificazione di generalizzazione pari a 59,07 ± 8,47%, a 62,08 ± 8,09% e a 90,06 ± 2,8% (soglia 0,5; I.D.C. 95%) e una AUC ROC di generalizzazione pari a 0,607 ± 0,1053, a 0,6881 ± 0,0975 e a 0,9241 ± 0,028, con una evidente migliore capacità predittiva da parte dei MLP. Le RBF non hanno invece mostrato alcuna capacità predittiva.

125. L'efficacia della venlafaxina Rp nel Disturbo ossessivo-compulsivo

M. Guarneri, L. Nastri, A. Landi

Clinica Psichiatrica, Università di Palermo

Introduzione: l'ipotesi di un coinvolgimento del sistema serotoninergico e noradrenergico nella patogenesi del Disturbo ossessivo-compulsivo è stata al centro della ricerca clinica e sperimentale degli ultimi anni.
L'obiettivo del nostro studio è di valutare l'efficacia della venlafaxina nei pazienti affetti da D.O.C.
Metodo: sono stati arruolati 19 pazienti che soddisfano i criteri del DSM-IV-TR per il D.O.C.
Di questi, 10 hanno concluso il periodo di follow-up di tre mesi previsto. Tali pazienti sono stati trattati con venlafaxina a dosaggio medio di 168,75 mg/die (range: 75-300 mg/die). Sono state somministrate in tre tempi le seguenti scale di valutazione: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) e Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D).

Risultati:
Y-BOCS baseline =26,82 Y-BOCS finale 16,82 P < 0,022
HAM-D baseline =20,82 HAM-D finale 9,55 P < 0,0100
Conclusione: in questo studio venlafaxina Rp al dosaggio compreso tra 75-300 mg ha dimostrato di esser efficace nel trattamento del Disturbo Ossessivo Compulsivo.

Bibliografia

Hollander E, Friedberg J, Wasserman S, Allen A, Birnbaum M, Koran LM. *Venlafaxine in Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder*. J Clin Psychiatry 2003;64:546-50.

Yaryura-Tobias JA, Neziroglu FA. *Venlafaxine in obsessive-compulsive disorder*. Arch Gen Psychiatry 1996;53:653-4.

126. Correlazioni tra l'utilizzo degli SMS, assetto personologico e stili di attaccamento in un campione di adolescenti

G. Janiri, F. Fiorini, M. Franchini, M. Franchini, R. Losi, F. Mazzi, P. Curci

Dipartimento di Salute Mentale, Azienda USL di Modena

Introduzione: la diffusione dell'uso di telefoni cellulari nei giovani propone sempre più interrogativi circa le possibili correlazioni tra l'utilizzo di sms e l'assetto personologico o gli stili di attaccamento.
Metodologia: in un campione di 51 studenti di 18-19 anni si è esplorata, attraverso il test di Spearman, la correlazione tra l'uso di sms inviati in media al giorno (suddivisi in quelli indirizzati alla famiglia, al partner, agli amici e totali) e:

a) tratti di personalità, misurati tramite il Test di Personalità 16 PF Cattel;
b) diversi stili d'attaccamento, valutati col Questionario sugli Stili di Attaccamento [1].

Risultati: tra i dati più interessanti si è rilevata una correlazione significativa, di segno positivo, tra aspetti personologici di timidezza, scarsa intraprendenza ed impaccio (fattore H del Test di Cattel) e numero di sms inviati alla famiglia: r = ,356 e p = ,01; inoltre, uno stile di attaccamento ansioso/insicuro per le relazioni correla positivamente con il numero di sms inviati ai familiari: r = ,311 e p = ,026.
Conclusioni: un'analisi preliminare dei dati sembra indicare che soggetti con pattern di attaccamento ansioso/insicuro, poco disinvolti e timidi attiverebbero più facilmente un canale di comunicazione con la famiglia, verosimilmente al fine di ricevere rassicurazioni.

Bibliografia

[1] Fossati A, Feeney JA, Grazioli F, et al. *On the dimensionality of the Attachment Style Questionnarie in Italian clinical and non-clinical subjects*. Journal of Social and Personal Relationships 2003;20:55-79.

127. Il ricovero del paziente extracomunitario in un Servizio di Diagnosi e Cura di Modena negli anni 2000-2005

G. Janiri, S. Po, C.A. Amoretti, Giubbarelli, A. Disavoia, F. Eleuteri, F. Mazzi, M. Rigatelli

Unità Operativa di Psichiatria, Policlinico di Modena e Modena Est, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: l'accesso e la permanenza di persone immigrate all'interno di un reparto psichiatrico sembrano mostrare caratteristiche e motivazioni differenti rispetto alla popolazione nativa. Il presente studio ha lo scopo di indagare le caratteristiche dei ricoveri degli stranieri all'interno di un Servizio di Diagnosi e Cura e di analizzarne le eventuali correlazioni con fattori culturali e socio-demografici.
Metodo: è stato preso in esame un campione di 170 individui ricoverati negli anni 2000-2005 presso l'SPDC3 del Policlinico di Modena; sono state analizzate variabili correlate a diagnosi, terapia, durata del ricovero ed invio alla dimissione. I dati ottenuti sono poi stati confrontati con la letteratura internazionale.
Risultati: il campione, costituito prevalentemente da individui di sesso maschile e di origine africane (50,3%), mostra un'età media di circa 30 anni. Nel 38,3% dei casi è stata diagnosticata una forma di psicosi [1], con conseguente prescrizione di terapia neurolettica, mentre il 12,5% dei ricoveri è stato motivato da abuso alcolico o di sostanze.
Conclusioni: il ricovero di soggetti immigrati sembra essere legato, più frequentemente, a manifestazioni psicotiche; la modalità di accesso è per lo più su base volontaria, la permanenza, in media, di breve durata e con un alto numero di reingressi. Le difficoltà linguistiche e le differenti modalità di espressione del disagio possono a volte influenzare le scelte diagnostiche e terapeutiche.

Bibliografia

[1] Bhugra D. *Severe mental illness across cultures*. Acta Psychiatr Scand 2005;113:17-23.

128. Meta-analisi sulla associazione tra il gene per il trasportatore della serotonina e l'efficacia del trattamento con SSRIs

M. Kato[*,**], A. Serretti[*], D. De Ronchi[*], T. Kinoshita[**]

[*] *Istituto di Psichiatria, Università di Bologna;* [**] *Department of Neuropsychiatry, Kansai Medical University, Osaka, Japan*

Introduzione: una variante a livello del promotore del gene per il trasportatore della serotonina (5-HTTLPR) è stata ripetutamente associata all'efficacia del trattamento antidepressivo nei pazienti affetti da disturbi dell'umore; tuttavia, il risultato non è costante in tutti gli studi.
Metodo: in questo lavoro abbiamo condotto una meta-analisi su 15 studi, analizzando un totale di 1435 soggetti. Utilizzando il programma "Cochrane Review Manager" abbiamo studiato tre fenotipi, ossia le percentuali di remissione clinica, di risposta e di risposta entro 4 settimane di trattamento.
Risultati: una bassa percentuale di remissione era associata significativamente al genotipo s/s (p < 0,0001) mentre una

scarsa risposta era associata sia al genotipo s/s che al genotipo s/l (p = 0,0002). La risposta entro 4 settimane di trattamento era significativamente associata in entrambi i modelli genotipici (p = 0,003 – p < 0,00001).
Conclusioni: l'effetto riscontrato è sufficientemente robusto considerando etnie differenti, tuttavia è stata riscontrata una elevata eterogeneità nei campioni asiatici.

129. Associazione tra patterns di alimentazione infatile e attitudini dei genitori verso il cibo: studio europeo multicentrico

I. Krug[1], M. Anderluh[2], L. Bellodi[3], E. Cellini[4], D. Collier[5], A. Karwautz[6], B. Nacmias[4], R. Granero[7], S. Sorbi[4], K. Tchanturia[5], J. Treasure[5], G. Wagner[6], F. Ferandez-Aranda[1]

[1] Department of Psychiatry, Bellvitge University Hospital, Barcelona, Spain; [2] University Psychiatric Hospital Ljubljana, Slovenia; [3] Department of Neuropsychiatric Sciences (DSNP), Fondazione Centro S. Raffaele del Monte Tabor, Milan, Italy; [4] Department of Neurology and Psychiatric Sciences, University of Florence, Italy; [5] Eating Disorders Unit and SGDP Research Centre, Institute of Psychiatry, London, UK; [6] University Clinic of Neuropsychiatry of Childhood and Adolescence, Vienna, Austria; [7] Methodology Department, University Autonoma of Barcelona, Spain

Obiettivi: studiare l'associazione tra patterns di alimentazione e l'attitudine e il comportamento dei genitori verso il cibo durante l'infanzia e se essa si correla con lo sviluppo un DCA durante la vita.
Metodo: si sono studiati 879 pazienti consecutivi con DCA, diagnosticati secondo i criteri del DSM-IV (41,2 % AN, 31,4% BN e 27,6% DCA-NAS), che sono stati studiati e trattati in centri specializzati in DCA in Spagna, Austria, Italia, Slovenia e Regno Unito. Si è utilizzato un gruppo controllo di 785 soggetti sani che è stato comparato con i pazienti con DCA. I partecipanti allo studio hanno completato il test CRFQ (Questionario Cross-Culturale per i Fattori di Rischio Ambientali) che valuta, in maniera retrospettiva, le attitudini e comportamenti alimentari infantili e che è stato sviluppato come parte di un Trial Europeo Multicentrico per identificare le dimensioni associate con DCA in paesi differenti. Nel gruppo controllo si è utilizzato inoltre il GHQ-28 (General Health Questionnaire).
Risultati: i fattori associati a DCA in tutti i paesi sono: pasto preparato per il padre e i fratelli, mangiare in fast-food e l'accesso a snack. Al contrario si è trovata una relazione inversa tra numero di membri della famiglia presenti al pasto e DCA.
Conclusioni: questi risultati suggeriscono che i fattori che maggiormente si correlano a uno sviluppo di un DCA sono la frammentazione dei pasti nella famiglia (definito dal non riuscire a condividere il momento del pasto) e l'uso di cibo 'comodo' e rapido.

130. Espressione dell'Ira in pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare(DCA): aspetti clinici, psicopatologici e di personalità

I. Krug[* **], E. Tedeschini[* ***], D. Bussolotti[***], C.M. Bulik[**], G.P. Guaraldi[***], F. Fernández-Aranda[*]

[*] Department of Psychiatry, University Hospital of Bellvitge, Barcelona, Spain; [**] University of North Carolina at Chapel Hill, USA; [***] Università di Modena e Reggio Emilia, Italia

Obiettivi: confrontare l'espressione dell'ira tra pazienti con DCA e controlli sani e esplorare la relazione tra sintomi alimentari, psicopatologia comorbida, tratti di personalità e comportamenti impulsivi.
Metodo: 135 pazienti consecutivi con DCA ammessi nell'Ospedale di Bellvitge e 103 controlli sani. Per la valutazione dei pazienti vengono utilizzati EAT-40,EDI-2,SCL-90-R,BITE,SAD,TCI-R e STAXI-2.
Risultati: le donne con DCA hanno ottenuto un punteggio medio più alto rispetto ai controlli in tutte le scale del STAXI-2 eccetto per 'Controllo dell'Ira' (p < 0,0005). Comportamenti purgativi sono positivamente correlati con tratti di ira (p = 0,020). Quando sono stati trovati differenti metodi purgativi, presenti indipendentemente, la frequenza di vomito è stata associata con l'Indice di Espressione Totale dell'Ira (p = 0,034) e la frequenza di uso di lassativi alla Soppressione dell'Ira (p = 0,019). I sintomi alimentari e alcuni specifici tratti di personalità sono positivamente correlati con differenti espressioni dell'Ira. Infine pazienti con punteggio alto in soppressione dell'ira riportano più frequentemente comportamenti auto-lesionistici (p = 0,001).
Conclusione: i pazienti con DCA possono avere una inadeguata espressione dell'ira e un deficit nella gestione dell'ira e della frustrazione. La relazione tra il vomito e le varie manifestazioni dell'ira è più complessa di quello che si credeva. Anche i vari metodi purgativi possono essere relazionati con differenti manifestazioni dell'ira.

131. Attività cerebrale durante la visione di emozioni negative in pazienti con Schizofrenia: uno studio di Risonanza Magnetica funzionale (fMRI)

V. Latorre[1 2], G. Arciero[2], V. Mazzola[2], L. Tomasevic[2], V. Gallese[3], A. Umiltà[3], A. Petito[4], A. Bellomo[4], T. Popolizio[5], M. Nardini[1], A. Bertolino[1]

[1] Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Sezione delle Malattie Mentali, Università di Bari; [2] Istituto di Psicoterapia Post-Razionalista, IPRA, Roma; [3] Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Fisiologia, Università di Parma; [4] Istituto di Psichiatria e Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Foggia; [5] Dipartimento di Neuroradiologia, IRCCSS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG)

La Schizofrenia è caratterizzata da deficit in ambito cognitivo-sociale alterazione nel riconoscimento di espressioni facciali emotive e distorsione ed errata attribuzione di stati mentali all'altro. Studi di fMRI durante osservazione e imi-

tazione di espressioni facciali in soggetti sani hanno dimostrato coinvolgimento di un sistema di neuroni specchio.
Obiettivo di questo studio di fMRI è studiare in pazienti con Schizofrenia rispetto a soggetti sani l'attività cerebrale di fronte a video di volti esprimenti emozioni negative e valutare l'eventuale disfunzione di sistemi coinvolti nell'attribuzione di stati mentali all'altro.
Abbiamo esaminato 14 soggetti con Schizofrenia e 13 soggetti sani demograficamente simili. La sintomatologia dei pazienti è stata valutata con PANSS. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a fMRI durante la visione di video raffiguranti volti esprimenti pianto. Analisi dei dati con SPM2. I risultati hanno evidenziato sia in soggetti sani che in pazienti con Schizofrenia attivazione di aree cerebrali coinvolte nella visione di volti dinamici a contenuto emozionale: aree sensorimotorie, parieto-temporali, giunzione temporoparietale, amigdala ($p < 0,05$). I soggetti con Schizofrenia rispetto a soggetti sani attivavano maggiormente aree temporoparietali e cingolo anteriore e posteriore ($p < 0,005$).
Questi risultati potrebbero suggerire che una iperattivazione di alcune aree possa essere in qualche modo associata alla scorretta o iperattribuzione di stati mentali all'altro tipica dei pazienti con Schizofrenia.

132. Deficit di riconoscimento di espressioni facciali in soggetti con Schizofrenia

V. Latorre[1 2], A. Di Giorgio[1], G. Caforio[1], G. Blasi[1], P. Taurisano[1], M. de Candia[1], A. Vacca[4], G. Giannatempo[3], T. Scarabino[3], M. Nardini[1], A. Bertolino[1 3]

[1] Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, [2] Scuola di specializzazione in Psichiatria, Università di Bari; [3] IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG); [4] Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo 'Auxilium'. Altamura (BA)

Il riconoscimento delle emozioni nell'uomo rappresenta un'abilità innata cruciale per la comunicazione sociale. In particolare le espressioni facciali rappresentano elementi salienti per il riconoscimento emozionale. Diversi studi hanno dimostrato in pazienti con schizofrenia alterato riconoscimento di espressioni facciali soprattutto a carattere spiacevole. Obiettivo del presente studio di fMRI è valutare in tali pazienti, rispetto a controlli sani, l'attività neurale che sottende la capacità di attribuzione di un'emozione ad espressioni facciali.
Abbiamo studiato 35 pazienti con schizofrenia, in terapia stabile con antipsicotici da almeno 2 mesi, e 20 soggetti sani demograficamente simili. La sintomatologia è stata valutata con la PANSS. Per l'fMRI abbiamo utilizzato un magnete GE da 3T. Durante l'esame ai soggetti veniva chiesto di identificare l'espressione di una faccia target scegliendo tra una di due etichette linguistiche presentate simultaneamente. I dati fMRI sono stati analizzati con SPM2.
I pazienti rispetto ai controlli presentavano peggiori performance al compito. Il segnale BOLD ha evidenziato nei pazienti minore attivazione del giro fusiforme rispetto a controlli sani e maggiore attivazione della corteccia prefrontale mediale (mPFC) e del cingolo anteriore (ACC). Questi dati suggeriscono che il deficit di riconoscimento di espressioni facciali nella schizofrenia potrebbe essere associato a disfunzioni di un network di regioni corticali che coinvolge mPFC e ACC.

133. L'iperattività nell'Anoressia Nervosa in adolescenza

C. Leggero, E. Brunori, S. Calderoni, R. Carissimo, S. Maestro, C. Montalto, V. Viglione, F. Muratori

IRCCS, Fondazione Stella Maris, Calambrone (PI)

Introduzione: definire le caratteristiche dell'iperattività fisica e la sua correlazione con la psicopatologia in adolescenti anoressici.
Metodologia: un campione di 105 adolescenti (età media 13.5 anni) con diagnosi di Sindrome Anoressica è stato suddiviso in tre gruppi in base all'intervista SIAB-EX relativa all'attività fisica, di cui due (pazienti e loro genitori) intervistati direttamente, e un terzo in cui la SIAB-EX è stata compilata utilizzando questionari relativi al primo ricovero dei pazienti interessati (gruppo R). I livelli di iperattività dei gruppi sono stati messi in relazione sia alla diagnosi clinica sia all'assetto psicopatologico. I confronti sono stati eseguiti utilizzando il t-test e il Chi-square.
Risultati: l'iperattività è più rappresentata nei due gruppi intervistati direttamente e, in entrambi, nel sottogruppo Binge-Eating; i genitori tendono a collocare il figlio al livello più elevato di iperattività, mentre tra i pazienti vi è una distribuzione sovrapponibile tra i livelli 1 e 2; in entrambi i gruppi, nei soggetti che svolgono iperattività moderata (livello 1) vi è una maggior presenza di sintomi internalizzanti sia alla CBCL sia alla YSR rispetto a quelli intensamente iperattivi (livello 2).
Conclusioni: l'iperattività è un sintomo molto frequente nei pazienti adolescenti con Sindrome Anoressica; essa varia per intensità in rapporto al tipo clinico (BE o R) ma non alla gravità clinica del disturbo alimentare (AN o DCANAS). Poiché i sintomi "internalizzanti" appaiono maggiormente presenti nei pazienti che svolgono moderata iperattività (livello 1), gli autori ipotizzano che nei pazienti intensamente iperattivi l'esercizio fisico rappresenti un modo inconsapevole di superamento o di negazione della sintomatologia ansioso-depressiva. L'intervista diretta basata sulla SIAB si è dimostrata un mezzo più efficace per rilevare l'iperattività rispetto alla ricostruzione retrospettiva del sintomo che utilizza strumenti meno specifici. L'intervista rivolta anche ai genitori dei pazienti si è dimostrata particolarmente utile nell'acquisire informazioni più attendibili.

Bibliografia

Davis C, et al. *The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders*. Psychol Med 1994;24:957-67.
Davis C, et al. *Compulsive Physical Activity in Adolescents with Anorexia Nervosa: a Psychobehavioral Spiral of Pathology*. J Nerv Ment Disord 1999;18:336-42.
Holtkamp K, et al. *The contribution of anxiety and food restriction on physical activity levels in acute anorexia nervosa*. Int J Eat Disord 2004;36:163-71.

134. Sieropositività all'HIV e struttura di personalità in soggetti con pregresso abuso di sostanze

P. Leombruni, S. Siccardi, L. Lavagnino, A. Novelli, M. Bolgiani, S. Fassino

Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria

Introduzione: l'infezione da HIV rappresenta un ambito nel quale un modello integrato di intervento, attento agli aspetti infettivologici e psicobiologici e finalizzato ad aumentare la compliance, sarebbe auspicabile alla luce dei numerosi fallimenti terapeutici dovuti a scarsa aderenza. Da uno studio precedente (Fassino et al., 2004) emerge una differenza tra soggetti HIV-positivi con pregresso abuso di sostanze e popolazione sana nelle dimensioni Ricerca della Novità, Evitamento del Danno e Autodirettività. Lo scopo del presente studio è quello di valutare se tali differenze sono dovute all'abuso di sostanze o alla sieropositività.
Metodologia: 43 soggetti con pregresso abuso di sostanze HIV-positivi in trattamento ambulatoriale e 53 soggetti con pregresso abuso di sostanze HIV-negativi residenti in comunità hanno compilato test per la valutazione della personalità (TCI), dei livelli di rabbia (STAXI) e depressione (BDI).
Risultati: i campioni differiscono in modo statisticamente significativo alla regressione logistica nelle dimensioni Persistenza (4,28 *vs.* 4,55; p = 0,028), Cooperatività (29,49 *vs.* 22,89; p = 0,016) ed Espressione della Rabbia (27,59 *vs.* 36,70; p = 0,047).
Discussione: le caratteristiche personologiche e psicobiologiche emerse come caratteristiche del paziente HIV-positivo con pregresso abuso di sostanze, se confermate da ulteriori studi, potranno essere utili per adeguare il trattamento scegliendo un percorso terapeutico il più possibile individualizzato.

135. Mesi di nascita, stagioni e patologia psichiatrica

A. Lepore[*], A. Borelli[*], C. Maffulli[*], M. Nardini[**], A. Bellomo [*]

[*] *Dipartimento Misto di Salute Mentale A.U.S.L.Fg/3, Università di Foggia;* [**] *Dipartimento di Neuroscienze, Università di Bari*

Introduzione: è nota una maggior prevalenza della nascita di schizofrenici (SCH) nei mesi invernali e primaverili e, nel gruppo di pz. SCH, differenze tra le varie forme di schizofrenia sono state correlate con le differenti stagioni di nascita [1]. Allo stesso modo una differenza nei mesi di nascita è stata individuata all'interno dei dist. depressivi [2].
Obiettivo: valutare l'esistenza di differenze nei mesi e nelle stagioni di nascita dei pazienti SCH rispetto a pz. assistiti per altre patologie presso lo stesso C.S.M.
Metodo: sono state esaminate tutte le cartelle del C.S.M. nel periodo compreso tra il 1981 agosto 2006. I pz. per i quali erano disponibili dati completi sono stati riclassificati secondo i criteri DSM4 TR ed inclusi nello studio. Il campione è di 2576 pz. (273 schizofrenici, 698 dist. dell'umore, 90 dist. bipolari, 120 altre psicosi). Per l'analisi della frequenza attesa è stato usato il Chi quadrato e per l'analisi del rischio l'Odd ratio.
Risultati e conclusioni: non si è riscontrata alcuna differenza nella prevalenza stagionale delle nascita tra pz. SCH e i pz. seguiti per altre patologie presso il CSM. Non è stata riscontrata alcuna differenza di prevalenza statisticamente significativa tra mesi di nascita e tra stagioni di nascita anche nel gruppo dei soli pz. SCH. La mancanza di differenze significative fra schizofrenia ed altre patologie psichiatriche indica che gli stessi fattori climatici che determinano le differenze stagionali per la schizofrenia rispetto alla popolazione generale inciderebbero probabilmente su tutto lo spettro delle patologie psichiatriche.

Bibliografia

1 Messias et al. *Summer birth and deficit schizophrenia. A pooled Analysis from 6 countries.* Arch Gen Psychiatry 2004;61:985-9.
2 Pjerek et al. *Seasonality of birth in seasonal affective disorder*. J Clin Psychiatry 2004;65:1389-93.

136. Studio sulla correlazione tra severità del quadro depressivo e alterazioni delle funzioni esecutive e dell'attenzione in pazienti con disturbo bipolare

D. Liberati, A. Rasa, E. Polli, M. Ciuffa, G. Bersani

U.O.D. Universitaria di Psichiatria, Ospedale "A. Fiorini", Terracina, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma, Polo Pontino

Introduzione: esiste attualmente un ampio accordo in letteratura circa l'esistenza di molteplici anomalie neuropsicologiche nel Disturbo Bipolare, inquadrate sia come un possibile *marker* cerebrale di vulnerabilità alla genesi di tale disturbo, sia come parte integrante della fenomenologia clinica per quanto riguarda sia gli episodi maniacali che quelli depressivi. Fra le diverse anomalie proposte rivestono attualmente grande importanza le funzioni esecutive e l'attenzione selettiva, in quanto esse appaiono come modificazioni di tratto e non solo di stato, che tendono quindi a persistere anche in fase di eutimia e che possono rivestire un ruolo molto importante nel *management* a lungo termine del Disturbo Bipolare.

Nascite nel periodo autunno-inverno vs. primavera-estate	Odds ratio	Chi square	
		Chi sq. statistic	p
Schizofrenici vs. altre patologie	1,005	0,00	0,9817
Schizofrenici vs. disturbi bipolari	1,203	0,41	0,5236
Psicosi vs. altre patologie	1,062	0,26	0,6131

Obiettivi: lo scopo di questo studio è di esaminare il profilo cognitivo in pazienti affetti da Disturbo Bipolare. Un ulteriore obiettivo è quello di indagare un'eventuale correlazione fra la gravità della sintomatologia depressiva di stato e il peggioramento della *performance* neurocognitiva.
Metodi: sono stati studiati 13 pazienti (7 maschi e 6 femmine, età media 39,4) affetti da Disturbo Bipolare secondo i criteri diagnostici del DSM-IV e 17 individui sani (8 maschi e 9 femmine, età media 39,07). Per quanto riguarda il gruppo dei casi, 7 pazienti sono stati studiati nel corso della fase depressiva, 5 in eutimia e 2 in ipomania. Per la valutazione di gravità della fase depressiva è stata utilizzata la *Beck Depression Inventory Scale* (BDI), mentre per quanto riguarda le fasi ipomaniacali è stata usata la *Young Mania Rating Scale*. *L'assessment* cognitivo è stato effettuato con una batteria di test atti ad valutare le funzioni esecutive, attraverso il *Wisconsin Card Sorting Task* (WCST), e l'attenzione selettiva, attraverso lo *Stroop Color and Word Test* (SCWT). I risultati ottenuti dallo studio dei 2 gruppi sono stati confrontati con il *t student test* mentre la correlazione fra i punteggi ottenuti alla BDI, esprimenti la gravità dell'episodio depressivo in atto, e le *performance* neuropsicologiche è stata studiata con il *Pearson Correlation Test.*
Risultati: sono state rilevate differenze statisticamente significative fra il gruppo dei pazienti affetti da Disturbo Bipolare e quello dei controlli. Nel confronto con quest'ultimi, i pazienti dimostrano un maggiore grado di compromissione delle *performance* neurocognitive in tutti i domini esplorati. Per quanto riguarda i risultati ottenuti al *Test di Stroop*, i pazienti bipolari commettevano un maggior numero di errori (media 9 *vs.* 0,89, $p < 0,01$) e leggevano la terza tavola più lentamente (media 180 sec *vs.* 121, $p < 0,001$) rispetto ai soggetti di controllo. Nell'esecuzione del WCST il gruppo dei pazienti commetteva un numero maggiore di errori perseverativi e non perseverativi ($p = 0,000$). Inoltre presentava un numero minore di risposte corrette ($p = 0,000$) e di categorie completate ($p = 0,000$). Infine, nei pazienti in fase depressiva è stata osservata una correlazione significativa dal punto di vista statistico tra la gravità dell'episodio depressivo e la peggior *performance* nei diversi test neuropsicologici. In particolare, è stata riportata una correlazione positiva fra lo *score* alla BDI ed il numero totale di errori commesso al test di Stroop ($p < 0,001$) ed una correlazione negativa tra il punteggio BDI ed il numero di categorie completate / risposte corrette ($p < 0,001$) al WCST.
Conclusioni: la presenza di alterazioni della sfera neurocognitiva, a livello delle funzioni esecutive e dell'attenzione selettiva appare evidente in questo studio. Questi deficit possono concorrere ad una generalizzata riduzione del funzionamento sociale e lavorativo, spesso gravemente compromessi nel Disturbo Bipolare. Si rendono necessari ulteriori studi rivolti a valutare la presenza di specifici deficit cognitivi presenti nelle varie fasi di alterazioni dell'umore all'interno del Disturbo Bipolare. Un ulteriore obiettivo sarà lo studio di pazienti affetti da tale disturbo al momento del primo episodio psicopatologico, al fine di individuare deficit cognitivi che possano essere considerati come un *marker* cerebrale di vulnerabilità alla genesi del Disturbo Bipolare.

137. Progetto psicoeducazionale per familiari di pazienti bipolari. Studio pilota sul carico familiare

G. Magnolfi, C. Pavan, M. Benetazzo, F. Sessa, L. Cibinel, A. Di Florio, M. Marini, L. Pavan

Clinica Psichiatrica, Università di Padova

Introduzione: le ultime linee guida per il disturbo bipolare hanno sottolineato la necessità di associare al trattamento farmacologico, degli interventi psicosociali rivolti ai pazienti e ai familiari. I familiari si assumono un carico gravoso a cui si aggiunge lo stigma della società verso la malattia psichiatrica. Un alto carico familiare può influenzare e peggiorare il decorso del disturbo.
Presso la Clinica Psichiatrica Università di Padova, si svolgono cicli psicoeducazionali rivolti ai caregivers. Lo scopo dei nostri interventi è di informare in modo chiaro sul disturbo, valutare il carico, la qualità dei contatti sociali del familiare, il coinvolgimento emotivo e le strategie adottate per affrontare i comportamenti maladattativi del paziente.
Metodo: Il campione è costituito da 21 familiari. Gli incontri sono 8 a cadenza settimanale, della durata di circa 2 ore ciascuno. Al primo incontro abbiamo somministrato: Questionario dei Problemi Familiari(QPF), Questionario sui Comportamenti Familiari(QCF), Questionario sulla Rete Sociale(QRS).
Risultati: I familiari sono per lo più femmine e genitori. L'entità del carico si avvicina a quello riportato in letteratura per i familiari dei pazienti diabetici. La maggior parte lamenta limitazioni nelle attività sociali e nella possibilità di usufruire del tempo libero. Una buona parte presenta una sintomatologia depressiva. I due fattori che fortemente incidono sul carico sono la rassegnazione e il bisogno di informazione sul disturbo.
Conclusioni: I dati confermano che i familiari dei bipolari coprono un ruolo molto impegnativo che ha ripercussioni negative sulla loro salute e sulla qualità di vita. L'identificazione e la modifica di alcuni aspetti gravosi a cui sono sottoposti, potrebbe essere utile per ridurre il carico e le conseguenze sfavorevoli sia sulla famiglia che sull'evoluzione del disturbo.

138. Il fattori del burnout in un'indagine condotta sugli operatori di una unità psichiatrica

T. Malesevic[*], S. Dimalta[**], G. Pierri[**]

[*] *Reparto Psichiatria, "Ospedale Generale San Camillo de lelis", Manfredonia;* [**] *Clinica Psichiatrica, Policlinico Bari*

Il termine Burnout, traducibile con "bruciato, esaurito, scoppiato", esprime il cedimento psico-fisico e l'esaurimento delle risorse del lavoratore nel tentativo di adattarsi alle difficoltà del confronto quotidiano con la propria attività lavorativa.
Obiettivi specifici dello studio: la nostra ricerca ha valutato il livello di Burnout in soggetti presenti nell'Unità Operativa di Psichiatria Ospedaliera ed Universitaria del Policlinico di Bari. È stato interessato sia il personale infermieristico che medico (specialisti in formazione) al quale è sta-

to somministrato il test di Maslach Burnout Inventory (MBI) che valuta le tre componenti o dimensioni possibili di Burnout e precisamente l'esaurimento emotivo (EE), la depersonalizzazione (DP) e la realizzazione personale (PA).
I risultati della valutazione statistica del fenomeno hanno messo in evidenza:

1. calcolando il valore medio del livello di burnout, sia negli infermieri che negli specializzandi, abbiamo concluso che il ricercatore che si occupa di questo fenomeno non deve valutare solo la media statistica degli soggetti esaminate, ma deve prendere in considerazione anche i valori individuali in quanto loro presentano una variabilità enorme che esce dalla range della media;
2. esaminando la correlazione tra le variabili socio-demografiche siamo arrivati al la conclusione che quelle come l'età, il sesso, lo stato civile e livello d'istruzione non influiscono in modo significativo sull'insorgenza del burnout. Dall'altra parte si è rilevato che l'anzianità lavorativa determina in modo moderato la comparsa di questo fenomeno, mentre l'impiego settimanale (ore di lavoro) in maniera molto elevata;
3. ultima osservazione che emerge dalla nostra statistica è che tra gli soggetti affetti dal burnout la scala EE in grosso modo tende a trattenersi nel range di normalità, mentre altre due scale (relative al DP e PA) tendono a compromettersi raggiungendo valori che superano di molto quelli normali.

Il fine della nostra ricerca era quello di valutare il livello di burnout considerato una delle fonti di disagio psicologico connesso con l'attività lavorativa, in uno dei settori più impegnativi del comparto sanitario: l'area psichiatrica, con l'obiettivo, attraverso eventuali interventi psicologici e modifiche del metodo di lavoro, di ottenere un maggiore livello di soddisfazione del proprio ruolo professionale attraverso la riduzione dei fattori di rischio psicologico.

Bibliografia

Frendeberger M. *Staff Burn-out.* J Soc Issues 1974;30:159-66.

Maslach C. *Burned out.* Hum behavior 1976;59:16-22.

Cooper CL, Rout U, Farangher B. *Mental health, job stress among general practioneres.* B.M.J. 1989;289:366-70.

Maslach C, Jackson S. *The role of sex and family variables in Burnout.* Sex roles 1985;12:837-851.

Greenglass ER, Burke RJ. *Career orientations and carres development among male and female teachers.* Psichol Report 1989;64-59:591-8.

Dale J, Weinberg RS. *The relationship between coache's leadership style and Burnout.* Sport Psycologist 1989:1-13.

Bowman MA, Allen DI. *Stress and Women Physician.* New York: Springer 1985.

Mc Craine EW, Lambert CE. *Work stress, hardiness and Burnout among hospital staff nurses.* Nursing Research 1987;33:374-8.

139. Varianti genetiche HTR2C, HTR1A, NOS-I and – III nel suicidio tentato e riuscito

L. Mandelli[2], D. Rujescu[1], I. Giegling[1], B. Schneider[3], A.M. Hartmann[1], A. Schnabel[4], K. Maurer[3], H.-J. Möller[1], D. De Ronchi[2], A. Serretti[2]

[1] Department of Psychiatry, Ludwig Maximilians University, Munich, Germany; [2] Institute di Psichiatria, Università di Bologna, Bologna, Italia; [3] Department of Psychiatry, Psychosomatics, and Psychotherapy, [4] Institute of Forensic Medicine, Johann Wolfgang Goethe-University, Frankfurt/Main, Germany

Introduzione: l'ossido nitrico è un neurotrasmettitore implicato negli stati depressivi e aggressivi; esiste in tre forme chiamate NOS-I, NOS-II e NOS-III. I recettori serotoninergici 2C e 1A sono stati anch'essi messi in relazione a stati simili.
Metodo: in questo lavoro abbiamo studiato alcune varianti a livello di questi geni in 259 pazienti che avevano tentato/riuscito il suicidio e in 312 soggetti sani, di nazionalità tedesca.
Risultati: le analisi non hanno rilevato un contributo significativo per quanto riguarda i geni dei recettori 2C e 1A. L'aplotipo C-G-G nel NOS-I (rs2682826, rs1353939 e rs693534) era invece associato ad un maggiore rischio suicidario ($p = 0,01$). L'analisi dei singoli alleli mostrava una associazione significativa per l'allele G nel marcatore rs693534 ($p = 0,005$). L'aplotipo e l'allele G erano inoltre associati a punteggi maggiori di aggressività misurati al Questionario sui Fattori di Aggressività. A livello del NOS-III, l'aplotipo C-T-A (rs2070744, rs1799983 e rs891512), mostrava invece un effetto protettivo ($p = 0,01$), particolarmente verso il suicidio riuscito ($p = 0,005$). L'analisi dei singoli alleli evidenziava una associazione positiva per l'allele A nel marker rs891512 ($p = 0,009$; suicidio riuscito: $p = 0,007$). Infine, un altro aplotipo T-T-G nel NOS-III, era associato a punteggi elevati di aggressività ($p = 0,0002$).
Conclusioni: il nostro studio suggerisce un possibile coinvolgimento dei geni NOS-I e NOS-III nei comportamenti suicidari e in aspetti comportamentali ad esso correlati.

140. Expressed emotion familiare e infarto acuto del miocardio: risultati preliminari di uno studio prospettico

C. Manoussakis, I. Iandoli, M. Porcellana, E. Sarotti, P. Marinaccio, S. Paletta, G. Invernizzi, C. Bressi.

Clinica Psichiatrica, Università di Milano, Fondazione IRCCS; Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Introduzione: lo studio si pone come obiettivo quello di valutare l'Expressed Emotion familiare (EE) dei coniugi di pazienti al primo episodio di Infarto Miocardio Acuto (IMA) e l'eventuale correlazione di queste variabili con l'andamento di malattia.
Metodologia: sono stati reclutati per lo studio 34 pazienti consecutivi con diagnosi di IMA e i rispettivi coniugi. Al reclutamento (T0) i coniugi sono stati valutati con la Camberwell Family Interview per ottenere le variabili EE. I pa-

zienti sono stati valutati con STAI X1-X2 e con il Beck Depression Inventory (BDI). Dopo 12 mesi (T1) è stato valutato l'andamento di malattia dopo appropriata terapia effettuata da cardiologi in cieco rispetto ai valori EE riscontrati.
Risultati: i pazienti provenienti da famiglie con elevato Ipercoinvolgimento Emotivo (EOI) o elevata Empatia (W) hanno mostrato un peggior andamento di malattia al T1 ($p < 0,05$). Elevati livelli di EOI correlano con livelli maggiori di depressione nei pazienti al reclutamento ($p < 0,05$) e un'elevata EE è associata a valori maggiori nella scala di ansia di tratto (STAI X2) ($p < 0,05$).
Conclusioni: la correlazione tra valori di EOI e peggior andamento di malattia e tra elevato EOI e alti valori al BDI suggeriscono l'importanza di una valutazione del clima emotivo familiare per meglio indirizzare gli interventi terapeutici sui pattern disfunzionali che pregiudicano l'adattamento psicologico del paziente alla malattia e il decorso clinico post-infartuale.

Bibliografia

Invernizzi G, Bressi C, Bertrando P, Passerini A, Giannelli A, Clerici M, Biglioli P, Cazzullo CL. *Emotional profiles of families with a heart-operated patient: a pilot study*. Psychother Psychosom 1991;55:1-8.

Bressi C, Cornaggia CM, Beghi M, Porcellana M, Iandoli II, Invernizzi G. *Epilepsy and family Expressed Emotion: results of a prospective study*. Seizure 2007;16:417-23.

141. Uso di cocaina nei pazienti eroinomani. Esiste una connessione con il disturbo bipolare?

I. Maremmani[1 2 3], M. Pacini[1 2], G. Perugi[1 2], J. Deltito[5 2], H. Akiskal[3]

[1] Vincent P. Dole Research Team, Santa Chiara" University Hospital, Department of Psychiatry, University of Pisa, Italy; [2] Institute of Behavioural Sciences "G. De Lisio", Pisa, Italy; [3] AU-CNS, "From Science to Public Policy" Association, Pietrasanta (LU), Italy; [4] International Mood Center, University of California and Veterans Administration Hospital, San Diego, California (USA); [5] Dept of Psychiatry and Behavioural Science, New York Medical College, Valhalla, NY

Per valutare se il poliabuso di sostanze e specialmente quello di cocaina possa in soggetti eroinomani essere correlato alla presenza dello spettro bipolare 1090 eroinomani presentatisi negli anni 1994-2005 per un trattamento metadonico presso il nostro centro di ricerca, sono stati inseriti in questo studio. 404 pazienti mostravano un concomitante uso di cocaina. Gli eroinomani e gli eroinomani-cocainomani sono stati confrontati per variabili socio-anagrafiche e cliniche. Le variabili statisticamente diverse nei due gruppi sono state pesate attraverso un'analisi di regressione logistica per evidenziare quelle maggiormente discriminative. Quando l'uso di cocaina è concomitante a quello di eroina i pazienti tendono a vivere da soli, ad avere più presenza di doppia diagnosi, più episodi psicotici, maggiore presenza di disturbo dello spettro bipolare, maggiori problemi sul lavoro, nei rapporti affettivi, maggiori problemi legali. Necessitano in genere di un numero maggiore di trattamenti consecutivi e combinati. L'età del primo contatto con la droga è precoce come precoce è l'età dell'uso continuativo. La durata della dipendenza è maggiore. I fattori maggiormente discriminativi sono la presenza di doppia diagnosi e di disturbi dello spettro bipolare, seguiti dalla presenza di un maggior numero di episodi psicotici. L'uso di cocaina ed il poliabuso nei soggetti eroinomani sembra dunque essere ben collegato alla presenza in questi pazienti di una doppia diagnosi, soprattutto legata allo spettro bipolare.

142. Stato psichico all'ingresso in trattamento di 1090 eroinomani

I. Maremmani[1 2 3], M. Pacini[1 2], G. Perugi[1 2], J. Deltito[5 2], H. Akiskal[3]

[1] Vincent P. Dole Research Team, Santa Chiara" University Hospital, Department of Psychiatry, University of Pisa, Italy; [2] Institute of Behavioural Sciences "G. De Lisio", Pisa, Italy; [3] AU-CNS, "From Science to Public Policy" Association, Pietrasanta (LU), Italy; [4] International Mood Center, University of California and Veterans Administration Hospital, San Diego, California (USA); [5] Dept of Psychiatry and Behavioural Science, New York Medical College, Valhalla, NY

Sintomi psichiatrici sono frequenti nella dipendenza da eroina e possono dipendere sia dalla fase clinica (intossicazione o astinenza) sia dalla presenza di una doppia diagnosi. La presenza di una sintomatologia psichiatrica non sempre, dunque, è indicativa della presenza di una doppia diagnosi. In questo studio sono stati indagati lo stato mentale di 1090 eroinomani (831 maschi e 259 femmine di età compresa fra 16 e 51 anni) all'inizio del trattamento e le relazioni con dati socio-anagrafici e clinici. 506 (46.42%) eroinomani mostravano una sintomatologia depressivo-ansiosa, 421 (38.62%) erano eccitati o violenti; 163 (14.95%) mostravano sintomi psicotici. I pazienti con sintomatologia depressivo-ansiosa mostravano una gravità della loro patologia inferiore ai soggetti eccitati o psicotici. La presenza di una sindrome depressivo-ansiosa non correlava con la presenza di doppia diagnosi che più frequentemente si riscontrava, invece, nei pazienti eccitati o psicotici. Le conseguenti implicazioni cliniche vengono discusse.

143. Synergism between the mGlu2/3 metabotropic receptor agonist, LY379268, and chlorimipramine on antidepressant effect in depressive-prone Flinders Sensitive Line (FSL) rats

F. Matrisciano[1 2], I. Panaccione[1 2], S. Scaccianoce[2], R. Tatarelli[2], A.A. Mathè[3], S.H.M. Gruber[3], G. Battaglia[4], F. Nicoletti[1 4], P. Girardi[2]

[1] Department of Human Physiology and Pharmacology, Sapienza University of Rome, Italy; [2] Department of Psychiatry and Psychological Medicine, Sant'Andrea Hospital, Sapienza University of Rome; [3] Karolinska Institute, Department of Clinical Neuroscience-Psychiatry, Karolinska University Hospital Huddinge, Stockholm, Sweden; [4] I.N.M. Neuromed, Pozzilli, Italy

Introduction: group II metabotropic glutamate receptors (mGlu2 and mGlu3 receptors) are considered as potential

drug targets for the experimental treatment of depressive disorders. While mGlu2/3 receptor antagonists exert antidepressant-like effects on their own (Yoshimizu et al., Psychopharmacology, 2006), low doses of mGlu2/3 receptor agonists shortens the time required for the down-regulation of beta-1 adrenergic receptors in rats treated with imipramine (Matrisciano et al., J. Neurochem, 2005).

Materials and methods: here, we examined the interaction between mGlu2/3 receptors and classical antidepressants using FSL rats. These animals show spontaneous depressive symptoms, including an increased immobility time in the forced swim test.

Results: a chronic (21 days) but not subchronic (3 days) treatment with chlorimipramine (10 mg/kg, i.p.) reduced the exaggerated immobility of FSL rats in the forced swim test, as expected. In contrast, a 3-day treatment with chlorimipramine became effective when the drug was combined with low doses of the selective and brain-permeant mGlu2/3 receptor agonist, LY379268 (0.5mg/kg, i.p.). LY379268 alone was inactive. These data support the hypothesis that antidepressants have a shorter latency of action if mGlu2/3 receptors are activated at the same time, and suggest that mGlu2/3 receptor agonists may be beneficial as adjunctive drugs in the treatment of major depressive disorders.

144. Low concentrations of mGlu2/3 metabotropic glutamate receptor agonists mimic the action of fluoxetine in promoting proliferation of cell neuroprecursors in cultures

F. Matrisciano[1 2], I. Panaccione[1], M. Zusso[3], B. Turriziani[1], A. Passaro[1], V. Sirressi[1], C. Di Donna[1], D. Melchiorri[1], P. Giusti[3], L. Iacovelli[1], R. Tatarelli[2], F. Nicoletti[1]

[1] Department of Human Physiology and Pharmacology, [2] Department of Psychiatry, Sant'Andrea Hospital, Sapienza University of Rome, Italy; [3] Department of Pharmacology and Anesthesiology, University of Padova, Italy

Introduction: regulation of nurogenesis in the adult brain is an emerging mechanism of antidepressant medication. Two metabotropic glutamate receptor subtypes, i.e. mGlu3 and mGlu5 receptors, hav been found to regulate the growth and differentiation of neuroprogenitor cells in culture (Di Giorgi-Gerevini et al., 2005). One possibility is that drugs that activate either mGlu3 or mGlu5 receptors may act synergistically with antidepressants in supporting neurogenesis. A cell culture model is needed for the study of how antidepressants and mGlu receptor ligands interacts in regulating the biology of neuroprogenitors.

Methods: we have focused on a particular cell population (the "round cells") commonly found in primary cultures of cerebellar granule cells. These cells have the ability to proliferate in culture and differentiate into putative cerebellar granule cells. Round cells isolated and grown in pure cultures respond to the antidepressant fluoxetine with an increased proliferation rate. Cultured round cells expressed high levels of mGlu2/3 receptors, whereas expression of mGlu5 receptors was negligible. Addition of low concentrations of the mGlu2/3 receptor agonists, LY379268 (1 μM) and 2R,4R-APDC (1 μM) enhanced proliferation of cultured round cells, although this increase was less substantial than that produced by fluoxetine (1 μM). We also examined the effect of mGlu2/3 receptor activation in cultured cerebellar granule cells enriched in round cells.

Results: addition of low concentrations of LY379268 (1 or 10 μM) increased the number of round cells identified by BrdU staining by about 50-60%. This effect was prevented by the mGlu2/3 receptor antagonist, LY341495 (100 μM). Higher concentrations of LY379268 (100 μM or 1 μM) were less effective. Stimulation of round cell proliferation by low concentrations of LY379268 was additive to that produced by fluoxetine, suggesting that the two drugs act through a different mechanism. We examined mGlu2/3 receptor signaling in cultures pretreated for 3 days with eithe 1 μM or 100 μM of LY379268. Surprisingly, inhibition of cAMP formation mediated by mGlu2/3 was amplified by a pretreatment with 1 μM LY379268, but ws unaffected by the higher concentration of the drug. These results demonstrate that mGlu2/3 receptors potently regulate proliferation of granule cell neuroprecursors, and show for the first time that low concentrations of mGlu2/3 receptor agonists induce inverse tolerance to the activation of mGlu2/3 receptors.

References

Zusso, et al. *Cerebellar granular cell cultures as in vitro model for antidepressant drug-induced neurogenesis*. Critical Review in Neurobiology 2004;16;59-65.

Matrisciano, et al. *Metabotropic glutamate receptors and neuroadaptation to antidepressants: imipramine-induced down-regulation of beta-adrenergic receptors in mice treated with metabotropic glutamate 2/3 receptor ligands*. J Neurochem 2005;93:1345-52.

Di Giorgi Gerevini, et al. *Endogenous activation of metabotropic glutamate receptors supports the proliferation and survival of neural progenitor cells*. Cell Death Differ 2005;12:1124-33.

145. Temperamento e stili di attaccamento in soggetti con il disturbo di panico

D. Mauri, A. Bertani, S. Crippa, S. Cammino, S. Graziano, L. Bellodi, G. Perna

Centro per i Disturbi d'Ansia, San Raffaele Turro

Vari studi propongono un'eterogeneità dei soggetti affetti da DP, pertanto nel tentativo di meglio definire le caratteristiche dei soggetti con DP, sono stati effettuati studi sul temperamento e sull'attaccamento con risultati non univoci. In questo studio abbiamo confrontato lo stile d'attaccamento e il temperamento nei pazienti rispetto ai controlli sani, e valutato la relazione fra tali caratteristiche e la sintomatologia. Il campione è costituito da 64 pazienti con DP con/senza Agorafobia e 64 controlli sani appaiati per sesso ed età. Abbiamo valutato: lo stile d'attaccamento con RQ e ASQ, il temperamento con TCI, la sintomatologia con PASS e MIA. I pazienti presentano un punteggio più alto per "Evitamento" e più basso per "Autodirezionalità" e "Cooperatività" della TCI. È presente una diversa distribuzione degli stili di attaccamento tra i due gruppi, in particolare per attaccamento preoccupato e timoroso. I risultati indicano che nel gruppo di pazienti ci sono punteggi più alti per "disagio dell'intimità" e "bisogno di approvazione" e punteggi più bassi per la "fiducia" dell'ASQ. Abbiamo trovato delle correlazione

fra temperamento e dimensioni dell'attaccamento e la componente agorafobica. I risultati mostrano delle differenze nell'ambito temperamentale-relazionale nei soggetti con DP rispetto ad un campione di controllo. Inoltre i risultati di questo studio suggerirebbero un possibile ruolo di fattori temperamentali e relazionali sulla componente agorafobica.

146. Riconoscimento delle emozioni, Teoria della Mente e psicopatologia come domini cognitivi separati nella schizofrenia: applicazione di un modello di equazione strutturale

M. Mazza, F. Pacitti, V. Di Michele, R. Pollice, M. Casacchia, R. Roncone

Università dell'Aquila

Introduzione: la cognizione sociale è un modulo cognitivo che raggruppa delle sottocomponenti quali il riconoscimento delle emozioni, la percezione sociale ed infine la teoria della mente (TOM) (Mazza, 2001). Non è stato chiarito tuttavia in che in che modo le sottocomponenti del modulo cognizione sociale siano correlate con altri deficit neuro cognitivi, con la psicopatologia e con il funzionamento sociale.
Scopo del nostro studio è stato quello di esaminare in che maniera siano correlate le singole misure di cognizione sociale (il riconoscimento delle emozioni, la ToM e la comprensione del comportamento sociale) con altre capacità neurocognitive e la sintomatologia quando vengono integrate in unico modello.
Materiali e metodi: sono stati reclutati 178 soggetti con Diagnosi di Schizofrenia (DSM-IV-R) (124 uomini e 54 donne; età media 34,26 ± 8,5) utenti della Clinica Psichiatrica dell'Università di L'Aquila al momento della valutazione.
Per la valutazione clinica e sintomatologia del disturbo schizofrenico sono stati utilizzati i seguenti strumenti: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS); scala *VGF Valutazione Globale del Funzionamento*; la valutazione neurocognitiva è stata effettuata per la valutazione di: attenzione, memoria, funzioni esecutive, *cognizione sociale (TOM, riconoscimento delle emozioni e riconoscimento di situazioni sociali).* E stato applicato un modello di equazione strutturale (SEM-Lisrel) per esaminare le relazioni tra le variabili studiate.
Risultati e conclusioni: l'applicazione del modello rappresenta che effettivamente il costrutto cognizione sociale scomponibile in due componenti principali quale il riconoscimento delle emozioni e la comprensione della TOM.
Inoltre quando il modello comprende le componenti della cognizione sociale, la neuro cognizione, la psicopatologia ed il funzionamento sociale, risulta significativa solo l'associazione tra il riconoscimento delle emozioni e la TOM con il funzionamento sociale rispetto a tutte le altre misure. I nostri dati contribuiscono a chiarire le relazioni tra deficit cognitivi, psicopatologia e funzionamento nel disturbo schizofrenico.

Bibliografia

Voges and Addington. *The association between social anxiety and social functioning in first episode psychosis*. Schizophrenia Research, 2005.

Mazza et al., *Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia*. Schizophrenia Research 2001.

147. Riconoscimento delle emozioni, cognizione sociale e teoria della mente e alessitimina in una popolazione di studenti universitari: applicazione di un modello di equazione strutturale (SEM)

M. Mazza, F. Pacitti, R. Pollice, M. Angelini, M. Casacchia, R. Roncone

Università dell'Aquila

Introduzione: il presente studio si propone di indagare se l'ansia, in associazione con l'incapacità di provare ed esprimere adeguatamente le proprie emozioni (alessitimia) possano essere determinate da una da un deficit nella comprensione della falsa credenza, nel riconoscimento delle emozioni e nel riconoscimento di situazioni sociali e non da deficit cognitivi di altra natura (livello di intelligenza e funzioni esecutive). L'ansia e l'alessitimia dunque sarebbero una conseguenza e non la causa di un deficit di cognizione sociale che potrebbe in condizioni di vulnerabilità rappresentare un rischio per lo sviluppo di disagio psicologico.
Scopo del nostro studio è stato quello di indagare se la presenza di un disturbo d'ansia e la presenza di alessitimia in associazione con i deficit di cognizione sociale rappresentano un unico costrutto e non domini indipendenti.
Materiali e metodi: 147 soggetti giovani (88 donne e 59 maschi; età media 22,2 ± 4,3 anni) appartenenti alla popolazione generale, reclutati tra gli studenti della Facoltà di Psicologia, Università degli Studi dell'Aquila. Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad una valutazione neuropsicologica (ragionamento logico, teoria della mente, cognizione sociale e riconoscimento delle emozioni) e ad una valutazione clinica la State-Trait Anxiety Inventory (STAI) di Spielberger (STAI X-1 e lo STAI X-2), la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) e la *SCL 90* (Derogatis et al, 1970). E stato applicato un modello di equazione strutturale per esaminare le relazioni tra le variabili.
Risultati e conclusioni: l'applicazione del modello dimostra che è possibile raggruppare il disturbo d'ansia e l'alessitimia in un unico modello. Inoltre quando le componenti della cognizione sociale (riconoscimento delle emozioni, falsa credenza e comprensione del comportamento sociale), le misure cliniche e le altre misure neurocognitive vengono incluse in un unico modello la capacita di comprendere la falsa credenza e il riconoscimento delle emozioni sembra essere più strettamente collegato all'ansia e alessitimia rispetto alle capacità di ragionamento logico e alla al livello di intelligenza.
Il presente studio sostiene l'ipotesi di un rapporto fra i deficit di cognizione sociale e i disturbi d'ansia in popolazioni di soggetti giovani a rischio.

Bibliografia

Mazza et al. *Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia*. Schizophrenia Research 2001.

148. Profili neuropsicologici nel disturbo bipolare e nella schizofrenia: contributo della cognizione sociale

M. Mazza, A. Valchera, F. Pacitti, R. Pollice, M. Casacchia, R. Roncone

Università dell'Aquila

Introduzione: numerose ricerche hanno dimostrato che i deficit delle funzioni cognitive sono associati a forme gravi di disturbo bipolare e possono influenzare il decorso e predire la prognosi del disturbo bipolare [1]. Studi precedenti hanno suggerito che i deficit neuro cognitivi, di cognizione sociale persistono anche durante il periodo di eutimia anche se in alcuni casi è difficile distinguerli dai disturbi affettivi.
Metodo: nel nostro studio ci siamo proposti di caratterizzare il profilo neuropsicologico in pazienti con disturbo bipolare in fase eutimica con particolare attenzione ai deficit di cognizione sociale e alle funzioni esecutive.
Hanno partecipato allo studio 20 soggetti con disturbo bipolare in fase eutimica e 37 soggetti "non remitted". Le prestazioni dei soggetti con disturbo bipolare in prove neuropsicologiche e di cognizione sociale sono stati confrontati con un gruppo di 64 schizophrenici e 30 controlli sani. I soggetti con disturbo Bipolare I e i soggetti con schizofrenia erano tutti afferenti al SPDC a direzione Universitaria- ASL 04-L'Aquila.
Risultati e conclusioni: tutti i soggetti con disturbo bipolare,analogamente ai soggetti con schizofrenia, presentavano deficit di cognizione sociale, nella attenzione selettiva, nella memoria e nelle funzioni esecutive. Solo nel gruppo dei soggetti bipolari in fase eutimica era presente solo il deficit di cognizione sociale anche quando si inserisce come covariata il disturbo affettivo. Tale disturbo risulta più grave in soggetti con una storia di malattia più lunga,anche se è presente in soggetti con pochi anni di malattia.
Nella schizofrenia e nel disturbo bipolare, il deficit di cognizione sociale può rappresentare un indice di vulnerabilità, fornendo elementi importanti per la comprensione delle caratteristiche endofenotipiche comuni di tali disturbi.

Bibliografia

1 Bearden et al. *The neuropsychology and neuroanatomy of bipolar affective disorder: a critical review*. Bipolar Disord 2001.

149. Valutazione del farmaco-consumo degli antidepressivi in Puglia ed in Italia nel triennio '03-'06

L. Mendolicchio[1], A. Bellomo[3], A. Battista[2], V. Pomo[2], A. Aquilino[2], F. Cannistrà[2], D. Salvante[2], F. Scapati[4], M. Nardini[1]

[1] Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Sezione di Psichiatria, Università di Bari; [2] Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S) Puglia; [3] Dipartimento Scienze Mediche e del Lavoro, Sezione Psichiatria, Università di Foggia; [4] Dipartimento di Salute Mentale, AUSL Taranto

In Italia, la rilevazione dei dati di prescrizione farmaceutica in medicina generale è una realtà ormai consolidata da alcuni anni. Per tale motivo è costituito, presso il Ministero della Salute, l'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed) che permette l'acquisizione di diversi flussi informativi (Federfarma, IMS Health) relativi alla prescrizione di farmaci a livello nazionale e regionale [1].
In ambito psichiatrico tale metodologia sta via via affermandosi con l'obiettivo di ricavare informazioni epidemiologiche sui disturbi psichiatrici e sull'appropriatezza prescrittiva [2].
A tale proposito va detto che, il monitoraggio della prescrizione degli antidepressivi, rappresenta un interessante strumento epidemiologico sia poiché il consumo di tali molecole aumenta sia perché è presente da parte dei medici di medicina generale una tendenza alla prescrizione diffusa anche senza la consulenza specialistica [2 3].
Per questo motivo l'obiettivo di questo studio è di paragonare l'andamento del farmaco-consumo degli antidepressivi nel triennio '03-'06 in Puglia ed in Italia.
Per tale motivo verranno confrontati i consumi in DDD (dose definita giornaliera), che rappresenta il miglio strumento di confronto in ambito farmaco epidemiologico, delle classi di antidepressivi in Puglia ed in Italia. Tale confronto verrà posto con diversi livelli di dettaglio secondo la classificazione AIFA del farmaco ATC3, ATC4, ATC5.

Bibliografia

1 *L'uso dei farmaci in Italia, Rapporto nazionale*. Roma: Ministero della Salute 2003;2004;2005.
2 Percudani M, Barbui C, Fortino I, Petrovich L. *Antidepressant drug use in Lombardy, Italy: a population-based study*. Journal of Affective Disorders 2004;83:169-75.
3 Barbui C, Broglio E, Costa Laia A. *Cross-sectional database analysis of antidepressant prescribing in Italy.* J Clin Psychopharmacol 2003;23:31-4.

150. Analisi del farmaco-utilizzo degli antipsicotici atipici e neurolettici in Puglia nel triennio 2003-2006. Confronto con il dato nazionale

L. Mendolicchio[1], A. Bellomo[3], A. Battista[2], V. Pomo[2], A. Aquilino[2], F. Cannistrà[2], D. Salvante[2], F. Scapati[4], M. Nardini[1]

[1] Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Sezione di Psichiatria, Università di Bari; [2] Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S) Puglia; [3] Dipartimento Scienze Mediche e del Lavoro, Sezione Psichiatria, Università di Foggia; [4] Dipartimento di Salute Mentale, AUSL Taranto1

Il consumo degli antipsicotici atipici e dei neurolettici in Italia ed in Puglia, negli ultimi anni, è in aumento.
Scopo di tale lavoro è quello di analizzare nel dettaglio il consumo delle diverse molecole e confrontare i dati provenienti dalla Puglia con quelli nazionali.
Per fare ciò ci siamo serviti dei dati provenienti dal progetto SFERA, ottenuti tramite l'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia (A.Re.S) ed abbiamo analizzato il consumo degli antipsicotici atipici e dei neurolettici con diversi livelli di dettaglio, impiegando il sistema ATC di nomenclatura utilizzato da AIFA.
Abbiamo usato infatti il sistema ATC3, ATC4 e ATC5.

I dati ricavati dalla ricerca sono espressi in DDD (dose definita giornaliera) che rappresenta un parametro convenzionale riconosciuto a livello internazionale utilizzabile per confrontare i dati.
I risultati evinti da questo lavoro propongono diversi spunti di riflessione, innanzitutto, su tale metodica di analisi farmaco-epidemiologica, e soprattutto spingono verso studi che prevedano una più attenta valutazione dell'appropriatezza prescrittiva.

Bibliografia

Percudani M, Barbui C, Fortino I, Petrovich L. *Epidemiology of first- and second-generation antipsychotic agents in Lombardy, Italy*. Pharmacopsychiatry 2005;38:128-31.
L'uso dei farmaci in Italia, Rapporto nazionale. Roma: Ministero della Salute 2003;2004;2005.

151. Psicopatologia ed impulsività nella prevenzione del suicidio: uno studio pilota

G. Meneghel, A. Gori, E. Toffol, E. Pilotto, L. Pavan

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Introduzione: l'utilità degli studi pilota nel progettare una strategia preventiva del suicidio è ampiamente decritta: permettono di adattare i modelli terapeutico-preventivi alle diverse e peculiari sotto-popolazioni suicidarie.
Scopo del nostro studio è stato indagare le correlazioni tra le caratteristiche psicopatologiche e sociodemografiche, l'impulsività e l'outcome suicidario.
Metodo: lo studio confronta 3 popolazioni omogenee per sesso ed età: 53 ricoverati per tentato suicidio (TS), 50 ricoverati per altro disturbo psichiatrico, 63 soggetti sani (controlli). I dati, raccolti dalla Unità di Ricerca in Suicidologia dell'Università di Padova, consistono in: valutazione sociodemografico/psicopatologica, Self-Report Symptom Inventory-Revised (SCL90R), Barratt Impulsiveness Scale Version 11.
Risultati: sono state evidenziate le seguenti correlazioni: impulsività e comportamento suicidario (ANOVA univariata $F = 19{,}511$, $p < 0{,}0001$); impulsività, TS e giovane età (ANOVAuniv. $F = 2{,}89$, $p < 0{,}024$); impulsività, TS e metodo hard (0,016), TS e dimensioni ossessivo-compulsiva e depressiva (ANOVAuniv. $F = 3{,}245$, $p < 0{,}075$; ANOVAuniv. $F = 9{,}327$, $p < 0{,}003$); impulsività e dimensioni ossessivo-compulsive e psicoticismo nei TS (Coeff. di correlazione Rho di Spearman 0,563 e 0,555; $p < 0{,}01$).
Conclusioni: con la prosecuzione dello studio auspichiamo una conferma ed un approfondimento dell'importanza che impulsività e dimensione psicopatologica hanno fin ora dimostrato.

Bibliografia

De Leo D. *International Suicide Rates and prevention Strategies*. Hogrefe & Huber 2004.
Hawton K, van Heeringen K. *The international Handbook of suicide and attempted suicide*. Willey 2000.

152. Intelligenza Emotiva nel Disturbo di Panico

R. Menotti, G. Borriello, P. Cavedini, L. Bellodi, G. Perna

Centro per i Disturbi d'Ansia, San Raffaele Turro, Milano

Studi inerenti l'Intelligenza Emotiva (EI) condotti su disturbi d'ansia diversi dal DP, come FS e DAG, riportano una relazione significativa tra EI e ansia patologica.
Nel DP l'attacco è un fenomeno psicopatologico che sottenderebbe una disregolazione emotiva, che induce spesso una risposta adattiva di ansia anticipatoria ed evitamento fobico (AGO).
Scopo dello studio è confrontare l'EI (misurata con MSCEIT) in 51 pazienti con DP e in 50 controlli sani e verificare se differenti livelli di intensità dell'AGO (misurata con MIA) si associno con l'EI.
La componente strategica dell'EI è inferiore nei DP rispetto ai controlli ($p < ,0007$) in particolare nel ramo "*comprensione emotiva*" ($p < ,008$), in linea con alti livelli di Alessitimia (AL) nei DP riportati in letteratura. È emersa nei DP una correlazione significativa tra la componente "*facilitazione del pensiero con l'emozione*" e l'AGO ($p < ,005$).
Le correlazioni tra la gravità dell'AGO e "facilitazione del pensiero con l'emozione" suggerirebbero un'iperattivazione emotiva come reazione di sopravvivenza nei soggetti con DP, in cui il processo di amplificazione delle situazioni minacciose incoraggerebbe l'AGO: essa include infatti una reazione emotiva come buffer dall'ansia anticipatoria (bias però disfunzionale sul lungo termine nel DP).
I risultati suggerirebbero innanzitutto di esplorare in futuro la relazione tra EI e AL nel DP.
Qualora studi futuri confermassero i nostri dati, un training rivolto al potenziamento della EI potrebbe diventare un ulteriore componente del progetto terapico del DP.

153. Sindrome metabolica e disturbo bipolare

M. Micillo, M. Falco, I. Halinskaya, L.C. Milito, R. Mondola, F. Nappi, P. Palumbo, M. Casiello

Università di Napoli "Federico II", Dipartimento di Neuroscienze, Area Funzionale di Psichiatria

Numerosi studi indicano una maggiore prevalenza di sindrome metabolica (SM) in pazienti con disturbo bipolare rispetto alla popolazione generale, a causa di: predisposizione genetica, perturbazioni biologiche, terapia farmacologica, depressione bipolare, comorbidita' con BED, esperienze infantili avverse, fattori sociodemografici, stile di vita.
In questo studio abbiamo analizzato un campione di 47 pazienti (20 uomini e 27 donne) affetti da disturbo bipolare (criteri DSM IV-TR), verificato in esso la prevalenza di SM (criteri ATPIII) e confrontato i dati con quelli della popolazione generale italiana.
Abbiamo raccolto: dati anagrafici, diagnosi psichiatrica, altezza, peso, BMI, circonferenza periombelicale, colesterolemia totale e frazionata, trigliceridemia, glicemia a digiuno, pressione arteriosa, terapia attuale, stile di vita, familiarità per diabete, ipertensione, dislipidemia, m.cardiovascolari.
Abbiamo analizzato l'associazione tra SM e sesso, tipo di

disturbo bipolare, familiarità per le patologie sopra menzionate, dieta in anamnesi, fumo, attività fisica, età < o ≥ 50 anni, terapia in atto (classe farmacologica; mono/politerapia).
Risultati: la SM era più frequente nei pazienti anziani e bipolari tipo 2; i pazienti anziani avevano maggiore prevalenza di ipertensione e i bipolari tipo 2 di diabete. Rispetto ai dati sulla popolazione generale, i pazienti avevano una maggiore prevalenza di obesità e SM, minore di ipertensione. Nessuna differenza è emersa rispetto alle altre variabili analizzate nei sottogruppi esaminati.

154. Diagnosi clinica e misure di impulsività in adolescenti con tentato suicidio

G. Migliarese[*], F. Bianchi Bosisio[**], A. Ottolini[**], S. Doria[*], F. Durbano[*], C Mencacci[*]

[*] *Dipartimento di Psichiatria,* [**] *U.O. Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano*

Il suicidio giovanile è un problema rilevante sia dal punto di vista epidemiologico che dal punto di vista della sanità pubblica. I dati ISTAT per l'Italia (2001) hanno indicato per il nostro paese un "*suicide rate"* tra i 15 e i 24 anni rispettivamente di 6.6 per i maschi e di 1.3 per le femmine su una popolazione di 100.000 soggetti, valori che pongono il suicidio al primo posto tra le cause di morte in questa fascia di età. Numerosi fattori di rischio sono associati al suicidio giovanile, tra cui la presenza di disturbi psichiatrici e la presenza in anamnesi di un precedente tentato suicidio. Nonostante i disturbi nel controllo degli impulsi e i disturbi dell'umore si siano rivelati molto frequenti in tutti gli studi effettuati sull'argomento è stato riscontrato che almeno nel 70% dei casi non viene effettuata una corretta diagnosi. Ridurre la misdiagnosi e di conseguenza permettere il trattamento delle eventuali patologie psichiatriche sottostanti risulta quindi un obiettivo prioritario nella prevenzione di questi gesti.
Con questi obiettivi l'A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano ha dato vita a un progetto per il trattamento del tentato suicidio nell'adolescente basato sull'intervento in acuzie di un'équipe plurispecialistica specificatamente dedicata alla gestione di questi comportamenti. Nei primi 5 mesi di attivazione di questo servizio sono giunti in Pronto Soccorso (PS) per tentato suicidio 13 ragazzi di età compresa tra i 13 e i 21 anni (età media 17 anni e 4 mesi). Tutti hanno accettato di partecipare al progetto. Direttamente in PS hanno sostenuto una visita psichiatrica con la somministrazione di test mirati all'approfondimento diagnostico e alla valutazione dell'impulsività. In alcuni casi è stato consigliato il ricovero, presso la SC di pediatria o la SC di psichiatria. In 4 ragazzi (31%) sono stati identificati disturbi psichiatrici in asse I: in tutti i casi si trattava di disturbi dello spettro ansioso-depressivo per cui è stata impostata un'adeguata terapia farmacologia. In 7 ragazzi (54%) sono stati identificati tratti disfunzionali del carattere. In 4 di questi è stato diagnosticato uno specifico disturbo di personalità, mentre nei restanti 3 non si è effettuata la diagnosi clinica data la minore età dei soggetti. La valutazione dell'impulsività, effettuata con la *Barratt Impulsiveness Scale* ha identificato valori medi di 66.0, superiori a quelli attesi, ma senza raggiungere la significatività statistica. L'impulsività motoria (24,2), l'impulsività senza pianificazione (24,7) e l'impulsività attentiva (17,1) non hanno mostrato differenze nella distribuzione nel campione.
Questi dati, seppur preliminari e su un campione estremamente ridotto di soggetti, suggeriscono l'importanza nel tentato suicidio giovanile dei disturbi psichiatrici sia in asse I che in asse II. Il campione ridotto non permette al contrario di effettuare valutazioni circa il ruolo dell'impulsività nella genesi dei medesimi comportamenti.

155. La dimensione depressiva sottesa alla patologia alimentare dello spettro bulimico

A. Mirabella, M. Carrieri, F. Sorge, G. Di Pietro

Dipartimento di Neuroscienze e Scienze del Comportamento, Area Funzionale di Psichiatria, Università di Napoli "Federico II"

Introduzione: molte sono le dimensioni studiate nella definizione psicopatologica della problematica alimentare dello spettro bulimico. Tra tutte la "Depressione" è una di quelle che riceve maggiore attenzione. I dati sono numerosi ma contrastanti, anche a causa delle numerose e differenziate metodologie di indagine. Scopo di questo studio è valutare gli aspetti depressivi nella Bulimia Nervosa (BN) e nel Binge Eating Disorder (BED), tramite l'SCL-90.
Metodologia: tra il 2001 e il 2004 presso l'ambulatorio per i Disturbi del Comportamento Alimentare della Clinica Psichiatrica della Università "Federico II" di Napoli sono stati visitati 308 pazienti. 80 di questi sono stati selezionati per le diagnosi, secondo i criteri del DSM-IV [1]: 41 (51,2%) risultavano affetti da BN e 39 (48,8%) da BED. Nella procedura diagnostica [2] è stata somministrata la scala SCL-90. Abbiamo valutato il punteggio degli items 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79, riferiti alla depressione.
Risultati: all'SCL-90 la dimensione "Depressione" risulta così distribuita: BN tra 2 e 50 (media 21,6) BED tra 2 e 41 (media 21,9).
Conclusioni: i dati da noi rilevati, anche se parziali, confermano che la dimensione indagata assume particolare evidenza nei disturbi della condotta alimentare, in particolare in quelli dello spettro bulimico. Risulta ancora poco chiaro, però, se essa possa essere considerata un fattore discriminante tra le diverse categorie diagnostiche.

Bibliografia

1 *Diagnostic and Statistical Manual IV Edition.* Washington: APA 1994.

2 Di Pietro G, Muscettola G, Bellini O, Sorge F. *Disturbi dell'Alimentazione: ipotesi per una cartella Clinica Informatizzata (CIDA-IIR).* Giorn It Psicopat 2000;6:223-39.

156. La mentalizzazione nei Disturbi di Personalità

G. Mircoli, M. D'Isidori, V. Manini

S.O.D. Clinica Psichiatrica, Università Politecnica delle Marche, A.O.U. Ospedali Riuniti, Ancona

Introduzione: recenti studi hanno rilevato distorsioni ed inibizioni della mentalizzazione in campioni di soggetti con

Disturbo di Personalità (DP); in particolare nel Disturbo Borderline (BPD) si evidenziano modelli di attaccamento insicuri ed "effetti disorganizzanti del trauma sul pensiero" [1]. Il presente lavoro ha indagato tali fattori in un campione di soggetti DP.
Materiali e metodi: sono stati esaminati 35 DP (età media 32 aa, di cui 22 BPD) afferiti alla S.O.D. Clinica Psichiatrica di Ancona, a cui è stata somministrata la seguente batteria psicodiagnostica: SCID II vers. 2.0., SCL-90, AAI e RSF. Il gruppo di controllo è composto da 35 soggetti volontari. A 7 soggetti DP, inseriti nel programma di psicoterapia di gruppo, è stato effettuato un follow-up ad un anno.
Risultati: nei DP prevalgono modelli di attaccamento insicuri e nel sottogruppo BPD si rilevano indici di dissociazione del pensiero correlati a traumi e lutti irrisolti. Nel follow-up dei soggetti in psicoterapia si evidenzia un significativo miglioramento della mentalizzazione ed un progressivo passaggio al modello di attaccamento sicuro.
Conclusioni: lo studio conferma l'associazione tra DP, modelli di attaccamento insicuri e deficit nella mentalizzazione [2] e che il lavoro psicoterapeutico favorisce un miglioramento di tali aree.

Bibliografia

1. Bateman A, Fonagy P. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione: psicoterapia con il paziente borderline.* Milano: Raffaello Cortina Editore 2006.
2. Liotti G. *Trauma, dissociation and disorganized attachment, Paper Presented at APRA Conf. "Attachment Therapeutic application in infants, children, adolescent and adults.* Paris 2005.

157. Prevalenza dei disturbi psichiatrici nei pazienti con tinnitus cronico

R. Mondola, M. Coppola, G. Festa, F. Nappi, R. Mazziotti di Celso, G. di Pietro

Dipartimento di Neuroscienze, Area Funzionale di Psichiatria, Università Federico II di Napoli

Introduzione: l'acufene, che ha una prevalenza del 10-17% nella popolazione generale, è una patologia caratterizzata dalla percezione soggettiva di ronzii, fruscii intermittenti o continui provenienti dall'orecchio. Tali sintomi sono spesso associati a disturbi del sonno, della concentrazione, a sintomi ansioso-depressivi, all'aumento dell'irritabilità. Diverse evidenze in letteratura mostrano la stretta correlazione tra il tinnito e la presenza di sintomi ansioso-depressivi.
Metodologia: il nostro campione è costituito dai pazienti affetti da acufene e visitati in consulenza psichiatrica dal 2004 al 2006. I pazienti sono stati sottoposti a colloquio, hanno eseguito l'SCL90 e la diagnosi clinica è stata fatta con la MINI. Tra questi ne sono stati selezionati 233 affetti da acufene da oltre 1 anno, i sintomi psichiatrici sono stati valutati con le sottoscale della SCL90.
Risultati: con le sottoscale della SCL90 si è evidenziato che il 26% del campione aveva sintomi medio/gravi di somatizzazione, il 25% ossessivo-compulsivi, il 30% di depressione, il 22% di ansia, il 21% di ideazione paranoide.
Conclusioni: i risultati del nostro studio concordano con quelli presenti in letteratura ed evidenziano come la cronicità del disturbo incida fortemente sul disagio psichico.

158. Correlazioni tra risposta soggettiva al trattamento antipsicotico e variabili cliniche, qualità di vita e consapevolezza di malattia in pazienti schizofrenici

T. Mongini, B. Crivelli, F. Marino, C. Mingrone, F. Portaleone, P. Rocca

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Introduzione: la schizofrenia è un disturbo grave che influenza tutti gli aspetti della vita del paziente. Nella maggior parte dei casi il decorso è cronico e necessita di un trattamento a lungo termine. Nonostante i notevoli passi avanti nella farmacoterapia, il tema della non-compliance rimane centrale. Tra le cause determinanti della non-compliance alla terapia antipsicotica si riconosce la risposta soggettiva del paziente al trattamento. Sono pochi gli studi che hanno indagato i fattori che influenzano l'atteggiamento dei pazienti nei confronti del trattamento; alcuni autori hanno rilevato che i pazienti in trattamento con antipsicotici atipici presentano un maggior benessere soggettivo rispetto a quelli trattati con antipsicotici convenzionali. Obiettivo di questo lavoro è la valutazione delle possibili correlazioni tra la risposta soggettiva alla terapia antipsicotica e caratteristiche socio-demografiche, gravità della sintomatologia, qualità di vita e consapevolezza di malattia in un gruppo di pazienti schizofrenici.
Metodologia: abbiamo condotto una valutazione trasversale su 36 soggetti ambulatoriali reclutati presso la SCDU Psichiatria e il DSM TO 1 SUD, con diagnosi di schizofrenia sulla base della SCID per il DSM-IV. Ai pazienti sono stati somministrate scale di valutazione della gravità della sintomatologia (CGI, PANSS, CDSS), di funzionamento socio-lavorativo (GAF), della qualità di vita (QLS), della consapevolezza del disturbo mentale (SUMD) e della risposta soggettiva al trattamento farmacologico (DAI-30). In particolare, di quest'ultima sono stati utilizzati il punteggio totale e quelli delle tre sottoscale derivate dall'accorpamento della serie originaria a sette fattori: "atteggiamento positivo", "atteggiamento negativo" e "assunzione dipendente da salute/malattia".
Risultati: il punteggio totale della DAI era significativamente correlato con l'età d'esordio di malattia, la sintomatologia positiva, la psicopatologia generale e la consapevolezza del disturbo mentale. I pazienti trattati con antipsicotici atipici presentavano meno sentimenti ed atteggiamenti negativi nei confronti della terapia rispetto ai pazienti trattati con neurolettici. È stata evidenziata la presenza di relazioni significative tra l'atteggiamento positivo nei confronti dei farmaci e la consapevolezza del disturbo mentale e l'atteggiamento negativo e l'età d'esordio di malattia, la consapevolezza del disturbo mentale e il punteggio della sottoscala "oggetti ed attività comuni" della QLS. L'opinione che la terapia antipsicotica sia inutile in assenza di sintomi era più frequente nei pazienti con minore consapevolezza degli effetti positivi dei farmaci.
Conclusioni: questi risultati evidenziano che la risposta soggettiva al trattamento può essere influenzata dall'età d'esordio di malattia, da variabili psicopatologiche (sintomi positivi e psicopatologia generale), dalla consapevolezza di malattia e dal tipo di farmaco antipsicotico. Tali dati sottoli-

neano l'importanza di una maggiore considerazione dell'atteggiamento del paziente nei confronti del trattamento farmacologico, dal momento che può avere effetti sulla qualità di vita, favorire l'alleanza terapeutica, l'aderenza alle terapie e la prognosi a lungo termine.

Bibliografia

Hofer A, Kemmler G, Eder U, et al. *Attitudes toward antipsychotics among outpatients clinic attendees with schizophrenia*. J Clin Psychiatry 2002;63:49-53.

Naber D, Karow A, Lambert M. *Subjective well-being under neuroleptic treatment and its relevance for compliance.* Acta Psychiatr Scand 2005;111(Suppl. 427):29-34.

Sibitz I, Katschnig H, Goessler R et al. *Pharmacophilia and pharmacophobia: determinants of patients' attitudes towards antipsychotic medication.* Pharmacopsychiatry 2005;38:107-12.

159. Disturbo dell'adattamento e migrazione: l'esperienza del Centro di Psichiatria Multietnica "George Devereux"

M. Morri, C. Fini, F. Salvatori, F. Poggi, S. Di Marco, V. Spigonardo, D. Manganaro, G. Pompei, E. Pedrini, M. Nolet, L. Tonti, I. Tarricone, D. Berardi

Istituto di Psichiatria "P. Ottonello", Università di Bologna

Scopo: valutare le caratteristiche socio-anagrafiche e cliniche dei migranti afferenti al Centro di Psichiatria Multietnica "G. Devereux" dal 1999 al 2006 (luglio).
Metodi: indagine retrospettiva sulle cartelle cliniche utilizzando una scheda sociodemografica costruita ad hoc e l'AMDP-SYSTEM (Manual for the Assessment and Documentation of Psychopathology).
Risultati: sono stati valutati tutti i pazienti in carico al Centro: 132 pazienti, età media 34,7 ± 8,4 anni, 58% uomini. Il tempo di presa in carico medio è di 14 mesi (range 1-60). La diagnosi di Disturbo dell' Adattamento risulta la più frequente (30%), seguita dalle diagnosi dello spettro dell'area psicotica (26%) e dai Disturbi dell'Umore (16%). Il 73% presenta sintomi depressivi con un punteggio medio di gravità di 4,8 ± 4,8 (range 0-25), il 67% somatizzazioni con un punteggio medio di 4,6 ± 5,1 (range 0-26), il 48% sintomi negativi con un punteggio medio di 2,0 ± 3,5 (range 0-25), e il 24% sintomi positivi con un punteggio medio di 1,6 ± 3,7 (range 0-17).
Conclusioni: i nostri risultati, confermando quanto riportato dalla letteratura internazionale, mettono in luce l'alta prevalenza del Disturbo dell'Adattamento, dei sintomi depressivi e di somatizzazione tra i migranti; riteniamo quindi opportuno porre particolare attenzione ai fattori di rischio psicosociali di morbilità psichica tra i migranti e sviluppare un modello di intervento integrato tra cure primarie, servizi territoriali psichiatrici e servizi sociali.

Bibliografia

1 Leff J. *Psychiatry around the globe - A Transcultural view*. London: Gaskell 1988 (ed. Italiana a cura di Ancora A. *Psichiatria e culture - Una prospettiva transculturale*. Torino: ed. Sonda, 1992).

2 Casey P, Dowrick C. *Adjasment disorders*. Br J Psychiatry 2001;179:479-81.

160. Augmentation con citalopram e.v. nel trattamento dell'Episodio Depressivo Maggiore Resistente: uno studio in singolo cieco contro placebo

E. Mundo, M. Buoli, B. Dell'Osso, M. Serati, A.C. Altamura

Dipartimento di Psichiatria, Università di Milano, Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Razionale e scopo dello studio: circa il 40% dei pazienti con Episodio Depressivo Maggiore (EDM) mostra una risposta parziale o assente ai trattamenti antidepressivi standard. Per questi pazienti sono state studiate diverse strategie di *augmentation* sia farmacologiche che non farmacologiche. Lo scopo di questo studio è stato valutare l'efficacia dell'*augmentation* con citalopram e.v., a basse dosi (10 mg/die) e per un periodo limitato di tempo (5 giorni), in pazienti con EDM e risposta parziale o assente agli SSRI.
Metodi: 38 pazienti, con EDM e una risposta parziale o assente agli SSRI, sono stati randomizzati al trattamento e.v. con citalopram (n = 16) o con placebo (n = 22). Il trattamento e.v. è stato effettuato per 5 giorni consecutivi, durante i quali i pazienti hanno continuato la precedente terapia con SSRI per os. L'andamento nel tempo dei sintomi depressivi è stato valutato mediante ANOVA per misure ripetute sui punteggi alla Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) e alla Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), somministrate quotidianamente ai pazienti da valutatori in cieco rispetto al trattamento.
Risultati: l'ANOVA sui punteggi totali alla HAM-D ha evidenziato un miglioramento significativo dei sintomi (effetto tempo: $F = 48,834$, $p < 0,0001$), prevalentemente nel gruppo trattato con citalopram (effetto tempo x trattamento: $F = 21,619$, $p < 0,0001$). Analogo risultato è stato ottenuto analizzando i punteggi totali alla MADRS (effetto tempo $F = 46,532$, $p < 0,0001$; effetto tempoxtrattamento $F = 21,290$, $p < 0,0001$).
Conclusioni: questi risultati, sebbene preliminari, suggeriscono che l'*augmentation* con citalopram e.v., effettuata a basse dosi e per un breve periodo di tempo, può essere efficace in pazienti con EDM e una risposta parziale o assente agli SSRI.

Bibliografia

Fava M, Davidson KG. *Definition and epidemiology of treatment-resistant depression*. Psychiatric Clinics of North America 1996;9:179-200.

Nemeroff CB. *Augmentation strategies in patients with refractory depressio*n. Depress Anxiety 1996;4:169-81.

161. Efficacia e tollerabilità della formulazione intramuscolare (IM) e orale di ziprasidone in pazienti schizofrenici in fase acuta con agitazione: uno studio in aperto della durata di 8 settimane

C. Munizza[*], A. Mautone[**], P. Tiradritti[***], F. Romeo[***]

[*] SPDC Ospedale S. Giovanni Bosco, Torino; [**] Ospedale S. Arsenio, SPDC, Salerno; [***] Direzione Medica, Pfizer Italia, Roma

Introduzione/Scopo: l'intensità e la severità dei sintomi nei

pazienti schizofrenici in fase acuta spesso preclude la possibilità di una somministrazione orale della terapia. Questo studio ha valutato l'efficacia e la tollerabilità di ziprasidone IM e il passaggio alla terapia orale in pazienti schizofrenici con agitazione.
Metodologia: sono stati inclusi nello studio, e trattati in aperto per otto settimane con ziprasidone, 150 pazienti ospedalizzati con diagnosi di schizofrenia. I criteri di inclusione prevedevano una PANSS ≥ 80 e la necessità di una terapia per via IM. Non appena lo stato clinico lo permetteva la terapia proseguiva per via orale. L'efficacia della formulazione IM di ziprasidonxe sull'agitazione è stata valutata con la scala BARS.
Risultati: lo studio è stato completato da 92 pazienti (61%). La variazione media del punteggio PANSS totale dalla visita basale all'*endpoint* è risultata significativa (n = 150; punteggio basale 126,71 ± 21,71; variazione media: -37,24 ± 26,53; p < 0,0001). Il tempo mediano di risposta alla scala BARS è risultato essere di 0,50 ore.
Il 5% dei pazienti ha interrotto il trattamento a causa di eventi avversi correlati al farmaco; i più frequentemente riportati sono stati insonnia (6%), sonnolenza (4%), ipotensione (3%), EPS (2%).
Discussione/Conclusioni: la terapia sequenziale IM-orale con ziprasidone offre importanti vantaggi nella gestione del paziente schizofrenico in fase acuta con agitazione, grazie alla rapidità d'insorgenza dell'efficacia e alla buona tollerabilità.

162. Psicologia Clinica di Liaison: stile di coping in dermatologia oncologica

D. Munno, G. Zullo, P. Vivalda, S. Lerda

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Servizio di Psicologia Clinica, Torino

Introduzione: la psiconcologia pone attenzione sempre maggiore al peso di fattori bio-psico-sociali nell'insorgenza ed evoluzione della patologia tumorale.
Obiettivo: indagare lo stile di coping in pazienti affetti da neoplasia cutanea in relazione a variabili socio-demografiche, cliniche e psicopatologiche.
Metodi: reclutati 50 pz ricoverati presso il reparto di Dermatologia Oncologica, Osp. San Lazzaro di Torino. Sono stati somministrati: per la valutazione dei sintomi ansiosi la STAI-Y1 e Y2, sintomi depressivi l'SDS e stile di coping il COPE.
Risultati: il 64% del campione è affetto da melanoma e il 35% da un linfoma a cellule T. Il 50% dei soggetti presenta sintomi depressivi, significativi livelli di ansia di stato (60%) e di tratto (52%).
Al COPE i maschi hanno mostrato maggiore sensibilità a ricevere Supporto Sociale e più propensione nel ricorrere alla Reinterpretazione, al Disimpegno Mentale, all'Espressione delle Emozioni, alla Religione per affrontare la patologia tumorale. Al crescere dell'età vi è una maggiore Accettazione della neoplasia; maggiore è il grado di istruzione e minore è il ricorso alla fede religiosa. Più lunga è stata la durata di malattia maggiore è il punteggio delle sottoscale Umorismo e Accettazione del COPE. Ulteriori correlazioni emergono tra sintomi depressivi e ansiosi e alcune sottoscale del COPE (p < ,05).
Conclusioni: molte sono le variabili che influenzano lo stile di coping nei pazienti oncodermatologici. Un intervento psicologico clinico induce uno stile di coping più positivo con benefici sull'evoluzione della patologia neoplastica e sulla sopravvivenza del soggetto.

Bibliografia

Sollner W, Zschocke I, et al. *Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness*. Psychosomatics 1999;40:239-50.
Missiha S, Solish N, et al. *Characterizing anxiety in melanoma patients*. J Cut Med Surgery 2003;7:443-8.

163. Psicopatologia e criminalità: studio preliminare su una popolazione carceraria

A. Nivoli, G. Sotgiu, S. Foddai, F. Nivoli, G. Nieddu, P. Dessole, G.B. Falchi, A. Piredda, N. Canopoli, P. Milia

Clinica Psichiatrica, Università di Sassari

Introduzione: nonostante l'esistenza di una relazione tra patologia mentale e criminalità sembri essere un fatto accettato dalla maggior parte degli autori, la precisa natura di questa associazione rimane ancora da chiarirsi [1]. Ricerche recenti hanno mostrato come alcune categorie diagnostiche caratterizzino alcuni sottogruppi di individui maggiormente a rischio di attuare un comportamento criminale: tra questi la schizofrenia, i disturbi dell'umore, i disturbi da deficit di attenzione ed alcuni disturbi di personalità, in particolare il disturbo antisociale [2]. Un ruolo fondamentale come fattore di rischio per il comportamento violento e criminale gioca l'abuso di sostanze e di alcool, considerato da alcuni autori endemico nelle popolazioni carcerarie [3 4].
Obiettivo: l'obiettivo del presente studio è quello di descrivere, in un campione di soggetti appartenenti alla popolazione carceraria della Casa Circondariale S. Sebastiano di Sassari, la presenza di psicopatologia, in particolare di Asse I, e di eventuali fattori di rischio per il comportamento violento (caratteristiche sociodemografiche, familiarità per comportamenti aggressivi od antigiuridici, Disturbo di personalità antisociale, abuso di sostanze).
Metodo: i soggetti sono stati reclutati random tra i detenuti della Casa Circondariale di Sassari ed intervistati in almeno due occasioni distinte. La valutazione clinica si è basata su: colloquio libero con il detenuto, somministrazione di scale diagnostiche (M.I.N.I. Plus) per la valutazione dei disturbi psicopatologici in Asse I e per il Disturbo Antisociale di Personalità, e sulla consultazione delle cartelle cliniche. I soggetti sono stati classificati in due gruppi distinti, soggetti violenti e soggetti non-violenti. I criteri di inclusione per il gruppo di soggetti definiti violenti si sono basati sulla presenza di comportamento violento definito come omicidio, tentato omicidio, violenza sessuale, lesioni personali gravi, lesioni personali.
Risultati: i soggetti esaminati sono stati 94 (16 donne e 78 uomini), ma di questi 30 non sono stati reclutati nel campione in quanto fortemente oppositivi allo studio e altamente inaffidabili alla valutazione clinica. Il campione attuale consta di 64 soggetti, di cui 13 donne (età media 36,6 ± 8) e 51 uomini (età media 37 anni ± 9). I due gruppi sono così

costituiti: i violenti sono 25 soggetti (età media 39 ± 11) di cui il 92% di sesso maschile, ed i non violenti, 39 soggetti (età media 38 ± 7) di cui il 76% di sesso maschile. Le caratteristiche socio-demografiche non hanno evidenziato differenze statisticamente significative. La storia familiare ha mostrato una maggiore prevalenza di comportamenti aggressivi e violenti in famiglia nel gruppo dei soggetti violenti rispetto a quello dei non-violenti (40% *vs.* 16%). Un ulteriore elemento differenziale è stato evidenziato nell'abuso di alcol, sia in famiglia (32% nel gruppo dei violenti rispetto al 5% dei non violenti) che personale (il 36% dei soggetti violenti hanno presentato un disturbo attuale correlato all'alcol contro il 16% dei non violenti, ed il 24% dei soggetti violenti ha presentato tale disturbo lifetime, contro il 7% dei soggetti non violenti). L'abuso di sostanze si è rilevato presente in entrambi i gruppi in modo significativo (44% nei violenti e 62% nei non violenti). L'indagine psicopatologica mediante M.I.N.I. Plus ha evidenziato la presenza di Disturbi affettivi sovrapponibili nei due gruppi (44% all'interno del gruppo dei violenti e nel 45% nei non-violenti), con tentato suicidio nel 20% tra i soggetti violenti e 12% tra quelli non violenti; Disturbi d'Ansia (40% violenti, 31% non-violenti), psicotici (8% del gruppo dei soggetti violenti e nessuno tra i non violenti). Per quanto riguarda il Disturbo Antisociale di Personalità, valutabile con il M.I.N.I. Plus, è stata registrata una differenza statisticamente significativa (48% nei soggetti appartenenti al gruppo dei violenti *vs.* il 5% del gruppo dei non-violenti). Infine il Disturbo da Deficit di Attenzione ed Iperattività dell'adulto è stato diagnosticato nel 16% dei soggetti violenti e nel 2% dei soggetti non violenti.

Conclusioni: i risultati finora ottenuti mostrano la presenza di patologie psichiatriche all'interno del campione di popolazione carceraria esaminato. In particolare sono presenti Disturbi dell'umore, Disturbi d'ansia, disturbi correlati all'uso di sostanze. Poco rappresentati i disturbi psicotici, verosimilmente in ragione della destinazione di tali soggetti in strutture specializzate (Ospedali psichiatrici giudiziari). Una presenza diagnostica importante è quella del Disturbo Antisociale di Personalità che, insieme ai disturbi legati all'uso di alcool, mostra una significativa relazione con il comportamento violento.

Bibliografia

1. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Clarck Robbins P, Appelbaun PS, Grisso T, Roth LH, Silver E. *Violence by people discarged from acute psychiatric inpatient facilities and by other in the same neighborhoods*. Arch Gen Psychiatry 1998;55:393-401.
2. Calabrese JR, Hirschfeld RMA, Reed M, et al. *Impact of bipolar disorder on a US community sample*. J Clin Psychiatry 2003;64:425-32.
3. Hartwell SW. *Comparison of offenders with mental illness only and offenders with dual diagnosis*. Psychiatric Services 2004;55:145-50.
4. Donald WB, Black MD, et al. *Use of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) as a screening tool in prisons: results of a Preliminary study*. J Am Acad Psychiatry Law 2004;32:158-62.

164. Aggressività e disturbi dell'umore: studio preliminare sullo spettro

A. Nivoli, N. Sotgiu, S. Foddai, F. Nivoli, G. Nieddu, S. Flores, G. Rovasio, V. Pinna, R.M. Delitala, P. Milia, L. Lorettu

Clinica Psichiatrica, Università di Sassari

Introduzione: numerosi studi circa la relazione tra comportamento aggressivo e disturbi dell'umore hanno evidenziato come tra questi vi sia una stretta relazione, seppur non ancora univocamente riconosciuta da tutti gli autori. La depressione ed i disturbi dell'umore sono stati spesso associati ad un maggior rischio di attuare comportamenti violenti [1] [3]. Ryan et al., in una review condotta da sui disturbi dell'umore tra i giovani detenuti, ha mostrato come gli studi su questo argomento fossero concordi nell'ammettere una maggiore prevalenza dei disturbi dell'umore (tra 17 e 78%) in quei soggetti rispetto alla popolazione generale [2]. Fava ha suggerito come la presenza di sintomi depressivi fosse associata a "anger attacks" ed impulsività correlata al comportamento violento in alcuni individui [4]. Anche i singoli sintomi affettivi (non tali da configurare una diagnosi nosograficamente classificabile) sono stati correlati al comportamento violento [5 6].

Obiettivo: l'obiettivo principale di questo studio è stato quello di investigare la presenza di sintomi affettivi in un campione di soggetti con comportamento antigiuridico, analizzando le possibili differenze psicopatologiche tra due campioni distinti in soggetti violenti e non violenti. L'attenzione clinica si è soffermata in particolar modo sulle caratteristiche di spettro dell'umore, dell'aggressività e dell'impulsività.

Metodo: i soggetti appartenenti al campione sono stati reclutati tra i soggetti che presentavano un comportamento antigiuridico (Casa Circondariale "S. Sebastiano" di Sassari, attività peritale presso il Tribunale Penale di Sassari). La valutazione clinica si è basata sul colloquio libero con il detenuto, avvenuto in almeno due distinte occasioni, sulla consultazione delle cartelle cliniche esistenti, ed inoltre si è avvalso dell'utilizzo di scale cliniche di auto ed etero-somministrazione: M.I.N.I. Plus (Mini International Neuropsychiatric Interview Plus v. 5.0.0) per la valutazione dei disturbi psicopatologici in Asse I e per il Disturbo Antisociale di Personalità, Moods-sr (Intervista Clinica Strutturata per lo spettro dell'Umore, versione self-report), BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale Version 11) per la valutazione dell'impulsività, e AQ (Aggressive Questionnaire) per la valutazione dell'aggressività nelle sue quattro varianti: aggressività verbale, aggressività fisica, ostilità e rabbia. I soggetti sono stati distinti in due gruppi, violenti e non-violenti, in base alla presenza di comportamento violento definito come omicidio, tentato omicidio, violenza sessuale, lesioni personali gravi, lesioni personali life-time.

Risultati: il campione attuale consta di 64 soggetti, di cui 13 donne (età media 36,6 ± 8) e 51 uomini (età media 37 anni ± 9). I due gruppi sono così costituiti: 25 soggetti violenti (età media 39 ± 11) di cui il 92% di sesso maschile, e 42 non violenti (età media 38 ± 7) di cui il 76% di sesso maschile. Dei soggetti violenti il 52% riferiva omicidio o tentato omicidio, il 4% violenza sessuale ed il 44% lesioni personali gravi. L'indagine psicopatologica mediante M.I.N.I.

Plus ha evidenziato la presenza di Disturbi affettivi sovrapponibili nei due gruppi (44% all'interno del gruppo dei violenti e nel 45% nei non-violenti), con tentato suicidio nel 20% tra i soggetti violenti e 12% tra quelli non violenti. La valutazione dello spettro psicopatologico ha mostrato valori medi totali al Moods-sr significativamente maggiori nel gruppo dei violenti rispetto ai non violenti ($p < 0,05$). In particolare sono state evidenziate differenze statisticamente significative nel dominio dell'energia sia della componente depressiva che della componente maniacale con punteggi significativamente maggiori nel gruppo dei violenti. La componente depressiva del dominio della cognitività invece ha mostrato punteggi superiori in modo significativo nel gruppo dei non violenti rispetto a quello dei soggetti violenti. Per quanto riguarda la valutazione dell'impulsività, al momento attuale non sono state evidenziate significatività alla BIS-11. L'aggressività è stata valutata attraverso diverse fonti: valutazione clinica del paziente, cartelle cliniche e autosvalutazione del paziente alla scala AQ. I dati ottenuti hanno mostrato una differenza significativa ($p < 0,05$) nei punteggi del dominio della ostilità (Hostility) maggiori nel gruppo dei violenti. L'aggressività esaminata clinicamente è stata suddivisa in auto ed etero-aggressività. Per quanto riguarda l'aggressività rivolta verso sé, i dati relativi al tentato suicidio sono sovrapponibili nei due campioni (l'8% dei soggetti violenti ed il 7% dei soggetti non violenti). L'autolesionismo è stato praticato dal 20% dei soggetti violenti e dal 12% dei non-violenti. I soggetti che hanno attuato sia tentativi di suicidio che autolesionismo sono stati il 20% dei soggetti violenti rispetto al 9% dei soggetti non violenti.

Conclusioni: i risultati finora ottenuti mostrano la presenza di sintomi appartenenti allo spettro dell'umore, con alcune differenze significative tra i due gruppi, in particolare nell'energia, sia maniacale che depressiva, a favore del gruppo dei soggetti violenti. I risultati, seppur preliminari, evidenziano l'importanza dei sintomi sottoglia in relazione al comportamento violento ed aggressivo. Inoltre tale studio pone l'attenzione sulla difficoltà di auto-valutazione dell'impulsività e dell'aggressività da parte dei soggetti esaminati, valutazione che non coincide né con l'esame clinico da parte del medico, né con i dati obiettivi circa la criminalità nelle cartelle e nei fascicoli giudiziari. Un ulteriore sforzo infine deve essere rivolto ad un'analisi dell'aggressività e dell'impulsività attraverso più fonti, soggettive ed oggettive.

Bibliografia

1. Mammen O, Kolko D, Pilkonis P. *Negative affect and parental aggression in child physical abuse*. Child Abuse & Neglet 2002;26:407-24.
2. Ryan EP, Redding RE. *A review of Mood Disorders among juvenile offenders*. Psychiatric Services 2004;55:1397-407.
3. Ritakallio M, Kaltiala-Heino R, Kivivouri J, Luukkaala T, Rimpela M. *Deliquency and the profile of offences among depressed and non-depressed adolescents*. Crim Behav Ment Health 2006;16:100-10.
4. Fava M. *"Anger attacks": possible variants of panic and major depressive disorders*. American Journal of Psychiatry 1990;147:867-90.
5. Berkowitz L. *Toward a general theory of anger and emotional aggression: implications of the cognitive-neoassociationistic perspective for the analysis of anger and other emotions*. In: Wyer R, Krull et al., eds. *Perspectives on anger and emotion: perspective in Social Cognition*, 1993.
6. Quanbeck CD, Stone DC, Scott CL, McDermott BE, Altshuler LL, Frye MA. *Clinical and legal correlates of inmates with bipolar disorder at time of criminal arrest*. J Clin Psychiatry 2004;65:198-203.

165. Tollerabilità del trattamento antipsicotico ambulatoriale: risultati a 36 mesi dallo studio europeo Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO)

D. Novick[1], J.M. Haro[2], D. Suarez[2], C. Bushe[3], J.P. Lepine[4], A. Rossi[5], S. Freudiani[5] e il gruppo dello studio SOHO [6]

[1] Eli Lilly and Company, Windlesham, UK; [2] Unità ricerca e sviluppo, San Joan de Deu-SSM, Sant Boi, Barcellona, Spagna; [3] Eli Lilly and Company, Basingstoke, UK; [4] Hôpital Fernand Widal Parigi Cedex 10; [5] Eli Lilly Italia S.p.A.; [6] Alonso J (SP), Gasquet I (FR), Haro JM (SP) Jones PB (UK), Knapp M (UK), Lepine JP (FR), Naber D (DE), Slooff CJ (NL)

Obiettivi: valutare i profili di tollerabilità di olanzapina, risperidone, quetiapina, amisulpride, clozapina, farmaci antipsicotici tipici per os e depot in pazienti ambulatoriali affetti da schizofrenia durante 36 mesi di trattamento.

Metodi: il SOHO è uno studio prospettico, osservazionale, della durata di 3 anni, sul trattamento ambulatoriale della schizofrenia. Diecimila pazienti che hanno ad assumere un nuovo farmaco antipsicotico per la schizofrenia sono stati inclusi e seguiti per tre anni indipendentemente dalle modifiche al trattamento. Le coorti di pazienti sono state definite in base all'antipsicotico che avevano iniziato ad assumere alla visita di ingresso. I pazienti che assumevano più di un antipsicotico (terapia di associazione) sono stati esclusi dalle analisi. Nei 4.939 pazienti ambulatoriali valutati in tutti i momenti di rilevazione sono stati determinati l'incidenza di sintomi extrapiramidali (EPS), di perdita della libido, dell'impotenza, dell'amenorrea, della galattorrea, della ginecomastia e dell'aumento di peso. Quest'analisi è stata effettuata su tutti i pazienti classificati in base al farmaco iniziato in occasione della visita di ingresso, indipendentemente dal fatto che avessero mantenuto o meno il farmaco durante i 3 anni di follow-up. Analisi di sensibilità: per determinare la correlazione tra farmaco ed effetti collaterali che dichiaravano alla stessa visita, è stato utilizzato un modello di regressione logistica, correggendo per le differenze all'ingresso tra le coorti. Inoltre è stata condotta un'analisi di sensibilità sui pazienti che hanno mantenuto durante i tre anni l'antipsicotico iniziato all'ingresso (pazienti che hanno completato il trattamento).

Risultati: una percentuale più elevata di pazienti che utilizzavano antipsicotici convenzionali per os (16,15%) [OR: 3,65; IC al 95%: 2,35-5,67)], depot (29,41%) [6,94; 4,52-10,65] o risperidone (17,28%) [3,04; 2,37-3,89] ha avuto più EPS rispetto ai pazienti nelle altre coorti. I pazienti trattati con olanzapina (30,73%) hanno avuto una più bassa probabilità di sviluppare perdita della libido/impotenza rispetto ai pazienti che assumevano risperidone (39,02%) [1,50; 1,22-1,84], i tipici per os (42,75%) [2,17; 1,51-3,10]; o i tipici depot (40,34%) [1,55; 1,04-2,30]. L'aumento del peso si è verificato in tutte le coorti; quetiapina: +1,73 kg, amisulpride: +1,49 kg, tipici per os: +2,19 kg, clozapina: +2,95

kg, ma è stato di maggiore entità nelle coorti olanzapina (4,20 kg), tipici depot (+3,43 kg) e risperidone: (+3,05 kg).
Conclusioni: è evidente che gli antipsicotici possiedono differenti profili di tollerabilità. A causa del disegno osservazionale dello studio i risultati devono essere interpretati in modo conservativo.

166. Efficacia del trattamento antipsicotico nei pazienti ambulatoriali affetti da schizofrenia: risultati a 36 mesi dallo studio Schizophrenia Outpatients Health Outcomes (SOHO)

D. Novick D[1], J.M. Haro[2], J. Brown[1], D. Suarez[2], A. Rossi[3], S. Frediani[3], M. Ratcliffe[1], e il gruppo dello studio SOHO[4]

[1] Eli Lilly and Company, Windlesham, UK; [2] Unità ricerca e sviluppo, San Joan de Deu-SSM, Sant Boi, Barcellona, Spagna; [3] Eli illy Italia S.p.A.; [4] Alonso J (SP), Gasquet I (FR), Haro JM (SP) Jones PB (UK), Knapp M (UK), Lepine JP (FR), Naber D (DE), Slooff CJ (NL)

Obiettivi: confrontare l'efficacia relativa, in termini di sospensione del trattamento, di olanzapina, risperidone, quetiapina, amisulpride, clozapina e farmaci antipsicotici tipici per os e depot, in pazienti ambulatoriali affetti da schizofrenia durante un follow-up di 3 anni.
Metodi: il SOHO è uno studio prospettico, osservazionale, della durata di 3 anni, sulle condizioni di salute associate al trattamento antipsicotico. Nello studio SOHO sono stati arruolati 10.972 pazienti. In questa analisi sono stati inclusi i 7.728 pazienti che hanno iniziato una monoterapia con antipsicotici all'ingresso. La sospensione del trattamento è stata definita come la sospensione del farmaco prescritto all'ingresso oppure l'aggiunta di, o la sostituzione con, un altro farmaco. Sulla base di una stima fatta col metodo di Kaplan Meier sono state calcolate le percentuali dei pazienti che hanno sospeso il trattamento prima di 36 mesi ed il tempo alla sospensione del farmaco in base al trattamento. Per effettuare la correzione per le differenze all'ingresso tra i gruppi di trattamento è stato utilizzato un modello di regressione dei rischi proporzionali di Cox.
Risultati: il 42% circa dei pazienti ha sospeso il farmaco iniziato all'ingresso prima di tre anni; in particolare le percentuali di sospensione di quetiapina (66%), antipsicotici tipici (53%), tipici depot (50%) amisulpride (50%) e risperidone (42%) sono risultate superiori a quelle riscontrate con clozapina (33%) e olanzapina (36%). L'analisi di regressione di Cox ha dimostrato un rischio più elevato di sospendere il farmaco assunto all'ingresso per i pazienti che assumevano quetiapina (hazard ratio 2,21; IC al 95%: 1,95-2,5), amisulpride (1,63; 1,33-1,99), tipici per os (1,70; 1,46-1,96), tipici depot (1,42; 1,19-1,70) e risperidone (1,28; 1,16-1,42), rispetto ai pazienti che assumevano olanzapina. Non sono state osservate differenze statisticamente significative tra i gruppi dell'olanzapina e della clozapina (0,82; 0,65-1,02).
Conclusioni: i diversi farmaci hanno mostrato un'efficacia variabile. La clozapina e l'olanzapina sono stati i più efficaci in termini mantenimento in terapia. Limitazione: Si tratta di uno studio osservazionale non randomizzato.

167. Fattori associati al rischio di recidiva nella schizofrenia: risultati a 36 mesi dallo studio Schizophrenia Outpatients Health Outcomes (SOHO)

D. Novick[1], J.M. Haro[2], D. Suarez[2], A. Rossi[3], S. Freudiani[3], M. Ratcliffe[1], e il gruppo dello studio SOHO [4]

[1] Eli Lilly and Company, Windlesham, UK; [2] Unità ricerca e sviluppo, San Joan de Deu-SSM, Sant Boi, Barcellona, Spagna; [3] Eli Lilly Italia S.p.A.; [4] Alonso J (SP), Gasquet I (FR), Haro JM (SP) Jones PB (UK), Knapp M (UK), Lepine JP (FR), Naber D (DE), Slooff CJ (NL)

Obiettivi: analizzare la frequenza e i fattori di rischio di recidiva nel corso dei tre anni di follow-up.
Metodi: lo studio SOHO è uno studio prospettico, osservazionale, della durata di 3 anni, sugli esiti del trattamento antipsicotico.
La recidiva è stata definita come i) un aumento del punteggio della CGI di 2 punti, per i pazienti il cui punteggio minimo fra tutte le valutazioni era stato di 3 o meno, ii) un aumento del punteggio della CGI di 1 punto, per i pazienti il cui punteggio minimo era stato di 4 o più, iii) aver avuto un ricovero ospedaliero. L'aumento del punteggio della CGI doveva comportare per il paziente almeno uno stato di malattia moderata (CGI ≥ 4). Per l'analisi dei fattori predittivi di recidiva è stato applicato un modello per la valutazione dei rischi proporzionali di Cox.
Risultati: sono stati arruolati 10.972 pazienti; 9.569 pazienti sono stati inclusi nell'analisi. Dall'analisi di Kaplan-Meier, il tasso di recidiva a 36 mesi è risultato del 33,17%. I fattori associati a un minore rischio di recidiva sono stati l'età più avanzata (RR: 0,994; IC al 95%: 0,991-0,998), il non aver ricevuto trattamenti per la schizofrenia prima dell'ingresso nello studio (0,756; 0,640-0,893) e l'impiego retribuito (0,799; 0,707-0,903). I comportamenti ostili (1,225; 1,113-1,347) e una CGI più grave all'ingresso (1,160; 1,103-1,221) sono risultati associati a un rischio di recidiva più elevato. I pazienti che assumevano quetiapina (1,656; 1,417-1,936), risperidone (1,171; 1,042-1,316), antipsicotici tipici per os (1,304; 1,096-1,551), antipsicotici tipici depot (1,637; 1,360-1,971) e amisulpride (1,368; 1,080-1,732) hanno avuto un rischio di recidiva più elevato rispetto ai pazienti che assumevano olanzapina. Non sono state osservate differenze tra olanzapina e clozapina.
Conclusioni: il 33% circa dei pazienti ha avuto una recidiva nell'arco dei tre anni. L'età, la condizione lavorativa, l'ostilità e la gravità clinica sono risultate associate alla recidiva. L'uso di clozapina o olanzapina è risultato associato ad un minore rischio di recidiva.

168. Fattori psicologici e di personalità nell'ipertensione essenziale resistente al trattamento

M. Nuti, G. Zanuttigh, A. Realdi, A. Semplicini, A. Favaro, P. Santonastaso

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova; Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Padova

Introduzione: l'importanza dei fattori psicosociali e delle

caratteristiche di personalità nella patogenesi di numerosi disturbi cardiovascolari è stata dimostrata sperimentalmente. L'obiettivo del nostro studio è di esplorare la presenza di predittori psicologici e psicosociali della mancata risposta al trattamento antiipertensivo.
Metodologia: lo studio è stato condotto su 139 soggetti (età media 56, 9 ± 12,1) in trattamento presso l'ambulatorio per l'ipertensione arteriosa della Clinica Medica IV dell'Università di Padova. Sono stati somministrati questionari di valutazione: il DS 16 per misurare le caratteristiche di personalità di tipo "D" (negative affectivity and social inhibition), l'Impact of Event Scale per la sintomatologia da stress post-traumatico, le sottoscale della Symptom Checklist per la sintomatologia ansiosa, depressiva e ossessivo-compulsiva.
Risultati: l'analisi multivariata evidenzia come l'età avanzata, i valori pressori sistolici iniziali ed una scarsa "ossessività" sono fattori predittori della resistenza al trattamento antiipertensivo. Nessuna associazione statisticamente significativa è stata individuata tra personalità tipo D e specifico danno d'organo.
Conclusioni: i risultati ottenuti evidenziano come alcune caratteristiche psicologiche che possono influire sulla compliance al trattamento, come l'ossessività, possono influire sulla resistenza al trattamento antiipertensivo.

169. Interleuchina-1 e malattia di Alzheimer. Risultati preliminari da uno studio multicentrico condotto in Grecia ed Italia

P. Olgiati[1], A. Serretti[1], A. Politis[2], D. Albani[3], G. Forloni[3], P. Malitas[2], C. Piperi[4], E. Stamouli[2], A. Mailis[2], A.R. Ratti[1], M. Morri[1], M. Ujkaj[1], F. Prato[3], S. Batelli[3], D. De Ronchi[1], A. Kalofoutis [4]

[1] Dipartimento di Psichiatria, Università di Bologna (Italy); [2] Department of Psychiatry, Eginition Hospital, University of Athens (Greece); [3] Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di ricerche "Mario Negri" Milano (Italy); [4] Laboratory of Biological Chemistry, University of Athens Medical School, Athens (Greece)

Introduzione: numerose evidenze dimostrano il coinvolgimento dell'interleuchina I (IL-1) nella patogenesi della malattia di Alzheimer (AD). Un polimorfismo funzionalmente attivo localizzato nella regione promoter del gene che codifica per IL-1 alfa (IL-1A -889 C/T) sembra aumentare il rischio di sviluppare AD, anche se recentemente sono stati pubblicati alcuni studi negativi. Nel tentativo di identificare i fattori che influenzano l'associazione tra il polimorfismo IL-1A -889 C/T e la malattia di Alzheimer è stato condotto uno studio genetico su due popolazioni indipendenti di casi e controlli reclutate in Grecia ed Italia.
Metodo: *campione greco*: 47 pazienti affetti da AD (DSM IV) afferenti ad un centro universitario in Atene e 47 controlli. *Campione italiano*: 28 pazienti affetti da AD e 13 controlli selezionati da una coorte di soggetti con > 65 anni di età residenti nei Comuni di Faenza e Granarolo (Bologna).
Risultati: pur differendo in numerose caratteristiche demografiche (sesso; età; livello di istruzione) e cliniche (grado di deterioramento cognitivo; presenza di sintomi depressivi e psicotici) i due campioni avevano una simile distribuzione dei genotipi IL-1A che non erano associati ad AD.
Conclusioni: a differenza delle precedenti ricerche condotte su popolazioni caucasiche, questo studio non ha confermato l'associazione tra il polimorfismo IL-1A-889 C/T e la malattia di Alzheimer. Il ruolo di questo polimorfismo è probabilmente influenzato da molti fattori. I nostri dati suggeriscono un effetto marginale delle variabili demografiche e cliniche.

170. Valutazione del "source monitoring" in pazienti affetti da schizofrenia

R. Pacifico[*], A. Tomassini[*], I. Riccardi[**], D. Tempesta[**], P. Stratta[**], A. Rossi[*]

[*] Dipartimento di Medicina Sperimentale, [**]Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università dell'Aquila; [***] Dipartimento di Salute Mentale ASL 4, L'Aquila

Introduzione: le allucinazioni rivestono un ruolo importante nella psicopatologia sia perché sono presenti in molteplici disturbi psicotici sia perché sono riscontrabili dal 2 al 5% della popolazione generale. Tutte le aree sensoriali possono essere interessate dal fenomeno allucinatorio ma con diversa frequenza ed intensità; c'è, infatti, una sorta di gerarchia per tali fenomeni: l'incidenza è massima per le allucinazioni uditive, minima per quelle olfattive e gustative. L'obiettivo del nostro studio è quello di approfondire l'ipotesi patogenetica secondo cui le allucinazioni verbali uditive (AVH) siano dovute ad un deficit del processo cognitivo coinvolto nel riconoscimento della fonte delle informazioni mnemoniche (source monitorino, SM). Più precisamente sarebbe deficitaria l'abilità di discriminare le informazioni autogenerate dalle informazioni generate esternamente (in questo caso dallo sperimentatore).
Metodologia: sono stati valutati 20 pazienti affetti da Schizofrenia e da Disturbo Bipolare con storia di AVH e/o AVH attuali. Per la valutazione è stata utilizzata una elaborazione del Reality Monitoring Task di F. Larøi et al. [1]. La valutazione clinica è stata condotta con PANSS.
Risultati: risultati preliminari indicano un'alterazione di SM con la tendenza a non riconoscere la "fonte" delle parole presentate che si associa ad una peggiore gravità della sintomatologia del "cluster" positivo valutato con PANSS.

Bibliografia

[1] Larøi F, Van der Lindenand M, et al. *The effects of emotional salience, cognitive effort and meta-cognitive beliefs on a reality monitoring task in hallucination-prone subjects*. British Journal of Clinical Psychology 2004;43.

171. Variazioni delle caratteristiche neuropsicologiche in pazienti con Disturbo Affettivo Stagionale e Sindrome Premestruale

F. Pacitti[*], M. Mazza[**], A. Iannitelli[***], G. Bersani[***], M. Casacchia[**]

[*] Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica; [**] Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila; [***] Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

Il SAD è un disturbo che si manifesta con sintomi affettivi e comportamentali, le cui variazioni d'intensità presentano una periodicità tipicamente circannuale. Si presenta clinicamente in due forme, la più frequente Winter-SAD e la forma meno diffusa, la Summer-SAD. Clinicamente il SAD si configura come un disturbo dell'umore caratterizzato da sintomi depressivi "atipici (umore deflesso ma reattivo, peggioramento nelle ore serali, ipersonnia, aumento ponderale e assunzione compulsiva di cibi ricchi di carboidrati).
Oltre al SAD, un altro disturbo che presenta un andamento tipicamente ciclico e che presenta il maggior numero di analogie con il SAD è la Sindrome Premestruale (PMS). Si tratta di un disturbo molto frequente nella popolazione e caratterizzato dalla presenza di sintomi ricorrenti che si presentano esclusivamente durante la fase premestruale o nei primi giorni del ciclo. La PMS è caratterizzata da sintomi fisici e psichici. I più frequenti sono: deflessione del tono dell'umore con peggioramento nelle ore serali, ansia, labilità affettiva, iperfagia, ipersonnia, craving per i carboidrati, aumento ponderale, anergia, difficoltà di concentrazione, mal di testa e tensione mammaria.
Che esista una ritmicità biologica circadiana della prestazione in compiti cognitivi è confermato dai risultati di una serie di test di laboratorio condotti sugli stessi soggetti in momenti diversi della giornata. il tempo di reazione a stimoli visivi o uditivi presenta un picco nel tardo pomeriggio in corrispondenza dei massimi valori di temperatura corporea.
Il massimo livello delle capacità cognitive in particolare nelle prove di ragionamento logico e di pianificazione, nonché la precisione del gesto, si registra al mattino.
Obiettivo dello studio è stato studiare gli aspetti neuropsicologici correlati ad un impairment ippocampale come le componenti delle funzioni esecutive quali pianificazione, flessibilità e controllo, accesso lessicale e capacità di shift; attenzione selettiva spaziale e attenzione sostenuta. in pazienti affetti da SAD.
Materiali e metodi: abbiamo somministrato, nei mesi di Novembre, Dicembre e Gennaio, la versione italiana del Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ) a 231 soggetti sia di sesso femminile che maschile, di età superiore ai 18 anni. Il campione è risultato composto da studenti, iscritti ai diversi corsi di Laurea della Facoltà di Scienze della Formazione di L'Aquila e da soggetti reclutati dagli stessi studenti.
L'assessment delle funzioni esecutive è stato eseguito mediante i seguenti test: Torre di Londra, Winsconsin Card Sorting Test, Test di Fluenza Verbale, Doppio Compito. L'attenzione selettiva e la compatibilità spaziale sono state valutate con il Compito Simon. L'attenzione sostenuta è stata valutata con il Continuous Performance Test.
Risultati: il 3,5% soddisfaceva i criteri per il Winter-SAD, l'11,5% per il Subsyndromal-SAD e l'1,3% per il Summer-SAD.
La valutazione delle differenze della prevalenza del SAD nei due sessi ha confermato la maggiore frequenza del winter-SAD e del Subsyndromal-SAD nelle donne.
Nei soggetti con Winter.SAD e SubSyndromal-SAD si è evidenziata una differenza nelle prove di valutazione dell'attenzion,e dell'attenzione selettiva e della compatibilità spaziale analizzata con il Compito Simon e di valutazione dell'attenzione sostenuta analizzata il Continuous Performance Test
Conclusioni: la frequenza del winter-SAD rilevata appare inferiore a quella riportata nei paesi del Nord Europa, maggiore comparata a quella degli studi effettuati in Giappone nei quali la prevalenza del Winter-SAD è compresa tra 0,5 e 0,8%.
Abbiamo rilevato una più alta prevalenza di Winter-SAD e Subsindromal SAD nelle donne rispetto agli uomini con un rapporto di 3:1. Le donne hanno un più alto Seasonal Score e riferiscono più spesso problemi legati alle stagioni nell'energia, nell'umore, nel sonno, nell'attività sociale, nel peso e nell'appetito. L'alta percentuale di individui che riportano cambiamenti legati alle stagioni potrebbe confermare l'ipotesi che il SAD sia l'estremo di un continuum in cui l'altro estremo è rappresentato da una normale sensibilità stagionale.
Inoltre i nostri dati confermano la relazione tra la stagionalità e i disturbi dell'attenzione.

Bibliografia

Freeman EW. *Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis*. Psychoneuroendocrinology 2003;28(Suppl 3):25-37.
Greene R, Dalton K. *The premenstrual syndrome*. Br Med J 1953;1:1007-14.
Maskall DD, Lam RW, Misri S, Carter D, Kuan AJ, Yatham LN, Zis AP. *Seasonality of symptoms in women with late luteal phase dysphoric disorder*. Am J Psychiatry 1997;154:1436-41.
Rosen LN, et al. *Prevalence of seasonal affective disorder at four latitudes*. Psychiatry Res 1990;31:131-44.
Rosenthal NE, et al. *Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy*. Arch Gen Psychiatry 1984;41:72-80.
Wehr TA, Rosenthal NE. *Seasonality and affective illness*. Am J Psychiatry 1989;146:829-39.

172. Disturbo Affettivo Stagionale e attitudine al cioccolato

F. Pacitti, A. Iannitelli, G. Bersani

Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica, Università dell'Aquila; Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

Il cioccolato origina dal Messico dove le antiche popolazioni dei Maja, degli Incas e degli Atzechi avevano imparato a coltivare il Theobroma cacao, "l'albero degli dei". Il frutto dell'albero era considerato da quelle popolazioni afrodisiaco e utilizzato solo dalle classi più agiate e in speciali occasioni religiose e politiche.
Nel corso degli anni il cioccolato ha mantenuto il suo nobile status tanto da essere considerato come una "sostanza divina" e, come tale, oggetto di una "passione vera". Solo recentemente, gli scienziati hanno iniziato a chiedersi le ragioni di ta-

le passione tanto da arrivare a definire *patterns di intake* al cioccolato specifici per differenti attitudini (intendendo con questo termine una predisposizione all'assunzione di cioccolato o di alimenti che lo contengono, con conseguenti sentimenti di piacere e di soddisfazione) in base soprattutto alla quantità di sostanza assunta: 1. uso; 2. preferenza; 3. piacere, 4. *craving*; 5. *chocoholic o chocoholism*, per intendere il bisogno di assumere questa sostanza considerata additiva.
Il *craving* per il cioccolato si è dimostrato particolarmente frequente. Una recente ricerca condotta negli USA ha dimostrato che lo presentavano il 40% delle donne ed il 15% degli uomini intervistati e, di questi, 3/4 non avevano altri desideri all'infuori della "sostanza divina". Altri studi, sempre condotti negli USA, hanno riscontrato che il *craving* per il cioccolato può presentare le caratteristiche dell'*addiction* con le sue due caratteristiche di compulsione (uso della sostanza che conduce ad un consumo eccessivo e incontrollato) e di astinenza (insorgenza di sintomi in assenza di assunzione della sostanza).
Alla luce di queste evidenze della letteratura e in assenza di uno studio numericamente ampio sulla popolazione italiana, il nostro interesse si è soffermato sulla possibilità di misurare la qualità di *intake* in una popolazione di soggetti sani e di valutare eventuali differenze in soggetti con Disturbo Affettivo Stagionale.
Materiali e metodi: abbiamo somministrato 623 soggetti sia di sesso femminile che maschile di età superiore ai 18 anni, la versione italiana del Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ) e il Questionario di valutazione dell'attitudine al cioccolato.
Risultati: i risultati dello studio hanno dimostrato che nella popolazione da noi esaminata il 33,2% presenta un *craving* per il cioccolato identificato nell'item "spesso il mio desiderio per il cioccolato è irrefrenabile"; il 14,1% assume il cioccolato con un sentimento di colpa ("dopo aver mangiato il cioccolato mi sento in colpa") e il 6,1% lo assume per una sorta di bisogno funzionale ("mangiare qualunque cosa di dolce allontana il mio desiderio per il cioccolato"). In tutte queste categorie il sesso femminile è maggiormente rappresentato, con una differenza risultata significativa per il *craving* e il *guilt*. I soggetti con SAD assumono maggiormente cioccolato per bisogno funzionale e carving.
Conclusioni: il sesso femminile assume il cioccolato con un significato di *craving* e *guilt* con una frequenza maggiore rispetto al sesso maschile; l'analisi degli item del questionario mostra un maggiore utilizzo del cioccolato in condizioni di stress nella popolazione sana; l'alto *craving* al cioccolato non è necessariamente associato al *guilt*; è probabile che l'alta frequenza del *craving* per il cioccolato rifletta un'azione sui meccanismi neuronali che sottostanno al *craving* dimostrato per le comuni sostanze d'abuso..
In conclusione, si riconosce al cioccolato il ruolo di sostanza che agisce sul circuito del piacere e che, pertanto, offre sensazioni piacevoli e riduce lo stress.

Bibliografia

Fletcher BC, Pine KJ, Woodbridge Z, et al. *How visual images of chocolate affect the craving and guilt of female dieters.* Appetite 2006, Oct. 18

Subjective and physiological reactivity to chocolate images in high and low chocolate cravers. Biol Psychol 2005;70:9-18.

Food craving and food "addiction": a critical review of the evidence from a biopsychosocial perspective. Pharmacol Biochem Behav 2000;66:3-14.

173. Alcune varianti genetiche della Disbindina sono associate ad un diminuito rischio per i Disturbi dell'Umore

C.-U. Pae[*], A. Serretti[***], L. Mandelli[***], D. De Ronchi[***], A.A. Patkar[**], J.-J. Kim[*], C. Lee[*], I.-H. Paik[*]

[*] Department of Psychiatry, Kangnam St. Mary's Hospital, The Catholic University of Korea College of Medicine; [**] Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center, Duke University Department of Psychiatry; [***] St. Paul's Hospital, The Catholic university of Korea College of Medicine; Istituto di Psichiatria, Università di Bologna, Bologna, Italia

Introduzione: la Disbindina è localizzata nei terminali sinaptici di ampie regioni anatomiche nel cervello e partecipa alla modulazione della trasduzione dell'impulso sinaptico. Studi recenti hanno suggerito che il gene per la disbindina (DTNBP1) può conferire una suscettibilità per la schizofrenia ma anche per i Disturbi dell'umore. In questo lavoro abbiamo valutato l'esistenza di una possibile associazione tra varianti nel gene DTNBP1 e i Disturbi dell'umore.
Metodo: quattro SNP nel gene DTNBP1 (rs3213207, rs1011313, rs760761 e rs261952) sono stati genotipizzati in 151 pazienti affetti da Disturbo bipolare I (DB), 188 pazienti affetti da Disturbo Depressivo Maggiore (DDM) e 478 controlli sani.
Risultati: è stato così possibile osservare un effetto protettivo dell'aplotipo A-C-T-A sia nei confronti del DB ($p = 0,00016$) che del DDM ($p = 0,0007$). Mediante l'analisi delle "sliding windows" è emerso un contributo maggiore delle varianti rs760761 e rs261952 sia per il DB ($p = 0,00007$) che per il DDM ($p = 0,000026$). L'analisi di alleli singoli, così come l'analisi di altre caratteristiche cliniche (sintomi psicotici, età d'esordio, familiarità, ecc.) non ha rilevato altre associazioni significative.
Conclusioni: in conclusione, specifici aplotipi nel DTNBP1, precedentemente associati al Disturbo schizofrenico, potrebbero conferire una minore o maggiore suscettibilità anche per i Disturbi dell'umore. Ulteriori studi, anche su popolazioni caucasiche, sono necessari al fine di confermare i risultati emersi in questo studio.

174. Il gene della Disbindina è associato all'efficacia degli SSRIs

C.-U. Pae[1 2], A. Serretti[3], L. Mandelli[3], D. De Ronchi[3], A.A. Patkar[2], J.-J. Kim[1], C.-U. Lee[1], S.-J. Lee[1], C. Lee[1], I.-H. Paik[1]

[1] Department of Psychiatry, Kangnam St. Mary's Hospital, The Catholic University of Korea College of Medicine; [2] Department of Psychiatry and Behavioural Sciences, Duke University; [3] Istituto di Psichiatria, Università di Bologna, Bologna, Italia

Introduzione: nella ricerca di geni che possano influenzare la risposta al trattamento antidepressivo, ci siamo focalizzati sul gene per la Disbindina (dystrobrevin-binding-protein 1, DTNBP1).
Metodo: centoquattro pazienti di nazionalità Coreana, ospedalizzati per Disturbo depressivo maggiore, sono stati

trattati con vari antidepressivi a dosi terapeutiche standard e valutati mediante la scala per la depressione a 10 item di Montgomery-Åsberg (MADRS), sia all'ingresso che alla dimissione dal reparto ospedaliero. Cinque varianti a livello del gene DTNBP1 (rs3213207 A/G, rs1011313 C/T, rs2005976 G/A, rs760761 C/T and rs261952 A/C) sono state analizzate in tutti i pazienti.
Risultati: a livello del marcatore rs2005976, l'allele A risultava significativamente associato ai punteggi finali della MADRS (p = 0,00055). Varianti alleliche nel rs760761 e nel rs2619522 mostravano anch'esse associazioni positive (p = 0,0058-p = 0,025). Il blocco a cinque marcatori era solo lievemente associato ai punteggi finali della MADRS, tuttavia, considerando solo i tre SNP singolarmente associati alla risposta (rs2005976, rs760761 and rs2619522) l'aplotipo G-C-A era significativamente associato ad una migliore risposta al trattamento (p = 0,0096).
Conclusioni: nonostante le limitazioni legate alla dimensione del campione e alla relativamente scarsa risposta al trattamento osservata in questo gruppo di pazienti, alcune varianti a livello del gene DTNBP1 hanno mostrato una associazione significativa con l'efficacia del trattamento antidepressivo.

175. Efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) in un campione di pazienti con disturbo di panico in trattamento farmacologico stabile

R. Paggini, C. Carmassi, C. Taponecco, E. Macchi, G. Consoli, G. Ciampa, A. Ciapparelli, L. Dell'Osso

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

I dati della letteratura dimostrano l'efficacia della CBT nel disturbo di panico (DP). La CBT risulta un trattamento con azione relativamente rapida e con mantenimento a lungo termine dei benefici ottenuti. Ci sono evidenze anche dell'efficacia della terapia combinata (antidepresssivi e CBT) che, nei pazienti con DP che continuano ad assumere i farmaci, è superiore ai singoli trattamenti.
Il campione è costituito da 31 pazienti in trattamento farmacologico per DP (diagnosi SCID). I pazienti sono stati valutati, dopo almeno 4 mesi di terapia stabile con antidepressivi (T0), mediante Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Clinical Global Impression (CGI), Quality of Life Index (QL-INDEX). Criterio di inclusione era un punteggio alla HAM-A > 18. A tali pazienti è stato proposto di iniziare CBT (continuando ad assumere farmaci). Le medesime scale di T0 sono state nuovamente somministrate dopo 2 mesi di CBT (T1) e dopo 4 mesi (T2).
L'aggiunta della CBT a pazienti che con la sola farmacoterapia non avevano raggiunto una remissione sintomatologica ha consentito di ottenere un miglioramento significativo sia del quadro psicopatologico, che della qualità di vita. Inoltre nel caso in cui fosse presente a T0 una sintomatologia depressiva, dopo la CBT incentrata sul DP i pazienti hanno conseguito un miglioramento anche sul versante timico. In letteratura sono riportati casi in cui la CBT per DP influisce positivamente anche su eventuale comorbidità.

176. Aspetti psicopatologici e insonnia: risultati preliminari del confronto tra insonnia primaria e insonnia correlata a disturbi psichiatrici

L. Palagini, S. Pratali, A. Gemignani[*], S. Ghione[**], M. Guazzelli

[*] *Dipartimento di Fisiologia e Biochimica Università di Pisa;* [**] *Istituto di Fisilogia Clinica, CNR-Pisa; Dipartimento di Psichiatria, Farmacologia, Neurobiologia e Biotecnologie*

Con lo scopo di meglio definire i rapporti tra fenomeni psicopatologici ed insonnia sono stati selezionati, presso il centro di medicina del sonno dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa, 60 pazienti con un disturbo del sonno, di entrambi i sessi (M = 31; F = 29) e di età compresa tra i 18 e i 60 anni (età media = 50 SE = ±2). Il campione è stato suddiviso in due gruppi: Gruppo A, 30 pz con insonnia ipnologica primaria, e gruppo B (controllo), 30 pz con insonnia correlata a un disturbo d'Ansia o dell'Umore. Entrambi i gruppi sono stati sottoposti ad una intervista strutturata e a questionari clinici standardizzati. La fenomenica depressiva è stata valutata mediante la Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), l' ansia mediante la Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), i fenomeni ossessivi compulsivo con la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), quelli fobici (componente agorafobica e componente sociale) mediante l'Agoraphobia Rating Scale (ARS) e la Liebowitz Social Phobia Scale (LSPS). Infine il disturbo del sonno, è stato indagato attraverso la somministrazione del Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). L'analisi statistica è stata effettuata mediante ANOVA multivariata (General Linear Model) e mediante analisi fattoriale (Varimax with Kaiser Normalization). I fattori identificati sono stati confrontati tra i due gruppi mediante t-test. La soglia di significatività per l'ANOVA è stata posta a p = 0,01 e per il t-test a t = 0,01.
L'ANOVA multivariata ha messo in evidenza che i soggetti con insonnia correlata a un disturbo d'Ansia o dell'Umore presentano, rispetto a quelli con insonnia primaria, punteggi significativamente più elevati a carico della HAM-D (p < 0,0001), della HAM-A (p < 0,0001) della LSPS (p < 0,01) della ARS (p < 0,01), mentre non si apprezzano differenze statistiche tra i due gruppi per Y-BOCS e PSQI. L'analisi fattoriale, effettuata considerando anche i fattori di ciascuna scala psicometrica, ha identificato 5 dimensioni (Ansia-Depressione, Fobia Sociale, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Agorafobia, Disturbi del Sonno). Il confronto mostra che i due gruppi sono significativamente separati tra loro per la dimensione della fobia sociale (t < 0,001), per quella del disturbo ossessivo-compulsivo (t < 0,01) e per quella relativa alla agorafobia (t < 0,0001). Un dato interessante è che non vi sono differenze relative alla dimensione dei disturbi del sonno e a quella di ansia-depressione.
I risultati di questo studio indicano che non vi sono differenze di significato clinico tra i pazienti con insonnia primaria e quelli con insonnia correlata ad un disturbo depressivo o d'ansia. I risultati di questo studio forniscono un ulteriore apporto all'ipotesi sull'assenza di differenze categoriali tra l'insonnia primaria e l'insonnia correlata ad un fenomeno psicopatologico, e suggerisce che, al contrario, l'insonnia rappresenta un elemento di perturbazione dell'equi-

librio neuropsicobiologico e rappresenta un elemento di vulnerabilità all'insorgenza di disturbi mentali, d'umore o d'ansia di ben più ampio significato clinico.

177. Temperamento ed espressione clinica dell'ADHD

C. Paloscia, C. Rosa, R. Alessandrelli, F. Sorpresi, P. Curatolo, A. Pasini

U.O. di Neuropsichiatria Infantile, Università di Roma "Tor Vergata"

Introduzione: la conoscenza degli effetti del temperamento sull'espressione dell'ADHD è piuttosto limitata. Costellazioni temperamentali caratterizzate dall'associazione di alti livelli di novelty seeking (NS) e bassi di reward dependence (RD) sono stati associati alla presenza dei disturbi esternalizzanti. Nel nostro studio abbiamo testato l'ipotesi che combinazioni temperamentali di alti livelli di NS e bassi di harm avoidance (HA) e RD possano modulare l'espressione clinica dell'ADHD nei preadolescenti e negli adolescenti. Metodo: Sono stati inclusi nello studio 25 ragazzi (9-15 anni) con diagnosi DSM-IV-TR di ADHD. Tutti i soggetti hanno completato la seguente batteria: K-SADS, CDI, MASC, CPRS, CTRS and CBCL. La Junior Temperament and Character Inventory (JTCI) è stata utilizzata per valutare il temperamento secondo il modello di Cloninger.
Risultati: è stato evidenziato che la costellazione caratterizzata da alti livelli di NS e bassi di HA+RD era associata ad una sintomatologia più severa dell'ADHD rispetto ai pazienti con altre costellazioni temperamentali. Inoltre, i ragazzi con punteggi più elevati sulla scala esternalizzante della CBCL presentavano con maggiore frequenza questo tipo di costellazione.
Conclusioni: alcuni tratti temperamentali potrebbero aiutarci nell'identificazione di forme più severe di ADHD. In queste forme, le strategie di trattamento dovrebbero prendere in maggiore considerazione le caratteristiche temperamentali dei pazienti.

178. Bassa autostima e sintomi depressivi nell'ADHD: ruolo della depressione materna

C. Paloscia, R. Alessandrelli, C. Rosa, L. Casarelli, P. Curatolo, A. Pasini.

Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, Università di Roma "Tor Vergata"

Introduzione: livelli bassi di autostima e la presenza di eventi di vita stressanti rappresentano importanti fattori di rischio per lo sviluppo di sintomatologia depressiva. I ragazzi con ADHD sperimentando quotidianamente entrambe queste condizioni (bassa autostima e rifiuto/insuccessi scolastici) rientrano di fatto in un gruppo ad alto rischio per lo sviluppo di stati depressivi. Tuttavia, nonostante la bassa autostima sia frequente nell'ADHD, non si evidenzia in tutti i pazienti e, inoltre, la presenza di una depressione clinicamente significativa si riscontra solo nel 10-20% di questi ragazzi. Per cui non è ancora sufficientemente chiaro quali siano gli altri fattori che possano modulare l'insorgenza di depressione nell'ADHD. Nel nostro lavoro abbiamo testato l'ipotesi che la presenza di depressione materna nei primi anni vita del bambino possa favorire lo sviluppo di bassa autostima e sintomatologia depressiva nei ragazzi con ADHD.
Metodi: sono stati inclusi nello studio 42 ragazzi con diagnosi di ADHD, effettuata secondo il DSM-IV-TR: 22 pazienti con bassa autostima e 20 con autostima "normale". Tutti i ragazzi avevano completato una batteria di valutazione clinica. Il TMA era stato utilizzato per valutare l'autostima. La storia clinica di depressione materna era stata indagata tramite la SCID-I.
Risultati: la presenza di depressione nella storia clinica della madre era in grado di predire lo sviluppo di bassa autostima e di sintomi depressivi in questi ragazzi. Inoltre, i pazienti con bassa autostima ma senza sintomi depressivi presentavano una minore probabilità di avere madri con storia clinica di depressione.
Conclusioni: questi dati tendono ad evidenziare la presenza di una marcata associazione tra depressione materna nelle fasi precoci di vita del bambino e sviluppo di sintomatologia depressiva nei ragazzi con ADHD. Rimangono da approfondire i rapporti tra depressione materna, parenting e pattern di attaccamento nel determinare l'evoluzione clinica dei pazienti con ADHD.

179. Il ruolo dei pattern di attaccamento nello sviluppo dell'ADHD

C. Paloscia, S. Guarino*, C. Rosa, R. Alessandrelli, F. Sorpresi, P. Curatolo, M. Ammmaniti*, A. Pasini

*U.O. di Neuropsichiatria Infantile, Università di Roma "Tor Vergata"; * Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Sapienza Università di Roma*

Introduzione: il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività è un disturbo neurobiologico cronico, ad esordio in età evolutiva, che tende a segregare nelle famiglie. I bambini con ADHD hanno la probabilità del 25% di avere un genitore con la stessa diagnosi. Studi sui gemelli monozigoti hanno evidenziato una concordanza di circa il 70-80%. Fattori genetici sembrano poter spiegare tra il 76% ed 92% della covarianza tra iperattività e disattenzione nei ragazzi con ADHD. Tuttavia, il ruolo dei fattori ambientali non dovrebbe essere sottovalutato sia nello sviluppo dell'ADHD che nella modulazione della sua espressione clinica: gravità e comorbilità. Una deprivazione precoce è stata descritta come responsabile di ADHD in bambini istituzionalizzati. Questi bambini hanno gravi deficit nella regolazione e spesso disturbi nella sfera dell'attaccamento. Queste evidenze hanno fatto ipotizzare che le difficoltà di autoregolazione negli adolescenti con ADHD possano in parte originare od essere modulate dalle relazioni precoci con il caregiver e da una alterazione dei processi che favoriscono lo sviluppo di un attaccamento sicuro. Il nostro studio si pone l'obiettivo di valutare: 1) i pattern di attaccamento in un campione di adolescenti ADHD; 2) di testare l'ipotesi che i pattern di attaccamento possano modulare l'espressione di differenti disturbi in comorbilità con DHD; e di 3) valutare gli effetti dei pattern di attaccamento sulla gravità clinica dell'ADHD.
Metodo: sono stati inclusi nello studio 60 ragazzi (12-17): 30 con diagnosi di ADHD e 30 controlli. Tutti i pazienti ave-

vano completato una batteria clinica: K-SADS, CPRS, CTRS, CDI, MASC e CBCL. L'attaccamento era stato valutato tramite l'ASQ e l'AICA.
Risultati: l'analisi preliminare dei dati, effettuata sulla ASQ, ha evidenziato che i ragazzi con ADHD presentavano punteggi più alti nelle seguenti scale: preoccupazione per le relazioni, bisogno di approvazione e secondarietà delle relazioni. La gravità della sintomatologia era associata alle scale: bisogno di approvazione e secondarietà delle relazioni. La presenza di uno stile ansioso era in grado di predire la presenza di disturbi internalizzanti.
Conclusioni: l'integrazione tra questi risultati e quelli che emergeranno dallo studio sui modelli operativi interni misurati dall'AICA potrebbero consentire una più chiara valutazione, dimensionale e categoriale, del ruolo che i pattern di attaccamento possono svolgere nello sviluppo dell'ADHD.

180. ADHD e dissociazione: caratteristiche cliniche e neuropsicologiche in un campione di bambini adottati con diagnosi di ADHD

C. Paloscia, C. Rosa, R. Alessandrelli, M.B. Pitzianti, P. Curatolo, A. Pasini

U.O. di Neuropsichiatria Infantile, Università di Roma "Tor Vergata"

Introduzione: negli ultimi anni, la migliore definizione clinica dell'ADHD e la riscoperta dei disturbi dissociativi ha evidenziato il problema della parziale sovrapposizione tra due importanti costrutti quali la disattenzione e la dissociazione. Inoltre, nei pazienti adulti con diagnosi di disturbi dissociativi sono stati riscontrati deficit attentivi. Tuttavia, la dissociazione nei bambini appare ancora poco studiata ed ancora di meno sono studiati i suoi correlati neuropsicologici. Il recente incremento delle adozioni soprattutto dai paesi dell'Europa Orientale, ha portato all'osservazione dei clinici un numero elevato di questi bambini. Molti dei quali manifestano una sintomatologia che rientra nei criteri diagnostici dell'ADHD. Tuttavia, spesso il decorso della sintomatologia appare atipico e la risposta al trattamento non è sempre ottimale. L'obiettivo del nostro studio era quello di individuare le differenze cliniche e neuropsicologiche presenti nei bambini ADHD adottati, con storia di istituzionalizzazione, rispetto a quelli che vivono con i genitori naturali.
Metodo: sono stati inclusi nello studio 33 bambini (età: 6-12 aa) con diagnosi di DSM-IV-TR di ADHD: 15 pazienti adottati e 18 con genitori naturali. Tutti i ragazzi erano stati valutati con una batteria clinica compresa la Child Dissociative Checklist (CDC) e con una batteria neuropsicologica.
Risultati: i bambini adottati presentavano punteggi più elevati alla CDC, più sintomi depressivi, un minore funzionamento adattivo ed un maggiore impairment neuropsicologico soprattutto sui test di inibizione.
Conclusioni: questi pazienti presentavano una sintomatologia clinica più grave rispetto ai coetanei ed una prestazione neuropsicologica paragonabile a quella riscontrata nei bambini con disturbi dissociativi.

181. Efficacia e tollerabilità dell'Aripiprazolo come augmentation nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo: osservazioni preliminari in 11 pazienti

I. Pampaloni, S. Antonini, G. Castellini, M. Bruscoli, S. Pallanti

Università di Firenze

Introduzione: l'aggiunta di antipsicotici atipici in pazienti con Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) resistente agli inibitori del reuptake delle serotonina (SSRIs) rappresenta una efficace strategia di augmentation [1-2]. L'Aripiprazolo è stato riportato promettente come monoterapia nel DOC [3]. Abbiamo testato l'efficacia dell'Aripiprazolo, in aggiunta al trattamento in pazienti con DOC resistente agli SSRIs.
Metodo: i casi riportati soddisfacevano i criteri del DSM IV per DOC per DOC resistente [4]. I pazienti sono stati seguiti per un periodo di follow-up di tre mesi. La dose iniziale di Aripiprazolo è stata di 5 mg ed è stato incrementato secondo criteri clinici. La risposta al trattamento è stata valutata con la YBOCS e con la CGI-Improvement. La risposta al trattamento è stata definita come una riduzione ≥ del 30% alla YBOCS e una CGI-I di 1 o 2.
Risultati: sono stati osservati 11 pazienti. La dose media di Aripiprazolo è stata di 9.8 mg/die. In generale, l'Arpiprazolo è stato ben tollerato: non è stato riportato nessun evento avverso serio o inaspettato. Il 54,5% dei soggetti ha soddisfatto i criteri di risposta al trattamento. Il punteggio medio alla YBOCS si è ridotto da 28,2 a 18,7 ($p = ,0001$).
Conclusioni: sebbene il numero del campione sia ridotto, questi risultati preliminari suggeriscono che l'Aripiprazolo può rappresentare una valida strategia di augmentation nel DOC resistente. Sono necessari ulteriori studi controllati e su un campione più ampio.

Bibliografia

1. Bogetto F, Bellino S, Vaschetto P, Ziero S. *Olanzapine augmentation of fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder (OCD): a 12-week open trial*. Psychiatry Res 2000;96:91-8.
2. Hollander E, Baldini Rossi N, Sood E, Pallanti S. *Risperidone augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study*. Int J Neuropsychopharmacol 2003;6:397-401.
3. Connor KM, Payne VM, Gadde KM, Zhang W, Davidson JR. *The use of aripiprazole in obsessive-compulsive disorder: preliminary observations in 8 patients*. J Clin Psychiatry 2005;66:49-51.
4. Pallanti S, Hollander E, Bienstock C, Koran L, Leckman J, Marazziti D, Pato M, Stein D, Zohar J. *International Treatment Refractory OCD Consortium. Treatment non-response in OCD: methodological issues and operational definitions*. Int J Neuropsychopharmacol 2002;5:181-91.

182. Network di regolazione genica responsivi agli antipsicotici: in silico analysis

F. Panariello[*], A. Ambesi-Impiombato[* **], D. Di Bernardo[**], G. Muscettola[*], A. de Bartolomeis[*]

[*] *Dipartimento di Neuroscienze e Scienze del Comportamento, Università di Napoli "Federico II"; [**] Dipartimento di Biologia e Patologia Cellulare e Molecolare, Università di Napoli "Federico II"*

La perturbazione del sistema dopaminergico attraverso la somministrazione di farmaci può essere impiegata per lo studio dei geni responsivi alla farmacoterapia della psicosi nel cervello di animali da laboratorio. Lo scopo di questo studio è quello di caratterizzare gruppi di geni che presentano un profilo di espressione genica molto simile, e ricercare attraverso metodiche della bioinformatica gli elementi regolativi comuni sui promotori di tali geni in modo tale da risalire al network regolativo di fattori di trascrizione e geni target implicati nella risposta agli antipsicotici.
Risultati: sono stati predetti i fattori di trascrizione e i loro target maggiormente implicati della risposta ai farmaci antipsicotici, per i quali è stata eseguita un analisi funzionale attraverso tool di 'data mining'. Abbiamo selezionato i geni il cui profilo di regolazione è risultato maggiormente correlato a quello del gruppo di geni ANIA, e ad altri geni differenzialmente espressi da antipsicotici tipici e atipici, ed è stato identificato un possibile network funzionale che mette in relazione diversi geni implicati nella risposta a farmaci antipsicotici.
Conclusioni: i fattori di trascrizione identificati e il network funzionale identificato, rappresenta un primo passo verso la caratterizzazione del network regolativo implicato nell'efficacia dei farmaci antipsicotici. Nuovi studi saranno necessari sia per validare le predizioni computazionali, sia per meglio caratterizzare il network regolativo utilizzando nuovi esperimenti di espressione genica cerebrale in seguito a perturbazioni dopaminergiche in modelli animali.

183. Antipsicotici e Diabete: qualcosa più di una semplice associazione epidemiologica. Studio in vitro di un possibile mediatore molecolare di effetto farmacologico e tossicologico

F. Panariello[*], G. Perruo[**], P. Formisano[**], G. Muscettola[*], A. de Bartolomeis[*]

[*] *Dipartimento di Neuroscienze e Scienze del Comportamento, Università di Napoli "Federico II"; [**] Dipartimento di Biologia e Patologia Cellulare e Molecolare, Università di Napoli "Federico II"*

Tra tutti i disordini mentali, la schizofrenia è stata la patologia meglio caratterizzata per quanto riguarda i rapporti epidemiologici con i disordini del metabolismo del glucosio. La causa di iperglicemia associata a disturbi mentali di gran lunga più studiata e per la quale esistono le maggiori e più replicate evidenze sperimentali in diversi paradigmi, dai modelli in vitro a studi nell'uomo, è rappresentata dall'uso di farmaci antipsicotici. Ped/Pea-15 è un gene coinvolto nella regolazione della espressione dei trasportatori del glucosio e ipoteticamente nella patogenesi del diabete. Esso compromette l'espressione in membrana del GLUT-4, il trasportatore responsivo all'insulina, e appare ridotto sia come trascritto che come proteina in pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 rispetto ai controlli. Precedenti evidenze sperimentali suggeriscono che gli antipsicotici inficiano l'espressione in membrana dei trasportatori del glucosio sensibili all'insulina. Nostre osservazioni sono dimostrative di un aumento di Ped/Pea-15 nel caudato-putamen di topi transgenici trattati cronicamente con Aloperidolo. Partendo da tali presupposti teorici, abbiamo trattato cellule PC12 e L6 con dosi crescenti di Aloperidolo (1 μM, 10 μM, 50 μM) e abbiamo valutato l'espressione di Ped/Pea-15 e della sua chinasi Akt a diversi tempi di esposizione (30' e 24 h). I risultati suggeriscono un aumento della espressione sia di Ped/Pea-15 che di Akt in maniera dose dipendente in entrambi i cloni cellulari. Tali evidenze suggeriscono un potenziale link molecolare tra Antipsicotici e discrasie del metabolismo del glucosio caratterizzando una potenziale via attraverso cui essi determinano uno stato di insulino resistenza.

184. Immagine di sé in adolescenza: dati preliminari di uno studio epidemiologico su un campione di adolescenti del sud Italia

M.F. Pantusa, M. Berardi, D. Salvino, C. Scornaienchi

CSM, Rogliano (CS)

Obiettivi: in un campione di adolescenti afferenti a due scuole di istruzione media superiore presenti nel territorio di Rogliano (CS) è stata indagata la percezione che essi hanno di se stessi in relazione a diverse aree del proprio funzionamento mentale.
Materiali e metodi: 153 studenti (M/F 66/87, età media 15,61 ± 1,22, range 14-19 anni) sono stati valutati con un questionario socio-demografico e con l'Offer Self-Image Questionare (OSIQ) di Offer et al., 1987, adattamento di E. De Vito. L'OSIQ è costituito di 130 affermazioni che vanno a coprire 12 aree di contenuto considerate importanti nel mondo psicologico dell'adolescente (Controllo degli impulsi, Tono emotivo, Immagine del corpo, Relazioni sociali, Coscienza morale, Aspirazioni professionali ed educative, Atteggiamenti sessuali, Relazioni familiari, Padronanza del mondo esterno, Psicopatologia, Livello superiore di adattamento, Idealismo). Secondo il criterio individuato da Offer, è stato considerato disturbato un soggetto il cui protocollo aveva almeno tre scale con punteggio standardizzato di una o più deviazioni standard (= 15) inferiore alla media, e cioè con un punteggio standardizzato pari o inferiore a 35.
Risultati: il disagio psicologico interessa l'11,11% del campione (M/F: 6/11), e si riferisce ad aspetti del sé quali il controllo degli impulsi, il senso morale e le future scelte professionali. Il momento di maggiore crisi corrisponde ai 16 anni in entrambi i sessi. Dopo i 16 anni si registra una progressiva diminuzione dei soggetti disturbati.
Conclusioni: la maggior parte del campione presenta un processo maturativo esente da conflittualità rilevanti. Il disagio emotivo è più diffuso tra le ragazze. I soggetti con immagine di sé negativa presentano, in ogni caso, un disagio contenuto, per come testimonia lo scostamento dalla norma di piccola entità dei valori medi delle scale dell'OSIQ.

185. Stigma e malattia mentale: una ricerca epidemiologica in un comune del sud italia

M.F. Pantusa*, P. Mottola*, S. Paparo*, C. Scornaienchi**, M. Marisa***, V. Fuoco***, A. Stumpo*

* *Psichiatra,* ** *Psicologo,* *** *Infermiere professionale, CSM-Rogliano (CS)*

Comportamenti discriminatori e pregiudizi sono le premesse per quella che viene definita la stigmatizzazione del paziente psichiatrico. Lo stigma determina un circolo vizioso di alienazione con effetti deleteri sull'evoluzione e sulle conseguenze delle malattie mentali, nonché sulla qualità di vita delle persone che ne sono affette e della loro famiglia. Obiettivi: 1-Valutare su un campione di popolazione del Comune di Rogliano (CS) le conoscenze e gli atteggiamenti relativi alla malattia mentale. 2-evidenziare le correlazioni esistenti tra gli atteggiamenti, le conoscenze, i pregiudizi e le variabili socio-demografiche dei soggetti sottoposti all'inchiesta.
Materiali e metodi: il campione è risultato costituito da n. 549 soggetti (M/F: 275/274, range d'età 14-68) residenti nel comune di Rogliano (CS), piccolo comune alle porte di Cosenza con una popolazione complessiva di 5948 abitanti. Per gli obiettivi della nostra ricerca è stato opportunamente modificato il questionario QOF elaborato dall'ISS per rilevare le opinioni dei familiari rispetto ai disturbi psichici. Il questionario utilizzato è composto da una prima parte nella quale vengono richiesti dati socio-anagrafici e da n 22 items che indagano la conoscenza delle malattie mentali e l'utilità dei trattamenti, le false credenze e le limitazioni sociali. L'arruolamento dei soggetti è stato volontario. I questionari sono stati distribuiti nei principali luoghi di aggregazione del paese (ambulatori medici, uffici pubblici, scuole, industrie, circoli ricreativi ecc.) Per i soggetti minori d'età è stato richiesto ai genitori un preventivo assenso scritto.
Risultati: le cause all'origine della schizofrenia più frequentemente indicate sono essenzialmente tre (trauma, stress, droga). Il 48,5% del campione considera le malattie mentali diverse dalle altre malattie. Soltanto il 22,4% del campione ritiene il trattamento farmacologico utile per la cura, maggiore è la fiducia nei trattamenti non farmacologici (63%), soprattutto tra le femmine (M/F: 55,6/70,4). Relativamente alle false credenze il malato mentale è ritenuto dal campione esaminato imprevedibile (41,7%), inguaribile (10,6%), incapace di lavorare (18,6%).
Conclusioni: il quadro che emerge dalle risposte indica una sostanziale disinformazione riguardo alle malattie mentali e la presenza di numerosi pregiudizi e false credenze. Un dato interessante e sorprendente, visto il contesto socioculturale di appartenenza del campione, è che sono i soggetti più giovani (età < 20 anni) a ritenere che "fatture e possessioni" possano essere causa di schizofrenia.

186. Malattie mentali gravi: professione, conoscenza e stigma

M.F. Pantusa*, S. Paparo*, A. Salerno**

* *Psichiatra, CSM, Rogliano (CS);* ** *Psichiatra, CSM, Reggio Calabria*

Obiettivi: confrontare opinioni, conoscenze e pregiudizi sulle persone affette da disturbi mentali gravi in un campione costituito da professionisti della sanità, medici e infermieri non psichiatrici, operatori di pubblica sicurezza e soggetti adulti della popolazione generale residenti nel comune di Rogliano (CS).
Metodi: il campione risulta costituito da 262 soggetti (M/F 137/122, età media 43,35 ± 9,53, range 21-68). 68 soggetti sono medici specialisti, 64 infermieri professionali, 27 operatori di pubblica sicurezza (vigili urbani e carabinieri), 103 soggetti appartengono alla popolazione generale Tutti i soggetti sono stati valutati con un questionario socio-demografico e con il Questionario sulle Opinioni degli Italiani riguardo ai disturbi mentali (QOI).
Risultati: le cause genetiche sono indicate dall'86,8% dei medici; percentuali significativamente inferiori si registrano negli altri tre gruppi. Nel gruppo di soggetti provenienti dalla popolazione generale si registrano le percentuali più elevate relativamente alle cause ambientali e sociali: trauma (46,6%), stress (40,8%), droga (41,7%), alcol (33%). Infermieri ed operatori di pubblica sicurezza si collocano in posizione intermedia tra i due gruppi. Il pregiudizio dell'imprevedibilità è presente soprattutto tra gli infermieri (53,1%) e gli operatori di pubblica sicurezza (44,4%), seguono i medici (32,4%) ed infine la popolazione generale (27,2%). Sono soprattutto medici, infermieri e operatori di Pubblica Sicurezza a dichiararsi favorevoli a politiche di esclusione sociale.
Conclusioni: gli operatori sanitari, siano essi medici o infermieri, presentano un livello di conoscenza non molto differente dagli altri due gruppi. Stereotipi e pregiudizi sono diffusi sia tra gli operatori della sanità che tra gli operatori di pubblica sicurezza. Appare evidente che per ottenere un cambiamento negli atteggiamenti verso le persone affette da malattia mentale è necessario attivare programmi formativi adeguati alle caratteristiche e alle conoscenze dei gruppi destinatari del messaggio.

187. Risposta non-lineare nel cingolo e nella corteccia prefrontale durante controllo attentivo variabile in schizofrenia

A. Papazacharias*, G. Blasi*, P. Taurisano*, G. Caforio*, R. Romano*, L. Lobianco*, L. Fazio*, A. Di Giorgio*, T. Popolizio**, M. Nardini*, A. Bertolino*

* *Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari;* ** *Dipartimento di Radiologia, IRCCSS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo*

Numerosi studi hanno evidenziato risposte neuronali abnormi nella corteccia prefrontale (PFC) e nel cingolo anteriore (AC) durante processamento attentivo nella schizofrenia. Tuttavia, non è stata ancora definita la relazione fra attività neuronale in queste aree e putativa saturazione della capacità.
L'obiettivo del presente studio è di valutare l'effetto di crescenti livelli di controllo attentivo in pazienti con schizofrenia nella PFC e nell' ACC.
Sono stati reclutati 16 pazienti con schizofrenia in terapia stabile da almeno 1 mese (DSM-IV-TR, 13 maschi, età media ± SD: 32,5 ± 8,2, stato socioeconomico: 22,9 ± 15,4) e 21 soggetti sani, demograficamente comparabili con i pa-

zienti. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a fMRI durante l'esecuzione di un compito che elicita livelli crescenti di controllo attentivo.
I risultati hanno mostrato ad alti carichi di controllo attentivo una maggiore attività della PFC nei pazienti rispetto ai controlli. Al contrario, a carichi intermedi, i controlli attivavano di più PFC e ACC. L'analisi del segnale BOLD ha inoltre evidenziato che in queste aree cerebrali l'attività nei soggetti sani aumentava in modo lineare, mentre nei pazienti si evidenziava un profilo ad U invertita tra carico attentivo ed attività neuronale.
Questi dati suggeriscono una precoce saturazione della capacità nella corteccia prefrontale e nel cingolo in pazienti con schizofrenia durante controllo attentivo.

188. Uno studio retrospettivo sui fattori che influiscono sulla gravità sintomatologica dell'Anoressia Nervosa

A. Papazacharias, E. Caramia, C. Cicorella, A. Rampino, P. De Michele, A. Catucci, O. Todarello

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Numerosi studi hanno messo in evidenza diversi fattori di rischio nello sviluppo dell'Anoressia Nervosa (AN). La familiarità e la comorbidità per altre malattie psichiatriche, nonché, le violenze fisiche subite in passato sembrano favorire lo sviluppo di tale malattia.
L'obiettivo del presente studio è di valutare l'effetto dei fattori suddetti sulla gravità della malattia al momento del ricovero.
Sono stati reclutate 30 pazienti anoressiche (età media: 17 ± 1,5 anni, diagnosi basata sul DSM-IV-TR) ricoverate in regime di Day Hospital presso la Clinica Psichiatrica del Policlinico di Bari. All'ingresso sono state somministrate le seguenti scale: Clinical Global Impressions (CGI) e Eating Disorder Inventory (EDI).
Si è visto che la gravità della sintomatologia all'ingresso e la durata di ricovero, sono correlati in senso positivo alla familiarità e la comorbidità per altre malattie psichiatriche, nonché, per violenze fisiche subite in passato.
I dati ottenuti risultano congrui con ricerche già presenti in letteratura che identificano le problematiche della familiarità e della comorbidità psichiatrica e, nondimeno, di una anamnesi positiva per violenze fisiche, come fattori di rischio nello sviluppo dell'AN, mettendo, inoltre, in evidenza il loro impatto sulla gravità della sintomatologia.

189. Trattamento con duloxetina di pazienti ambulatoriali con disturbo borderline di personalità (DBP): uno studio clinico

E. Paradiso, C. Zanon, M. Fenocchio, P. Bozzatello, S. Bellino, F. Bogetto

Servizio per i Disturbi di Personalità, SCU Psichiatria 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: dati di letteratura indicano che la venlafaxina, antidepressivo inibitore del reuptake di serotonina e noradrenalina (SNRI), è efficace sui sintomi da sregolazione affettiva e discontrollo impulsivo-comportamentale dei pazienti con DBP. Non sono stati finora esaminati gli effetti su questi pazienti della duloxetina, SNRI che si caratterizza per l'azione più bilanciata sui due trasmettitori e per la particolare efficacia sui sintomi somatici.
L'obiettivo del nostro studio è indagare efficacia e tollerabilità di duloxetina nel trattamento di un gruppo di pazienti ambulatoriali con diagnosi di DBP secondo il DSM-IV-TR, con particolare attenzione agli effetti sui sintomi di somatizzazione.
Metodologia: i pazienti sono stati trattati con duloxetina (60-120 mg/die) per 12 settimane e valutati al baseline e dopo 4 e 12 settimane con: CGI item di gravità (CGI-S); BPRS; HAM-D; HAM-A; SOFAS per il funzionamento socio-relazionale; BPDSI per la gravità della sintomatologia borderline; SCL-90 sottoscala Somatizzazione; DOTES per gli effetti collaterali.
Risultati: i risultati indicano una riduzione significativa del punteggio delle scale per la sintomatologia globale e depressiva, del punteggio globale e degli item "impulsività" e "accessi di rabbia" del BPDSI, della SCL-90 Somatizzazione per i sintomi somatici. Gli effetti collaterali sono di entità lieve-moderata; i più frequenti sono nausea, cefalea, vertigini e insonnia.

Bibliografia

Markowitz PJ, Wagner SC. *Venlafaxine in the treatment of borderline personality disorder*. Psychopharmacol Bull 1995;31:773-7.
Perahia DG, Kajdasz DK, Royer MG, Walker DJ, Raskin J. *Duloxetine in the treatment of major depressive disorder: an assessment of the relationship between outcomes and episode characteristics*. Int Clin Psychopharmacol 2006;21:285-95.

190. Effetti del metilfenidato sulla scrittura e neurological soft signs

A. Pasini, E. D'Agati, C. Paloscia, O. Tucha[**], K.W. Lange[*], P. Curatolo

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Roma "Tor Vergata" [*] Dipartimento di Psicologia Sperimentale, Università di Regensburg, Germania; [**] Scuola di Psicologia, Università di Plymouth, Gran Bretagna

Introduzione: i circuiti dopaminergici fronto-striatali rivestono un importante ruolo nella fisiopatologia dell'ADHD e nella regolazione del gesto grafico compresa la scrittura. Recenti studi hanno dimostrato gli effetti del metilfenidato (MPH) sulla qualità, ma non sulla fluidità della scrittura nei bambini con ADHD. Lo scopo dello studio è quello di monitorare e quantificare gli effetti del MPH in diversi ambiti della produzione grafica: disegno e scrittura.
Metodologia: è stato reclutato un campione di 32 bambini di sesso maschile: 16 ragazzi con diagnosi di ADHD e 16 controlli. Tutti i ragazzi avevano un'età compresa tra i 9 ed i 14 anni. I pazienti con ADHD presentavano un QI > 85 e non mostravano comorbilità neurologiche o psichiatriche. È stata somministrata ai pazienti ed ai controlli una batteria di test grafici mediante una tavoletta digitale (WACOM). Sono state valutate continuativamente, in due dimensioni (x ed y), la posizione della penna sulla tavoletta, la velocità e l'accelerazione. La batteria di test grafici comprendeva l'esecu-

zione di semplici movimenti di scrittura con la mano dominante e nel disegnare spirali in diverse condizioni (mano dominante e non dominante, in modo accurato o veloce). I test grafici erano somministrati nei pazienti, sia nella condizione "ON" (trattamento con MPH) sia nella condizione "OFF" (senza trattamento con MPH). Il Test di Mann-Whitney è stato utilizzato per confrontare il gruppo dei casi con i controlli. Il Test di Wilcoxon è stato utilizzato per confrontare le prestazioni grafiche dei pazienti nelle due condizioni: "ON" e "OFF".
Risultati: il confronto tra i casi in "OFF" ed i controlli evidenziava prestazioni grafiche sovrapponibili sia nelle prove di scrittura che nel disegno delle spirali (p = n.s.). Il confronto tra i casi in "ON" ed i controlli mostrava una differenza significativa sulle variabili NDA-NIV ($p < 0,001$) e NDV-NIA ($p = 0,028$) che indicano rispettivamente "il numero di inversioni in velocità" (condizione non dominante accurata) ed "il numero di inversioni in accelerazione" (condizione non dominante veloce). Il confronto tra i casi in "ON" e in "OFF" evidenziava differenze significative solo nelle prove di scrittura, nella condizione "dominante accurata" ($p < 0,001$), mentre non mostrava alterazioni significative nelle prove di disegno (spirali).
Conclusioni: questi risultati avvalorano la tesi di Tucha e Lange (2005) secondo la quale la diminuzione della fluidità nella scrittura solo nei bambini con ADHD, non sia data da una azione diretta del MPH, bensì dall'azione del controllo conscio che può essere attuato nella scrittura proprio grazie al fatto che il MPH agisce andando ad aumentare le capacità attentive.

Bibliografia

Tucha O, Lange KW. *The effect of conscious control on handwriting in children with attention deficit hyperactivity disorder*. J Atten Disord 2005;1:323-32.

Pullman SL. *Spiral Analysis: A new technique for measuring tremor with a digitizing tablet.* Movement disorders 1998;13:85-9.

191. Schizofrenia e disturbo bipolare ad esordio precoce: differenti profili neurocognitivi

A. Pasini, C. Paloscia, C. Rosa, R. Alessandrelli, L. Casarelli, P. Curatolo

U.O. di Neuropsichiatria Infantile, Università di Roma "Tor Vergata"

Introduzione: negli ultimi anni, il progressivo interesse per le manifestazioni cliniche dei disturbi psichiatrici in età pediatrica ha portato ad un incremento degli studi sulla schizofrenia e sul disturbo bipolare ad esordio precoce. Nel nostro studio abbiamo confrontato due campioni di pazienti: uno con Early-Onset Schizophrenia ed uno con Bipolar Pediatric Disorder (BPD) in fase di eutimia. L'obiettivo dello studio era l'identificazione di potenziali marker neuropsicologici di vulnerabilità o di possibili endofenotipi che consentano una migliore diagnosi ed un trattamento più adeguato di questi disturbi.
Metodo: sono stati inclusi nello studio 40 bambini (età: 7-14 aa): 13 pazienti con diagnosi di schizofrenia, 12 con diagnosi di disturbo bipolare (tipo I e tipo II) e 15 di controllo. Tutti i ragazzi erano stati valutati con una batteria clinica e neuropsicologica.
Risultati: i bambini con EOS evidenziavano deficit soprattutto nella memoria di lavoro ed nelle misure di flessibilità cognitiva mentre i soggetti con BPD avevano deficit più marcati nei compiti di inibizione della risposta (prepotente ed interferente) ed nei compiti di attenzione sostenuta e divisa.
Conclusioni: i deficit di attenzione sostenuta e divida nei pazienti con disturbo bipolare pediatrico e quelli di inibizione e working memory nei pazienti con EOS potrebbero rappresentare dei marker di vulnerabilità per questi disturbi.

192. Effetti del metilfenidato sulle funzioni esecutive nei pazienti con ADHD: il ruolo del dopamine transporter

A. Pasini, C. Paloscia, L. Sinibaldi*, S. Douzgou*, C. Rosa, R. Alessandrelli, A. Pizzuti*, B. Dallapiccola*, P. Curatolo

*U.O. di Neuropsichiatria Infantile, Università di Roma "Tor Vergata"; * IRCCS-C.S.S. San Giovanni Rotondo and C.S.S.-Mendel, Rome, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia, Sapienza Università di Roma*

Introduzione: i farmaci psicostimolanti riducono i sintomi cognitivi e comportamentali dell'ADHD oltre a produrre un miglioramento di alcune funzioni neuropsicologiche. Studi recenti hanno osservato un'associazione tra ADHD ed il Dopamine Transporter (DAT). L'obiettivo del nostro studio era di valutare la relazione tra ADHD, genotipi DAT1 e la risposta clinica e neurocognitiva al metilfenidato a differenti tempi dall'inizio della somministrazione del farmaco.
Metodo: sono stati inclusi nello studio 29 ragazzi (8 ed i 14 anni) con diagnosi di ADHD effettuata secondo i criteri del DSM-IV-TR. Tutti i pazienti avevano effettuato una valutazione clinica e neuropsicologica. I ragazzi erano valutati in 4 fasi differenti: al tempo zero senza trattamento (T_0), dopo 4 (T_4) e 12 settimane di trattamento (T_{12}). L'ultima valutazione era effettuata a 8 settimane dalla sospensione della terapia con metilfenidato. Tutti i pazienti erano genotipizzati per DAT1.
Risultati: i bambini con omozigosità 10/10 mostravano una risposta clinicamente significativa al metilfenidato mentre i bambini con genotipo 9/9 evidenziavano una minore risposta al trattamento rispetto ai 10/10 ed ai 9/10 sia a T_4 che a T_{12}. Una risposta significativa al metilfenidato era evidente anche dopo 8 settimane dalla sospensione del farmaco. Era presente un miglioramento significativo alle prove di flessibilità cognitiva, di memoria di lavoro e di inibizione durante tutte le fasi del trattamento.
Conclusioni: sebbene i miglioramenti indotti dal metilfenidato erano osservabili in tutti i domini delle funzioni esecutive i bambini con ADHD continuavano ad evidenziare lievi o moderati deficit neuropsicologici. Al contrario, la valutazione ecologica dell'iperattività e della disattenzione attraverso le scale di osservazione clinica evidenziava un miglioramento significativo della sintomatologia con una remissione parziale o totale della sintomatologia.

193. Scelta del trattamento e caratteristiche psicometriche: differenze tra pazienti obesi che scelgono il trattamento chirurgico e quelli che scelgono il trattamento medico non chirurgico per la perdita di peso

B. Patrizi[1], L. Bancheri[1 2], G.D. Kotzalidis[1], S. Mosticoni[3], T. Gargano[2 4], P. Angrisani[1 2], R. Tatarelli[1]

[1] Dipartimento di Psichiatria, Sapienza Università, II Facoltà di Medicina e Chirurgia, Ospedale Sant'Andrea, Roma; [2] ONLUS "Dentro lo Specchio", Centro di Psicoterapia per la cura dei Disturbi del comportamento Alimentare, Roma; [3] M-TWO sistemi snc, Roma; [4] Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università Roma

Introduzione/Scopo: attualmente la nosografia internazionale non include l'obesità nei Disturbi del Comportamento Alimentare, sebbene questa sia caratterizzata da molti aspetti psicologici comuni a questi [1]. Non esistendo dati sulle possibili differenze delle caratteristiche psicometriche tra le persone affette da obesità patologica che scelgono la chirurgia e quelli che scelgono una dieta integrata con la psicoterapia per la perdita di peso, abbiamo ipotizzato che diverse caratteristiche psicometriche potrebbero essere alla base della scelta del trattamento.

Metodologia: 100 pazienti con obesità patologica (50 del gruppo non chirurgico [NC] e 50 del gruppo chirurgico [C]; 41 donne e 9 uomini per ogni gruppo) hanno compilato l'MMPI-2 e l'EDI-2; le comparazioni tra i due gruppi sono state analizzate con l'analisi della varianza.

Risultati: differenze statisticamente significative sono presenti tra i 2 gruppi sulle scale Pa (paranoia) e Pt (psicoastenia) dell'MMPI-2 ($p = 0{,}0008$; $p = 0{,}032$). Dall'EDI-2 non emergono differenze tra i 2 gruppi, mentre entrambi i gruppi mostrano valori più alti della norma sulle scale IM (Impulso alla magrezza) e IC (Insoddisfazione per il corpo); il

Fig. 1. Risultati dell'analisi della varianza dell'MMPI – 2.
* p < ,05

	C	NC	P
L	51,8	49,72	0,26
F	56,1	58,06	0,45
K	45	43,88	0,57
Hs	62,3	62,74	0,86
D	55,18	57	0,47
Hy	55,86	57,54	0,47
Pd	56,9	59,04	0,21
Mf	54,98	55,28	0,90
Pa	50,82	60,12	0,0008*
Pt	50,84	56,28	0,032*
Sc	56,14	57,96	0,36
Ma	51,98	53,12	0,58
Si	51,16	52,78	0,44

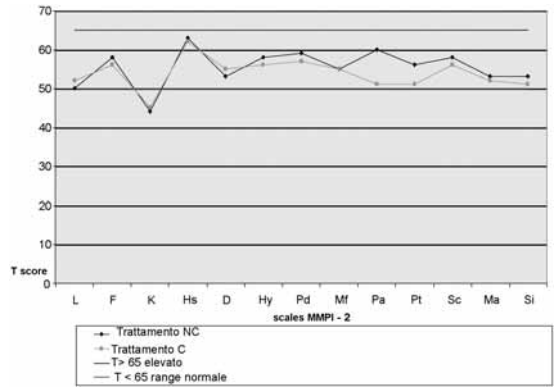
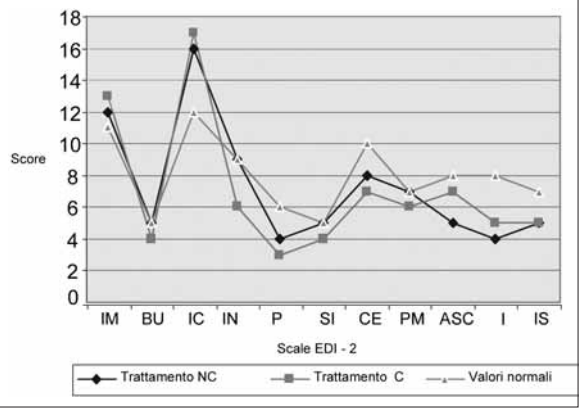


Fig. 2. Risultati dell'analisi della varianza dell'EDI-2.

	C	NC	P
IM	12,62	11,70	0,62
BU	4,38	5,29	0,50
IC	16,90	15,54	0,47
IN	6,42	9,29	0,08
P	3,23	4,08	0,31
SI	4,09	4,75	0,57
CE	7,23	7,67	0,79
PM	6	6,54	0,63
ASC	6,67	5,08	0,15
I	4,57	3, 58	0,53
IS	5,28	5,20	0,93



gruppo NC presenta punteggi più alti rispetto alla norma anche sulle scale BU (Bulimia) e IN (Inadeguatezza).
Conclusioni: l'MMPI-2 è stato in grado di distinguere il gruppo NC dal gruppo C, mentre l'EDI-2 ha mostrato una significativa psicopatologia correlata ad un disturbo alimentare in entrambi i gruppi.

Bibliografia

[1] Fassino S, Leombruni P, Piero A, Abbate-Daga G, Giacomo Rovera G. *Mood, eating attitudes and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder*. J Psychosom Res 2003;54:559-66.

194. Caratteristiche di personalità: confronto tra pazienti afferenti all'Ambulatorio per i Disordini Articolazione Temporo - Mandibolare (DCM), Pazienti Psichiatrici e Controlli

C. Pavan, P. Simonato, G. Novello, F. Nifosì, A. Condini, L. Guarda-Nardini, L. Pavan, M. Marini

Clinica Psichiatrica, Università di Padova

Introduzione: è riconosciuto che i fattori psicologici giochino un ruolo significativo nella genesi e nel mantenimento dei Disordini dell' Articolazione Temporo Mandibolare [1-2]. In particolare la popolazione femminile [3] risulta particolarmente colpita. Lo studio valuta analogie e differenze personologiche in tre campioni: pazienti afferenti all'ambulatorio DCM, pazienti psichiatrici e controlli.
Metodologia: sono stati confrontati tre gruppi di sesso femminile tramite il test di personalità MMPI-2: DCM (N = 50), Femmine Psichiatriche (N = 24), Femmine di Controllo (N = 50). Il Gruppo Psichiatrico in base alla diagnosi DSM IV è stato suddiviso in "Psicotiche" e "Non Psicotiche".
Risultati: i punteggi dei DCM attestano un disagio psicopatologico confrontabile col gruppo psichiatrico Non Psicotico a livello di diverse scale del MMPI, discostandosi sia dalle femmine Psicotiche in termini di gravità che dal gruppo sano di Controllo in termini di normalità.
Discussione: le pazienti DCM presentano tratti di personalità più gravi rispetto alla popolazione generale, ma confrontabili col campione psichiatrico Non Psicotico giunto all'osservazione clinica specialistica. Ciò suggerisce la possibilità che alcune caratteristiche di personalità risultino psicopatologicamente rilevanti [4] in questi pazienti.
Conclusioni: il gruppo ambulatoriale DCM presenta punteggi in numerose sottoscale del MMPI-2 confrontabili con la nostra popolazione Psichiatrica Non Psicotica. Ulteriori studi sono necessari per verificare questi dati preliminari.

Bibliografia

[1] Michelotti A, Martina R, Russo M, Romeo R. *Personality characteristics of temporomandibular disorder patients using M.M.P.I.* Journal of Cranio-mandibular Practice 1998;16:119-26.
[2] Dworkin S, Le Resche L. *Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: Review, criteria examinations and specifications, critique*. Journal of Craniomandibular Disorders Facial Oral Pain 1992;6:301-55.
[3] Velly Ana M, Gornitsky M, Phillipe P. *Contributing factors to chronic myofacial pain: a case control study*. Pain August 2003;491-9.
[4] Meldolesi GN, Picardi A, Accivile E, Toraldo di Francia R, Biondi M. *Personality and Psychopathology in Patients with Temporomandibular Joint Pain-Dysfunction Syndrome*. Psychotheraphy and Psychosomatics 2000;69:322-8.

195. Strategie di Coping e Intelligenza Emotiva nel Disturbo di Panico

G. Perna, R. Menotti, R. Mellone, G. Boriello, L. Bellodi

Centro per i Disturbi d'Ansia, Università Vita-Salute, San Raffaele Turro, Milano

Introduzione: l'attacco di panico (AP) è un fenomeno psicopatologico caratterizzato da un coinvolgimento della componente emotiva soprattutto somatica con l'attivazione di una reazione di adattamento (coping) che può favorire o meno lo sviluppo di un Disturbo di Panico (DP). L'eterogeneità della risposta dei soggetti agli AP sostiene l'idea di differenti strategie di coping. Stante queste considerazioni è plausibile ipotizzare che le strategie di coping utilizzate dai soggetti con AP siano in relazione con la loro Intelligenza Emotiva (EI), intesa come costrutto legato alle capacità adattive dell'individuo all'ambiente esterno ed interno, rendendo quindi pertinente la valutazione di questi costrutti nel DP. Scopo dello studio è verificare se sussiste una relazione tra le strategie di coping nei soggetti con DP, anche in relazione alla componente agorafobia, e la loro EI.
Metodologia: 24 pazienti con DP e 24 controlli sani sono stati sottoposti ad una batteria di scale per la misurazione della Intelligenza Emotiva (MSCEIT), delle strategie di coping (COPE) e dell'agorafobia (MIA)
Risultati: la componente strategica dell'EI ha mostrato punteggi inferiori nei soggetti con DP rispetto ai controlli (79,7 *vs.* 86,8, z = -2,8, p < ,006) con particolare riferimento al ramo della "comprensione emotiva"(78,5 *vs.* 87,6, z = -2,8, p < ,006). I pazienti con DP hanno mostrato inoltre di utilizzare più strategie di coping "negative" rispetto a quelle "positive". Si osserva una correlazione negativa tra il "quoziente intellettivo strategico" e il fattore coping "religione" (R= -,53, p < ,008). Infine abbiamo osservato nel campione clinico una correlazione negativa tra la componente dell'EI "percezione delle emozioni" e i punteggi dell'agorafobia (R= -,54, p < ,007).
Conclusioni: qualora studi futuri confermassero la relazione tra alcuni aspetti dell'EI e il DP, un training rivolto allo sviluppo dell'EI, potrebbe diventare una delle componenti nel progetto terapeutico di questi pazienti.

196. Olanzapina vs. risperidone nel DOC resistente: uno studio di 8 settimane, open label, randomizzato in singolo cieco

E. Pessina, U. Albert, G. Maina

Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: una percentuale compresa tra il 40 e il 50% dei pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) non risponde o manifesta una risposta clinicamente insoddisfacente al trattamento con gli inibitori del re-uptake della serotonina (SRI). Tra le opzioni terapeutiche più utilizzate per ottene-

re la risposta anche in questi pazienti vi è il potenziamento della terapia serotoninergica con antipsicotici a basso dosaggio. I primi dati positivi riguardanti l'aloperidolo sono stati successivamente affiancati da studi che hanno analizzato l'impiego degli antipsicotici di seconda generazione. Attualmente una serie di studi randomizzati e controllati hanno confermato l'efficacia terapeutica nel trattamento del DOC resistente di olanzapina e risperidone. Mancano tuttavia in letteratura studi che abbiano confrontato questi due farmaci per evidenziare la presenza di eventuali differenze di efficacia o di tollerabilità.
Scopo dello studio: confrontare l'efficacia di olanzapina e risperidone a basso dosaggio nel potenziamento della terapia serotoninergica in un campione di pazienti ossessivo-compulsivi resistenti al trattamento.
Materiali e metodi: sono stati reclutati nello studio 50 pazienti affetti da DOC (in accordo ai criteri del DSM-IV-TR) che avevano mancato di rispondere ad un trial farmacologico con SRI della durata di 16 settimane. La mancata risposta è stata valutata come una riduzione del punteggio iniziale della Y-BOCS inferiore al 35%. I 50 pazienti sono stati assegnati mediante randomizzazione ad un potenziamento in aperto con olanzapina (da 2,5 a 5 mg/die) o con risperidone (da 1 a 3 mg/die) della durata di 8 settimane, mantenendo invariato il dosaggio del trattamento con SRI. I pazienti sono stati valutati ogni due settimane fino al termine dello studio. La gravità sintomatologica è stata misurata mediante l'uso della Y-BOCS e della CGI.
Risultati: 25 pazienti sono stati assegnati al potenziamento con olanzapina e 25 al potenziamento con risperidone. La dose media di 2,1 ± 0,6 mg/die per il risperidone e di 5,3 ± 2,6 mg/die per l'olanzapina. Sia i pazienti assegnati al risperidone che all'olanzapina hanno manifestato un miglioramento significativo al termine delle otto settimane come dimostrato dall'ANOVA per i punteggi alla Y-BOCS (risperidone $F = 7,560$, $p < 0,0001$; olanzapina $F = 8,911$ $p < 0,0001$). Al termine dello studio non si sono osservate differenze significative in termini di riduzione ai punteggi alla Y-BOCS, e alla CGI tra risperidone e olanzapina come dimostrato dall'ANCOVA. Anche i tassi di risposta ai due trattamenti (riduzione alla Y-BOCS ≥ 35%; CGI-I = 2) sono risultati sovrapponibili: 50% per il risperidone e 57,1% per l'olanzapina; $p = 0,763$. Le uniche differenze riscontrate hanno riguardato gli effetti collaterali: nei pazienti trattati con risperidone si è verificata con magior frequenza irrequietezza (24% *vs.* 0%; $p = 0,022$) e amenorrea (66,7% *vs.* 10%; $p = 0,020$). Nei pazienti trattati con olanzapina si è verificato più frequentemente aumento di peso (52% *vs.* 16%; $p = 0,016$).
Conclusioni: le due metodiche di potenziamento hanno dimostrato un'efficacia comparabile sia in termini di riduzione dei sintomi che di numero di pazienti responder. Le uniche differenze riguardano il profilo di collateralità.

197. Ospedalizzazione del paziente ossessivo-compulsivo. Esistono delle caratteristiche predittive?

E. Pessina, G.F. Asinari, U. Albert, G. Maina

Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: secondo la maggior parte degli Autori il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) avviene di norma in regime ambulatoriale. In letteratura viene spesso citato, però, il ricovero ospedaliero come opzione utile e talora necessaria per la gestione e la cura temporanea del paziente più grave. I fattori più spesso associati al ricovero ospedaliero del paziente con DOC sono i seguenti: grave depressione associata, scarso supporto psicosociale, famiglia ipercoinvolta nella sintomatologia, resistenza alla terapia. Sono però scarsi i lavori che presentano in modo specifico un confronto tra un campione di pazienti ossessivo-compulsivi in trattamento esclusivamente ambulatoriale e un campione di soggetti affetti dallo stesso disturbo ma trattati in regime ospedaliero.
Scopo dello studio: lo scopo di questo lavoro è stato quello di mettere a confronto le caratteristiche socio-demografiche e cliniche di un campione di pazienti affetti da DOC che avevano subito almeno un ricovero in un reparto di psichiatria rispetto a pazienti con DOC che non erano mai stati ricoverati. Si è inteso in questo modo cercare di evidenziare le caratteristiche che determinano il ricovero di un paziente ossessivo-compulsivo.
Materiali e metodi: sono stati posti a confronto due campioni di pazienti ossessivo-compulsivi. Il primo campione è costituito da pazienti affetti da DOC in accordo con i criteri del DSM-IV afferiti consecutivamente all'ambulatorio del Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino in un periodo di 10 anni (gennaio 1994-dicembre 2005). I pazienti sono stati inclusi nel campione se nella loro anamnesi non risultava nessun ricovero in un reparto psichiatrico. Il secondo campione è costituito da pazienti ossessivo-compulsivi con in anamnesi un ricovero. I dati sono stati ottenuti mediante un'analisi retrospettiva condotta sulle cartelle cliniche di tutti i pazienti ricoverati presso la Clinica Psichiatrica Universitaria di Torino nello stesso periodo di 10 anni con una diagnosi principale di DOC.
Un confronto statistico tra i due campioni di pazienti è stata effettuata per esaminare se fossero presenti differenze nelle caratteristiche socio-demografiche o cliniche (includendo le comorbidità di Asse I). Il confronto tra gruppi delle variabili categoriali è stato effettuato con l'impiego del test del chi quadro di Pearson. Le variabili continue sono state confrontate con l'impiego del test t di Student.
Risultati: il campione totale di pazienti è risultato costituito da 335 soggetti affetti da DOC. Di questi, 201 (60 %) avevano in anamnesi almeno un ricovero, 134 (40%) non avevano mai subito un ricovero. Per quanto riguarda le variabili sociodemografiche i pazienti ricoverati risultano avere una scolarità media inferiore rispetto ai pazienti non ricoverati (9,5 *vs.* 12,5 aa, $p < 0,0001$) e una più alta percentuale di disoccupazione (41,8% *vs.* 24,6%, $p = 0,005$). Per quanto riguarda le caratteristiche cliniche i pazienti ricoverati presentavano più alti tassi di comorbidità sia attuale che lifetime con antri disturbi di Asse I (attuale: 91,5% *vs.* 63,4%; $p < 0,0001$, lifetime 95,5% *vs.* 73,1%; $p < 0,0001$). In particolare nei pazienti ricoverati vi era una significativamente più alta comorbidità con disturbi dell'umore e con abuso di sostanze. Nei pazienti con anamnesi negativa di ricovero vi era invece una più alta prevalenza di comorbidità per disturbi d'ansia. I pazienti ricoverati presentavano inoltre una più alta ideazione suicidaria rispetto ai pazienti mai ricoverati (28,9% *vs.* 14,9%; $p = 0,004$).

Conclusioni: l'ospedalizzazione dei pazienti affetti da DOC, sulla base dei dati del nostro campione è un fenomeno non raro. Fattori che si associano all'ospedalizzazione sono la comorbidità con altri disturbi di Asse I (in particolare disturbi dell'umore), una bassa scolarità, un maggiore disagio psicosociale (come sembrerebbe indicare il più alto tasso di disoccupazione e di abuso di sostanze).

198. Disturbo di Panico con Agorafobia: Profili Psicodiagnostici e Psicofisiologici

A. Petito[1], A. Bellomo[1], A. De Rosas[2], M. Altamura[2], G. Cibelli[2], A. Federici[3], M. Nardini[4]

[1] Dipartimento di Scienze Biomediche, Università di Foggia; [2] Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Università di Foggia; [3] Dipartimento di Farmacologia e Fisiologia Umana, [4] Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Università di Bari

L'obiettivo di questo studio è tracciare un profilo psicodiagnostico e psifisiologico in pazienti con Disturbo di Panico (DP) mediante valutazioni neurovegetative, cliniche e di personalità.
Metodologia: valutazione del profilo psicofisiologico e psicopatologico di 15 PD e 20 controlli (C) mediante poligrafia della frequenza cardiaca, della conduttanza elettrica e temperatura cutanea, del fotopletismogramma, della respirazione mediante pneumogramma e dell'intervallo R-R ricavato dall'ECG. Somministrazione della SCID e delle rating scales: SDS, SAS di Zung, STAI, COPE inventory, 16PF.
Risultati: i DP dimotravno livelli più elevati di ansia rispetto ai C. Lo stile di coping dei DP era orientato ad un maggiore disimpegno comportamentale. Alla poligrafia nei DP, dopo rilassamento, risultava predominanza ortosimpatica rispetto ai C, ma in corso di stress mentale (backwards digit recall) la risposta ortosimpatica era inferiore.
Conclusioni: i maggiori livelli di ansia sono coerenti con la riscontrata predominanza ortosimpatica a riposo. È di rilievo il risultato che il disimpegno comportamentale che emerge dallo stile di coping appare coerente con la minore responsività neurovegetativa allo stress.

Bibliografia

Ekeberg O. et al. *Sympathetic reactivity in agoraphobic patients with and without personality disorders*. Journal of Psychosomatic Research 2003;54:457-63.

199. Disturbo di panico e psicopatologia affettiva sottosoglia

S. Piccini Simi

Psichiatra

Introduzione: negli ultimi anni la letteratura psichiatrica ha rivolto la sua attenzione al concetto di psicopatologia sottosoglia, con l'intento di cogliere anche quei sintomi sfumati, che da soli o insieme ad altri si presentano anche al di fuori delle fasi di malattia piena e/o del quadro psicopatologico dominante. L'individuazione di questi, che si possono definire come sintomatologia sottosoglia, può infatti raffinare notevolmente l'inquadramento del disturbo ma soprattutto della persona nel suo complesso, offrendo strumenti prognostici e terapeutici più precisi nella finalità di un miglioramento globale della qualità di vita del paziente. In particolare la psicopatologia affettiva sottosoglia viene individuata attraverso lo studio dei Temperamenti Affettivi (Akiskal, 2001) e dello Spettro Sottosoglia dell'Umore (Cassano,1999), la cui presenza sembra influire notevolmente sul decorso, sulla prognosi di alcuni disturbi e sulla scelta terapeutica più indicata (Cassano, Dell'Osso, Frank, Miniati, Fagiolini et al., 1998).
Scopo: Lo scopo di questo lavoro è analizzare le possibili relazioni intercorrenti tra psicopatologia sottosoglia dell'umore e Disturbo di Panico, al fine di ampliare ed approfondire la conoscenza della clinica di tale disturbo. L'obiettivo è inoltre quello di comprendere se, in un'ottica più complessa, eventuali tratti temperamentali e di psicopatologia affettiva sottosoglia costituiscano una vera e propria comorbidità latente e possano influenzare il decorso e la terapia del disturbo.
Materiali e metodi: è stato analizzato un campione di 28 pazienti, di cui 15 donne e 13 maschi, reclutati presso gli ambulatori della Psichiatria Universitaria di Siena nell'intervallo di tempo della durata di due mesi.
In ogni paziente è stata valutata la presenza di un temperamento affettivo attraverso la Scala dei Temperamenti Affettivi di Akiskal e Mallya (TEMPS-A); la presenza di uno spettro dell'umore, utilizzando il Questionario dello Spettro dell'Umore di Cassano (MOODS-SR) e la gravità del disturbo di panico attraverso il Questionario per la valutazione della gravità del Disturbo di Panico (PDSS).
Risultati e conclusioni: dalle analisi statistiche effettuate sono risultate correlazioni significative tra la gravità dei sintomi del Disturbo di Panico e la presenza sia di un temperamento depressivo, sia di positività allo spettro dell'umore. Inoltre è emerso un campione di pazienti con caratteristiche cliniche atipiche di età all'esordio, durata del disturbo e resistenza alla terapia rispetto a quanto riportato classicamente dalla letteratura sul Disturbo di Panico. Questi dati, per quanto preliminari, sembrano indicare un ruolo importante della psicopatologia affettiva sottosoglia nel condizionare le manifestazioni del Disturbo di Panico e suggerire scelte terapeutiche ancora più mirate e personalizzate.

Bibliografia

Akiskal. *Disthymia and Ciclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin,* Journal of Affective Disorders 2001;62:17-31.

Cassano, Frank et al. *The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methology*. Jornal of Affective Disorders 1999;54:319-28.

200. Valutazione a lungo termine del BDNF in pazienti affetti da Depressione Maggiore con e senza comorbidità per Disturbo di Panico

A. Piccinni, A. Del Debbio, E. Schiavi, A. Palla, A. Veltri, A. Mariotti, C. Bianchi, I. Roncaglia, M. Catena, L. Dell'Osso

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Studi recenti evidenziano ridotti livelli sierici di BDNF in pazienti depressi *drug-free* rispetto a controlli sani, mentre il trattamento antidepressivo ne determina un incremento. Livelli sierici di BDNF ridotti si riscontrano anche in pazienti con Disturbo di Panico *non-responders* ai trattamenti. Scopo dello studio è valutare i livelli plasmatici e sierici di BDNF in pazienti depressi trattati farmacologicamente durante un *follow-up* naturalistico di 1 anno e ricercare differenze significative nei livelli medi di BDNF tra i sottogruppi di pazienti con e senza comorbidità *lifetime* per Disturbo di Panico.
I livelli sierici e plasmatici di BDNF sono stati misurati con *kit* ELISA in 15 pazienti depressi *drug-free* e 15 controlli sani. I dosaggi e le valutazioni cliniche con le scale HAM-D, HAM-A, MADRAS, CGI, sono stati effettuati a 2 settimane, 1, 3, 6 e 12 mesi di *follow-up*.
I valori sierici e plasmatici di BDNF al *baseline* nei pazienti sono significativamente inferiori rispetto ai controlli. Nel corso del *follow-up* i livelli medi di BDNF plasmatico aumentano significativamente con il miglioramento della sintomatologia, mentre l'andamento dei valori sierici non mostra variazioni significative rispetto al *baseline*. I pazienti depressi con comorbidità *lifetime* per Disturbo di Panico presentano valori plasmatici medi significativamente inferiori rispetto ai pazienti depressi senza comorbidità.
Il livello plasmatico di BDNF correla con il decorso clinico della depressione e potrebbe rappresentare un *marker* di stato della malattia. I livelli di BDNF più bassi nei pazienti con la comorbidità depressione-panico potrebbero essere
Il livello plasmatico di BDNF correla con il decorso clinico della depressione e potrebbe rappresentare un *marker* di stato della malattia. I livelli di BDNF più bassi nei pazienti con la comorbidità depressione-panico potrebbero essere determinati da uno specifico assetto genetico individuale.

201. Qualità della vita in pazienti bipolari I in fase di remissione

A. Piccinni, A. Del Debbio, A. Veltri, M. Catena, E. Schiavi, A. Palla, I. Roncaglia, A. Mariotti, C. Bianchi, S. Pini, D. Marazziti, L. Dell'Osso

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Negli ultimi anni la qualità di vita correlata alla salute (HR-QoL) ha assunto un ruolo sempre maggiore come criterio di *outcome* nella valutazione di pazienti bipolari. Scopo del presente studio è caratterizzare la HR-QoL e il funzionamento di pazienti bipolari I in remissione.
In accordo con i criteri di remissione del DSM-IV-TR, 90 pazienti sono stati suddivisi in 4 gruppi: pazienti in remissione completa (gruppo 1), in remissione da meno di 2 mesi (gruppo 2), in remissione da più di 2 mesi ma con sintomi maniacali persistenti (gruppo 3), in remissione da più di 2 mesi ma con sintomi depressivi persistenti (gruppo 4). La gravità della sintomatologia affettiva è stata valutata con la *Beck Rafaelsen Mania-Melancholia Scale* (BRMMS). La HR-QoL, il funzionamento e l'*insight* sono stati determinati rispettivamente con la MOS-SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 items Short Form*), la GAF (*Global Assessment of Functioning*) e la SUMD (*Scale to assess Unawareness of mental disorders*).
Il gruppo 1 ha ottenuto punteggi più alti in quasi tutti i domini della MOS-SF-36 e significativamente più alti nei domini Funzionamento Fisico, Condizioni Generali di Salute, Funzionamento Sociale e Salute Mentale rispetto al gruppo 4. Il gruppo 3 ha ottenuto punteggi significativamente più alti nei domini Stato Generale di Salute, Vitalità e Salute Mentale rispetto al gruppo 4, mentre non sono state riscontrate differenze alla GAF. Il gruppo 1 ha ottenuto punteggi alla GAF maggiori rispetto agli altri gruppi.
Il raggiungimento della remissione completa appare fondamentale per un completo recupero funzionale. La persistenza di sintomi maniacali o depressivi sembra, comunque, influenzare la valutazione *self-report* della qualità di vita e spiega la differenza tra percezione soggettiva e valutazione oggettiva del funzionamento dei pazienti.

202. Profilo neuropsicologico quale possibile endofenotipo del Disturbo Ossessivo-Compulsivo

M. Piccinni, S. Tamburini, P. Mosini, P. Cavedini, L. Bellodi

Istituto Scientifico San Raffaele, Ospedale San Raffaele Turro, Università Vita Salute San Raffaele, Facoltà di Psicologia

L'intento dello studio è la dissezione di alcuni aspetti inerenti il concetto di familiarità nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC). L'ipotesi iniziale è la verifica della presenza nei familiari di pazienti affetti da DOC, di prestazioni scadenti in alcuni test neuropsicologici paragonando le prestazioni a quelle di un gruppo di soggetti sani di controllo e a quelle dei loro familiari al fine di poter delineare un ipotetico endofenotipo candidato di tipo neuropsicologico che meglio descriva la familiarità nel DOC. L'endofenotipo è rappresentato da tratti neuropsicologici, neurofisiologici e neuroanatomici che possono essere d'aiuto alla ricerca sulle varie componenti della predisposizione genetica ad un disturbo. L'obiettivo è di valutare i familiari di primo grado dei pazienti DOC per delineare un ipotetico deficit comune delle funzioni esecutive che possa quindi rappresentare l'endofenotipo candidato di tipo neuropsicologico.
Materiale e metodo: il campione è composto da 36 soggetti, 18 DOC e 18 CTR. Sono stati valutati 28 familiari di primo grado dei pazienti DOC e 34 familiari di primo grado dei CTR. La batteria testale neuropsicologica utilizzata è composta dall'Iowa Gambling Task, dal Wisconsin Card Sorting Test e dalla Torre di Hanoi.
Conclusioni: i risultati mostrano un profilo decisionale deficitario nei DOC e nei loro familiari; a differenza dei CTR

in cui non si è evidenzia questo scadimento di prestazione. La similitudine riscontrata indica la probabile identificazione di un endofenotipo neuropsicologico valido, che andrebbe ulteriormente indagato.

203. Indagine fMRI sulle differenze di attivazione cerebrale durante il riconoscimento di differenti emozioni espresse dal volto

M. Piccirilli[*], L. Scarponi[*], D. Araco[*], R. Quartesan[*], M. Muti[**], A. Di Renzo[*], S. Caproni[**], M. Principi[**], P. Ottaviano[**]

[*] Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica, Università di Perugia; [**] Dipartimento di Diagnostica per Immagini, Azienda Ospedaliera di Terni

Introduzione: la risonanza magnetica funzionale (fMRI), consentendo di visualizzare le strutture cerebrali attive durante lo svolgimento di un compito, può essere utilizzata anche per lo studio della componente emozionale del comportamento umano. Scopo del presente lavoro è valutare se il riconoscimento di emozioni positive (come la gioia) e negative (come la paura) necessiti o no di reti neuronali differenziate.
Metodologia: sette volontari (età media 25.1 anni) hanno eseguito una fMRI (1,5 Tesla) durante l'esecuzione di un compito di riconoscimento di volti. Gli stimoli, derivati dalla serie di Ekman e Friesen, vengono presentati secondo due modalità sperimentali nel corso della medesima seduta: nella presentazione a blocchi, volti che esprimono emozioni vengono alternati a volti inespressivi (12 blocchi, ciascuno di 21 sec), nella sequenza evento-relata, 84 stimoli vengono presentati in ordine casuale. Il disegno a blocchi viene utilizzato per visualizzare le strutture cerebrali deputate all'elaborazione delle emozioni, quello evento-relato per valutare differenze di attivazione nel riconoscimento delle emozioni positive e negative.
Risultati: il riconoscimento emozionale correla con l'attivazione di un circuito costituito da amigdala, insula, corteccia cingolata anteriore, corteccia orbito-frontale mediale. L'area cingolata anteriore appare significativamente più attiva durante il riconoscimento delle emozioni negative.
Conclusioni: all'elaborazione delle informazioni con valenza emozionale sembra deputato un sistema neuronale multicomponenziale. La fMRI può contribuire a valutarne l'eventuale compromissione e a definire nuovi markers neurobiologici nell'ambito delle patologie psichiatriche.

Bibliografia

Ekman P, Friesen WV. *Manual for the Facial Action Coding System*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press 1977.
Piccirilli M. *Dal cervello alla mente.* Perugia: Morlacchi, 2006 (www.dalcervelloallamente.com).

204. Utilizzo di Aripiprazolo nelle gravi cerebrolesioni acquisite: un case report

S. Piccoli, F. Zonta, A. Martinuzzi, G. Perini

IRCCS " E. Medea" Polo Veneto, Pieve di Soligo (TV); Clinica Psichiatrica III, Dipartimento di Neuroscienze, Università Padova

Riportiamo il caso di Luca, 28 anni, che a causa di un incidente stradale occorso in data aprile 2006 riporta un grave trauma cranio-encefalico. Dopo un periodo di coma di circa 20 giorni, viene trasferito in reparto per la riabilitazione. Il neuroimaging (PET) rivela un diffuso ipometabolismo corticale, con relativo risparmio di alcune regioni.
Dopo alcuni mesi, all'arrivo presso l'IRCCS "E. Medea", Pieve di Soligo, il quadro è caratterizzato da una marcata inerzia psicomotoria, intervallata da comportamenti di tipo oppositivo. Il paziente è cognitivamente molto compromesso: nei massimi picchi attentivi e solo se stimolato comunica verbalmente con brevi frasi ed esegue ordini semplicissimi.
Per modificare il quadro comportamentale, sono stati seguiti diversi approcci terapeutici tra cui, ad esempio, SSRI, carbamazepina, venlafaxina e reboxetina, senza che nessuno avesse dato risultati significativi. A gennaio 2007, si inizia terapia con Aripiprazolo a 10 mg e si somministra la SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms) per la valutazione basale. La scala di valutazione viene ripetuta a marzo, maggio e settembre.
I risultati in linea generale evidenziano un miglioramento del quadro comportamentale, soprattutto per quello che riguarda l'attenzione e l'affettività che diventa progressivamente più adeguata. Anche l'eloquio e i contenuti seguono un'evoluzione positiva.
Successivamente a questo caso, altri pazienti con quadri clinici sovrapponibili sono stati trattati con Aripiprazolo.

205. Psicopatologia, attitudini alimentari e deficit di massa ossea in pazienti amenorroiche affette da disturbi alimentari restrittivi

A. Pierò, A. Brustolin, S. Campisi, A. Palma, S. Bergese, S. Preda, G. Abbate-Daga, S. Fassino

Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Neuroscienze, SCDU di Psichiatria-Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare

Introduzione: nell'Anoressia Nervosa (AN) è frequente il deterioramento osseo. Un ruolo importante in tale fenomeno è giocato dall'amenorrea [1]. Più recentemente il ruolo della nutrizione e della psicopatologia depressiva [2] è stato approfondito. Invece poco si consosce riguardo ai fattori correlati alla perdita ossea nei Disturbi Alimentari atipici (ED-NOS) con amenorrea.
Metodi: 90 donne con AN e 106 donne con ED-NOS con BMI inferiore a 20 (kg/m^2) sono state valutate sia per l'anamnesi alimentare e lo stato nutrizionale, che per le attitudini alimentari e per il livello di psicopatologia attraverso interviste cliniche e test psicometrici psychometric test (Eating Disorder Inventory 2 [EDI-2], Beck Depression Inventory [BDI]). In tutti i soggetti la densità ossea è stata valuta-

ta attraverso il metodo DEXA (dual-energy x-ray absorptiometry). In base agli score T e Z (in accordo all'età) il campione è stato diviso in tre gruppi: densità normale (ND), osteopenia (OP), e osteoporosi (OS).
Risultati: nel campione totale il 77% ha un T score < -1. I gruppi OP e OS hanno un BDI totale maggiore, un BMI attuale minore, un minor peso all'esordio e lifetime rispetto al gruppo ND. Una più lunga durata di malattia è associata ad un danno osseo più severo. Le attitudini alimentari non differsicono tra i tre gruppi. Emergono alcune differenze nella diagnosi ma correlate ai differenti livelli di BDI e BMI.
Conclusioni: sintomi depressivi sembrano essere confermati come un importante correlato del deficit osseo anche in pazienti affette da EDNOS. Pertanto anche in presenza di EDNOS, un intervento precoce e combinato dovrebbe essere effettuato in soggetti con restrizioni alimentari e amenorrea al fine di ridurre il rischio di gravi complicanze ossee.

Bibliografia

1 Grinspoon S, Miller K, Coyle C, Krempin J, Armstrong C, Pitts S, Herzog D, Klibanski A. *Severity of osteopenia in estrogen-deficient women with anorexia nervosa and hypothalamic amenorrhea*. J Clin Endocrinol Metab 1999;84:2049-55.
2 Konstantynowicz J, Kadziela-Olech H, Kaczmarski M, Zebaze RM, Iuliano-Burns S, Piotrowska-Jastrzebska J, Seeman E. *Depression in anorexia nervosa: a risk factor for osteoporosis*. J Clin Endocrinol Metab 2005;90:5382-5.

206. Eventi di vita, attitudini alimentari e psicopatologia in 2207 donne obese con e senza Binge Eating Disorder (BED)

A. Pierò[*] [**], S. Fassino[**], G. Castelnuovo[*], V. Villa[*], E. Molinari[*]

[*] *Servizio di Psicologia, IRCSS Istituto Auxologico Italiano, Ospedale "San Giuseppe" Piancavallo, Verbania;* [**] *Università di Torino, Dipartimento di Neuroscienze, Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare*

Introduzione: recenti studi hanno indicato la presenza nel BED [1] di un maggior numero di eventi di vita associati all'esordio del disturbo rispetto a controlli sani. Negli ultimi anni si è diffusa l'opinione che gli obesi BED si distinguano chiaramente dagli obesi non BED per comorbidità psichiatrica, aggregazione familiare [2], qualità della vita e tratti di personalità. Rispetto agli eventi di vita invece la letteratura è ancora scarsa.
Metodi: in un ampio campione di donne obese (N = 2207) ricoverate presso l'Ospedale San Giuseppe affette da Obesità con o senza BED (2002- 2005) sono state registrate una serie di notizie anamnestiche e di dati clinici riguardanti lo stile alimentare, e sono stati somministrati i seguenti test psicometrici: SCL-90R per la psicopatologia generale, EDI-2 per le attitudini aliementari, BITE per la compulsione verso il cibo. È stata condotta una regressione logistica stepwise forward con Eventi di Vita SI/No come variabile dipendente.
Risultati: un modello finale con cinque predittori di eventi di vita associati al all'esordio che classifica correttamente l'87% dei soggetti è emerso: diagnosi di BED, età esordio più tardiva, una maggiore sensibilità interpersonale, un generale maggior livello di psicopatologia e una peggiore consapevolezza enterocettiva sono associati alla presenza in anmnesi di almeno un evento di vita.
Conclusioni: soggetti che riferiscono eventi di vita come associati all'esordio dei problemi con il cibo o il peso sarebbero portatori di un nucleo psicosomatico e di vulnerabilità allo stress, almeno in parte dipendente anche da un maggior livello di psicopatologia non alimentare.

Bibliografia

1 Pike KM, Wilfley D, Hilbert A, Fairburn CG, Dohm FA, Striegel-Moore RH. *Antecedent life events of binge-eating disorder*. Psychiatry Res 2006;142:19-29.
2 Hudson JI, et al. *Binge-Eating Disorder as a Distinct Familial Phenotype in Obese Individuals*. Arch Gen Psychiatry 2006;63:313-9.

207. Studio di confronto fra quetiapina e aloperidolo nel trattamento dei sintomi psicotici e comportamentali (BPSD) associati a demenza tipo alzheimer

O. Piperopoulos, E. Fragkou, Verni L, D. Ussorio, M. Mazza, R. Roncone, R. Pollice

Cattedra di Clinica Psichiatrica, Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università L'Aquila

Introduzione: la maggior parte dei pazienti affetti da Demenza manifesta agitazione, aggressività, allucinazioni, deliri ed altri sintomi psico-comportamentali durante il corso della malattia. I farmaci antipsicotici sono frequentemente impiegati nel trattamento di questi sintomi, in associazione ad interventi non-farmacologici psicosociali.
Nell'ultima decade, i nuovi antipsicotici atipici (ATPsA) hanno ampiamente sostituito gli antipsicotici tradizionali (ATPs) nel trattamento dei sintomi psico-comportamentali associati a Demenza (BPSD). Il maggior utilizzo degli ATPsA sarebbe giustificato da una loro migliore tollerabilità rispetto agli ATPs, soprattutto in relazione ad una minore incidenza di effetti collaterali ed eventi avversi (ad esempio, acatisia, parkinsonismo, discinesia tardiva, confusione, ipotensione ortostatica e disturbi della conduzione del ritmo cardiaco) nel corso del loro utilizzo.
Numerosi studi controllati hanno dimostrato che la Quetiapina è un farmaco efficace come gli altri antipsicotici, comunemente utilizzati in psichiatria e possiede un profilo interessante rispetto alla relativa tollerabilità degli effetti collaterali.
Scopo del nostro lavoro è stato quello di valutare l'efficacia clinica della quetiapina sulla sintomatologia psico-comportamentale in pazienti affetti da Demenza tipo Alzheimer rispetto ad un trattamento con aloperidolo.
Materiali e Metodi: il campione preso in esame comprendeva 48 soggetti (28 F; 20 M), con un'età media di 74,75 anni (DS 7,11; range 60-86 anni) affetti da demenza di tipo Alzheimer con sintomi psico-comportamentali, in trattamento con inibitori delle acetilcolinesterasi (Donepezil). Dei 48 pazienti in studio, 24 pazienti (gruppo Q) seguivano inoltre terapia con Quetiapina (100 mg/die) e 24 (gruppo A) con Aloperidolo (5 mg/die).
Tutti i pazienti, all'ingresso (T0), dopo 3 mesi (T1) e dopo 6 mesi (T2), sono stati sottoposti ad un'indagine clinica e funzionale attraverso i seguenti strumenti di valutazione: Mini Mental State Examination (MMSE), Activity of Daily Living (ADL) e Neuropsychiatric Inventory (NPI).

I dati sono stati analizzati attraverso il test non parametrico Wilcoxon-test. Il confronto tra i due gruppi è stato effettuato attraverso il t-test per campioni indipendenti.
Risultati: in ambedue i gruppi, abbiamo evidenziato, rispetto all'ingresso, un miglioramento statisticamente significativo del punteggio medio totale della NPI, sia al follow-up a T1 che al follow-up a T2. Il confronto tra i due gruppi, tuttavia, ha mostrato che il gruppo Q aveva un miglioramento del punteggio medio della NPI significativamente maggiore rispetto al gruppo A, sia al follow-up a 3 mesi che a quello a 6 mesi.
Conclusioni: i risultati ottenuti evidenziano come la Quetiapina possa essere un valido presidio terapeutico nel trattamento a breve e a medio termine della Demenza di tipo Alzheimer associata a sintomi psicotici e comportamentali. Sono necessari una maggior numerosità del campione e studi controllati e/o a lungo termine per permettere più solide indicazioni di trattamento.

Bibliografia

Ballard C, Waite J. *The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease*. Cochrane Database Syst Rev 2006;25:CD003476.

Devanand DP, Marder K, Kristin S. et al. *A Randomized, Placebo-Controlled Dose-Comparison Trial of Haloperidol for Psychosis and Disruptive Behaviors in Alzheimer's Disease*. Am J Psychiatry 1998;155:1512-20.

Tariot PN, Schneider L, Katz IR, Mintzer JE, Street J, Copenhaver M, Williams-Hughes C. *Quetiapine treatment of psychosis associated with dementia: a double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial*. Am J Geriatr Psychiatry 2006;14:767-76.

208. Effetto di ziprasidone sul rilascio stress-indotto di dopamina in correlazione con un classico modello sperimentale di ansia

L. Pira[*], C. Pisu[*], S. Marcello[*], L. Pani[* **]

[*] *PharmaNess Scarl Edificio 5, Parco Tecnologico, Sardegna Ricerche, Pula (Cagliari);* [**] *Istituto Tecnologie Biomediche, Milano, Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR)*

L'effetto della somministrazione dell'antipsicotico atipico ziprasidone sulla risposta dei neuroni dopaminergici mesocorticali allo stress, è stato studiato in topi C57B16/N mediante la metodica della microdialisi. Inoltre, gli effetti di ziprasidone sono stati valutati in un classico paradigma d'ansia: il Vogel conflict-drinking test.
La somministrazione acuta di ziprasidone ha prodotto un marcato aumento dei livelli extracellulari di dopamina rispetto ai valori basali, mentre il veicolo non ha modificato tali livelli. La successiva esposizione al foot-shock stress ha prodotto un marcato aumento dei livelli di dopamina rispetto ai basali, negli animali trattati con veicolo (sia in acuto, sia in subcronico), ma non ha determinato ulteriori aumenti negli animali pre-trattati con ziprasidone. Il trattamento subcronico di ziprasidone ha marcatamente ridotto l'effetto del foot-shock stress osservato nei controlli.
Nel conflict-drinking test, gli animali pre-trattati con l'ansiolitico di riferimento diazepam hanno ricevuto un numero di scosse associate alla bevuta d'acqua significativamente maggiore rispetto ai controlli. La somministrazione, sia acuta sia subcronica, di ziprasidone ha determinato una tendenza (non statisticamente significativa) all'aumento del numero di scosse accettate.
Questi risultati indicano un marcato effetto antistress associato ad una tendenza statisticamente non-significativa ad un effetto ansiolitico di ziprasidone. Un trattamento più prolungato o l'utilizzo di differenti test comportamentali potrebbe evidenziare un potenziale effetto ansiolitico.

209. Rilievi metabolici in soggetti con DOC

E. Pistorio, V. Caudullo, A. Luca, M. Cristofolini, C. Calandra

Azienda Ospedaliero-Universitaria, Policlinico "G. Rodolico", Catania; U.O. Complessa Clinica Psichiatrica

Introduzione: diversi studi rilevano una comorbilità tra disturbi d'ansia e iperlipidemia, in particolare è stato riscontrato un aumento dei trigliceridi e del colesterolo LDL. È stata condotta una osservazione, con modalità retrospettiva, sul metabolismo lipidico in soggetti affetti da DOC allo scopo di mettere in relazione l'assetto lipidico di tali soggetti con la gravità della patologia.
Metodologia: nell'indagine sono state esaminate cartelle cliniche di Day Hospital e di ricoveri ordinari, relative al quinquennio 2000-2005. Le cartelle con diagnosi di DOC erano in tutto 150, di cui 79 donne e 71 uomini, in età compresa tra i 18 e i 54 anni.
Risultati: in 108 individui con DOC cronicizzato da almeno dieci anni, tenendo conto del fattore età, era presente una colesterolemia superiore ai 250 mg/dl e una trigliceridemia superiore ai 180 mg/dl, nei rimanenti si riscontrava o una ipercolesterolemia o una ipertrigliceridemia o valori normali.
Discussione: sebbene non si hanno ancora risposte precise per indicare una associazione costante tra disturbi d'ansia e iperlipidemie, questo studio fornisce un contributo per una associazione positiva tra le due condizioni patologiche.
Conclusioni: si aprono ulteriori domande su quella che potrebbe essere l'azione dell'ansia sul metabolismo lipidico.

Bibliografia

Agarun MY, Dulger H, et al. *Serum lipid Concentration in obsessive-compulsive disorder with and without panic attacks*. Can J Psychiatry 2004;49.

Chen CC, Huang TL. *Association of serum lipid profiles with depressive and anxiety disorders in menopausal women*. Chang Gung Med J 2006;29:325-30.

210. Spettro Psicotico nei pazienti con e senza disturbo da uso di Sostanze

L. Piz, O. Bacci, G. Macchia, V. Mastria, F. Milani, M. Milianti, G. Massei, F. Raimondi, S. Spagnolli, L. Ravani, G.J. Massei, A. Benvenuti, C. Gonnelli, P. Rucci, J.V. Bizzarri [*], M. Miniati, A. Sbrana, G.B. Cassano

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; [*] *Servizio per le Dipendenze (SerT), Azienda Sanitaria di Bolzano*

Introduzione: la relazione fra quadri psicotici ed abuso di sostanze appare scarsamente indagata dalla letteratura psi-

chiatrica; pazienti schizofrenici presentano doppia diagnosi nel 47% dei casi e circa il 60% dei pazienti bipolari abuso di sostanze [1]. Scopo di questo studio è analizzare lo spettro psicotico in pazienti con disturbi dell'umore psicotici e dello spettro schizofrenico, confrontando pazienti abusers e non abusers.
Metodologia: presso la Clinica Psichiatrica di Pisa è stato condotto uno studio su di un campione di 112 soggetti psicotici con e senza DUS a cui è stata somministrata l' intervista clinica strutturata per lo spettro psicotico (SCI-PSY) e l'intervista clinica diagnostica SCID-I/P.
Risultati: nei punteggi dello SCI-PSY emergono differenze significative fra i due gruppi nel dominio "paranoia" (p = 0,049), "sensitività interpersonale" (p = 0,025), "schizotimia-schizoidia" (0,008) e nel punteggio totale dello strumento (p = 0,031) dove i DUS raggiungono scores superiori.
Conclusioni: il rilievo di punteggi maggiori allo SCI-PSY nei pazienti psicotici con DUS suggerisce come peculiari tratti temperamentali (es: schizotipici) possano predisporre all'utilizzo della sostanza, mentre altri aspetti fenomenici (es: attività intepretativa) possano esserne conseguenza.
Ulteriori studi saranno necessari per individuare i fattori predisponenti l'abuso e la relazione tra DUS, espressività fenomenica e prognosi dei disturbi psicotici.

Bibliografia

[1] Regier DA, et al. *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*. JAMA 1990;264:2511-8.

211. Spettro dell'Umore in pazienti con sintomi psicotici con e senza disturbo da uso di sostanze

L. Piz, O. Bacci, G. Macchia, V. Mastria, F. Milani, M. Milianti, G. Massei, F. Raimondi, S. Spagnolli, L. Ravani, G.J. Massei, C. Gonnelli, A. Benvenuti, J.V. Bizzarri [*], M. Miniati, P. Rucci, A. Sbrana, G.B. Cassano

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; [*] Servizio per le Dipendenze (SerT), Azienda Sanitaria di Bolzano

Introduzione: questo studio si propone di valutare le dimensioni individuate dal Questionario per lo Spettro dell'Umore [1] in pazienti con disturbi dello spettro psicotico, in presenza/assenza di un disturbo da uso di sostanze (DUS).
Metodologia: il questionario per lo Spettro dell'Umore (MOODS-SR) è stato somministrato ad un gruppo di 112 pazienti con sintomi psicotici con e senza disturbo da uso di sostanze (DUS). La valutazione diagnostica è stata condotta utilizzando l'Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi di Asse I-SCID-IV.
Risultati: i pazienti con una diagnosi di Disturbo Psicotico e Disturbo da Uso di Sostanze presentano un punteggio (media 14,3) significativamente superiore (p = 0,003) rispetto ai pazienti senza DUS (punteggio medio 10,9) al dominio 'Umore Maniacale'.
Conclusioni: sintomi della dimensione maniacale, maggiormente espressi nei pazienti con quadri psicotici e DUS rispetto ai pazienti con sintomi psicotici senza DUS, si riferiscono all'intera vita del paziente possono essere causa o effetto del DUS stesso. Ulteriori studi saranno necessari per stabilire se la dimensione maniacale possa essere considerata un fattore di rischio per lo sviluppo di condotte d'abuso.

Bibliografia

[1] Dell'Osso L, et al. *Measuring mood spectrum. Comparison of interview (SCI-MOODS) and self-report (MOODS-SR) instruments*. Comprehensive Psychiatry 2002;43:69-73.

212. Analisi della sintomatologia di spettro in pazienti psicotici

L. Piz, O. Bacci, G. Macchia, V. Mastria, F. Milani, M. Milianti, G. Massei, F. Raimondi, S. Spagnolli, L. Ravani, G.J. Massei, C. Gonnelli, A. Benvenuti, P. Rucci, J.V. Bizzarri[*], M. Miniati, A. Sbrana, G.B. Cassano

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; [*] Servizio per le Dipendenze (SerT), Azienda Sanitaria di Bolzano

Introduzione: è ben documentato in letteratura come i disturbi dell'umore psicotici e i Disturbi dello spettro schizofrenico presentano una sintomatologia in gran parte sovrapponibile, tanto che la diagnosi differenziale, senza dati longitudinali e di decorso, può risultare difficile (Maier 2006). Questo studio si propone analizzare la sintomatologia di spettro dell'umore, dell'uso di sostanze e lo spettro psicotico in un campione di pazienti psicotici con disturbi dell'umore, schizoaffettivi e schizofrenici.
Metodologia: il campione è costituito da 97 pazienti, 69 appartenenti allo spettro dell'umore (Bipolari tipo I, tipo II, Depressi psicotici) e 28 dello spettro schizofrenico (Disturbo Schizoaffettivo e schizofrenia). Sono state somministrate l'Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dell'Umore (SCI-MOODS), per lo spettro dell'uso di sostanze (SCI-SUBS) e per lo spettro delle psicosi (SCI-PSY). Le diagnosi di Asse I sono state effettuate con la SCID-IV.
Risultati: i pazienti con disturbi dello spettro dell'umore presentano un punteggio significativamente superiore rispetto ai pazienti di Spettro Schizofrenico nel dominio 'Ritmicità' (p = 0,02) dello SCI-MOODS, non si sono riscontrate differenze significative né nel punteggio totale, né nei vari domini dello SCI-PSY e dello SCI-SUBS.
Conclusioni: le variazioni della ritmicità potrebbero essere considerate uno degli aspetti distintivi delle psicosi di Spettro dell'Umore rispetto a quelle di Spettro Schizofrenico.

213. Fenomenologia dell'elaborazione multitasking e sindrome da interruzione continua

L. Pizza, A. Pace, M. Lisa, F.G.M. Giordano, C. Chelucci, G. Roberto, F. D'Agostino

U.O. Salute Mentale, Distretto Sapri-Camerota, Asl SA/3

Scopi: analizzare il fenomeno "dell'elaborazione parallela" (multitasking), indotto dall'uso continuo e progressivamente pervasivo delle nuove applicazioni tecnologiche alla comunicazione ed alla trasmissione informatica e telematica,

quali ad esempio: computer, e-mail, telefonia mobile, MMS, SMS, web, DVD, I-Pod, Tivufonino, VoIP; con specifico riferimento agli effetti psichici correlati.
Metodologia: osservazione di due casi clinici, con specifiche implicazioni epifenomeniche a carattere francamente psicopatologico. E valutazione dell'attuale, ancorché scarna, letteratura scientifica internazionale.
Risultati: la particolare compromissione delle abilità cognitive riscontrate, con riduzione delle capacità attentive e delle prestazioni lavorative; frammentazione delle modalità comunicative e relazionali; decremento delle capacità critiche e distorsione del vissuto temporale; assieme a componenti secondarie: ansiose, compulsive e depressive, contribuiscono a configurare una precisa condizione psicopatologica.
Discussione: i nostri circuiti neuronali, vengono sempre più frequentemente attivati per svolgere diversi compiti simultaneamente (multitasking work). Realizzando di fatto una modalità continua di lavoro in parallelo, con effettive implicazioni psichiche ed uno specifico corteo psicopatologico. Causati proprio dalla condizione di attenzione dispersa e parcellizzata, alla base appunto della "Sindrome da Interruzione Continua". Proprio in considerazione dell'assunto, ormai consolidato, che l'attenzione, fenomenologicamente, può essere considerata "come uno dei supporti essenziali della vita". Un supporto senza il quale l'individuo "cade preda dell'attenzione dispersa che rappresenta pur sempre una forma inferiore di vita psichica". Responsabile dell'alterazione del dinamico ma naturale rapporto tra attenzione, percezione e pensiero.
Conclusioni: l'elaborazione multitasking continua, attraverso l'attivazione funzionale sovrapposta di diverse reti neurali e con il conseguente "sovraccarico dell'io", è in grado di determinare un evidente e verificabile deterioramento della qualità del pensiero ed un correlato decremento della percezione cosciente e quindi della capacità di analisi e di selezione.

214. L'attività di consulenza psichiatrica all'interno del Pronto Soccorso

S. Po, C. Giubbarelli, A. Disavoia, C. Ferrari, M. Rigatelli

U.O. di Psichiatria, Policlinico di Modena e Modena Est, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: una parte consistente dell'attività di un Servizio di Consulenza Psichiatrica-Psicosomatica all'interno dell'Ospedale Generale è dedicata alle urgenze. Il presente studio ha lo scopo di valutare l'incidenza di patologie psichiatriche tra i pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso e di analizzarne le caratteristiche.
Metodo: sono state raccolte ed analizzate 800 consulenze psichiatriche effettuate, tra il 1998 ed il 2005, all'interno del Pronto Soccorso del Policlinico di Modena. Sono state poi valutate le caratteristiche cliniche e socio-demografiche dei soggetti coinvolti.
Risultati: l'età media è risultata essere di 39,5 anni ed il rapporto maschi/femmine è 50/50%. Nel 61,8% dei casi, i pazienti sono stati dimessi dopo la consulenza mentre il 38.3% dei soggetti valutati sono stati ricoverati all'interno del reparto psichiatrico. I disturbi emersi con maggior frequenza sono risultati essere le psicosi (25,4%) e i disturbi dell'umore (25%), con un'alta percentuale di tentati suicidi (65%).
Conclusioni: la richiesta di consulenza psichiatrica al Pronto Soccorso di Modena è motivata principalmente dalla presenza o dal sospetto clinico di disturbi psicotici o dell'umore, mentre problemi psichiatrici "minori" più raramente implicano l'intervento dello psichiatra stesso. Possibili spiegazioni per la presenza di un tale filtro saranno discusse.

Bibliografia

Seguel M, Munoz P, Nalegach E, Santander J. *Prevalence of mental disorders at emergency service*. Rev Med Chil 1993;121:705-10.

215. Il burnout negli operatori della salute mentale a milano: una ricerca multicentrica

M. Porcellana, R. Fontana, I. Iandoli, C. Manoussakis, P. Marinaccio, S. Paletta, G. Invernizzi, C. Bressi

Clinica Psichiatrica, Università di Milano. Fondazione IRCCS; Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Introduzione: scopo dello studio è valutare la prevalenza di burnout, morbilità psichiatrica e soddisfazione lavorativa tra gli operatori della salute mentale nella Città di Milano evidenziando eventuali associazioni tra queste variabili.
Metodologia: la ricerca multicentrica ha coinvolto 5 Dipartimenti Psichiatrici del capoluogo lombardo. Ad ogni operatore (n = 683) è stata consegnata una busta contenente i seguenti questionari standardizzati da autocompilare in forma anonima: Maslach Burnout Inventory (MBI), General Health Questionnaire (GHQ-12) e Job Diagnostic Survey (JDS). Nel presente studio verranno presentati i risultati relativi ai medici (n = 81) e agli infermieri (n = 224) e le associazioni evidenziate da modelli di regressione lineare tra le singole scale del MBI, del GHQ-12, del JDS e i diversi fattori stressanti.
Risultati: è stata evidenziata l'associazione inversa tra soddisfazione lavorativa ed Esaurimento Emotivo (p = 0,002), Depersonalizzazione (p = 0,003), Realizzazione Personale (p = 0,008) e morbilità psichiatrica (p = 0,002). La presenza di burnout e la bassa soddisfazione lavorativa sono associate alla tendenza dell'operatore a percepire i propri pazienti come richiedenti (p = 0,019) e noiosi (p = 0,036).
Discussione e conclusioni: i risultati suggeriscono il ruolo protettivo della soddisfazione lavorativa nell'insorgenza di burnout e morbilità psichiatrica ed evidenziano l'influenza di queste variabili nella relazione con il paziente a svantaggio della qualità del sistema curante.

Bibliografia

Bressi C, Porcellana M. *Il burn-out in oncologia: analisi ed evidenze sperimentali di un fenomeno emergente*. Rivista di Psichiatria 2005;40:265-75.

Evans S, Huxley P, Gately C, Webber M, Mears A, Pajak S, Medina J, Kendall T, Katona C. *Mental health, burnout and job satisfaction among health social workers in England and Wales*. Br J Psychiatry 2006;188:75-80.

Prosser D, Johnson S, Kuipers E, Szmuckler G, Bebbington P, Thornicroft G. *Mental Health, burnout and job satisfaction among hospital and community based mental health staff*. Br J Psychiatry 1996;169:334-7.

216. Psicoterapia breve dinamica: studio longitudinale d'efficacia. Caso-controllo

M. Porcellana, C. Bressi, I. Iandoli, G. Melloni, G. Invernizzi

Clinica Psichiatrica, Università di Milano, Fondazione IRCCS; Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Introduzione: scopo del presente lavoro è valutare l'efficacia del modello psicoterapico attuato dal Servizio di Psicoterapia della Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Milano (Invernizzi e Bressi, 1999).
Metodologia: sono stati inclusi nello studio 15 pazienti consecutivi trattati con Psicoterapia Breve Dinamica (PBD) secondo il modello del Servizio di Psicoterapia della Clinica Psichiatrica di Milano. Il gruppo di controllo è costituito da 12 pazienti omogenei per caratteristiche sociodemografiche e cliniche rispetto ai casi e trattati esclusivamente con farmacoterapia. La valutazione dei sintomi psicopatologici è stata effettuata mediante Symptom Check List 90 Revised (S.C.L. 90-R) all'inizio della terapia (T0) e al termine della stessa (T1).
Risultati: la valutazione mediante "Paired Samples Test" delle componenti SCL-90-R al T1 rispetto al T0 ha evidenziato *nel campione PBD* una diminuzione statisticamente significativa nelle sottoscale: Ansia fobica ($p < 0,05$), Disturbi Ossessivo Compulsivi ($p < 0,05$), Ansia ($p < 0,01$) e negli indici globali: Totale Generale ($p < 0,05$), Gravità Totale ($p < 0,05$), Totale Sintomi positivi ($p < 0,05$). *Nel campione TP* si è evidenziata una diminuzione statisticamente significativa nelle sottoscale Ansia fobica ($p < 0,05$), Depressione ($p < 0,05$), Ansia ($p < 0,01$) e negli indici globali: Totale Generale ($p < 0,05$), Gravità Totale ($p < 0,05$), Totale Sintomi positivi ($p < 0,05$). Lo studio di correlazione tra le medie delle scale del SCL-90-R al T1 nelle due casistiche non ha evidenziato differenze statisticamente significative.
Conclusione: la diminuzione statisticamente significativa evidenziata nelle sottoscale e negli indici globali del SCL-90-R al T1 suggerisce la validità del modello psicoterapico proposto la cui efficacia risulta statisticamente sovrapponibile alla Terapia Psichiatrica.

Bibliografia

Invernizzi G, Bressi C. *Emergency Psychiatry on the threshold to the new millennium.* New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry 1999;XV:65.

Derogatis LR. *SCL-90-R administration, scoring and procedure manual (II ed.)* Towson, MD: Clinical Psychometric Research 1983.

217. Presentazione clinica della Sindrome di Asperger (AS)

M.C. Porfirio, B. Manzi, L. Buglione, G. Giana, P. Curatolo

U.O. di NPI, Policlinico Università di Tor Vergata di Roma

Introduzione: la sindrome di Asperger è una condizione neuroevolutiva cronica ad esordio precoce come l'autismo, dal quale differisce per competenze cognitive e linguistiche relativamente conservate. La sua prevalenza è di 0,26/1000.
Metodologia: il gruppo è costituito da 45 bambini e adolescenti, seguiti presso il DH della nostra Unità Operativa, con diagnosi di AS/HFA (High Functioning Autism), secondo le linee guida SINPIA. Ne vengono analizzate alcune caratteristiche cliniche.
Risultati: rapporto M/F è di 9:1. L'età della prima diagnosi è per il 44% dei bambini tra 5 e 7 anni, per il 32% tra 8 e 11 anni, per il 24% tra 12 e 18 anni. Un'anamnesi positiva per ritardo del linguaggio è presente nel 32% dei casi. Nel 24% dei casi il QI è compreso tra 90 e 110, nel 22% il QI è > 110, mentre nel 54% dei bambini il QI risulta < 90. Il QI verbale è > QI di performance nel 42% dei casi. Il 34% dei bambini ha ricevuto un trattamento farmacologico per vari tipi di problemi comportamentali e/o neurologici (ADHD, DOC, s. di Tourette, disturbo d'ansia/umore, epilessia).
Nel nostro campione infatti è presente un'elevata comorbilità e, soprattutto nell'età adolescenziale, sovrapposizione con alcuni sintomi dell'area psicotica.
Conclusioni: la diagnosi di sindrome di Asperger è più tardiva rispetto a quella di altri disturbi pervasivi dello sviluppo. Il disturbo inoltre presenta nella sua espressività clinica un'associazione con altri problemi psicopatologici, che potrebbero spiegare le differenti evoluzioni durante l'adolescenza/età adulta.

Bibliografia

Ghaziuddin M, Weidmer-Mikhail E, Ghaziuddin N. C*omorbidity of Asperger Syndrome: a preliminary report.* J Intellect Disabil Res 1998;42:279-83.

Ellefsen A, Kampmann H, Billstedt E, Gillberg IC, Gillberg C. *Autism in the Faroe Islands. An epidemiological study*. J Autism Dev Disord 2006 Oct 7.

218. Comorbilità ADHD/sindrome di asperger: studio di un campione clinico

M.C. Porfirio, B. Manzi, G. Giana, L. Buglione, F. Caretto, P. Curatolo

Unità Operativa di NPI, Policlinico Università di Tor Vergata-Roma

Introduzione: la Sindrome di Asperger (AS) è un disturbo dello spettro autistico caratterizzato da competenze cognitive e linguistiche preservate.
La AS presenta una frequente associazione in ambito clinico con altri disordini dello sviluppo (sindrome di Tourette, DAMP). Esiste anche un'elevata comorbilità con l'ADHD (fino all'80%), secondo i dati riportati in letteratura già a partire dai primi anni '80.
Metodologia: 40 pazienti con diagnosi di AS, di cui 36 pazienti hanno completato il protocollo per la diagnosi di ADHD. L'età media dei pazienti è di 12,53, QI medio 97,66.
Risultati: 44,4% pazienti ha una comorbilità AS/ADHD. Il sottotipo di ADHD più frequente è quello combinato (69% dei casi).
Conclusioni: il riconoscimento precoce dell'ADHD nella AS permette di ottimizzare gli interventi, anche di natura farmacologica. Talvolta l'ADHD può dare fenomeni di "mascheramento diagnostico" nei confronti della sintomatologia autistica, soprattutto nei bambini in età scolare.

L'ADHD inoltre potrebbe favorire la comparsa di disturbi psicopatologici in epoche successive nei bambini con AS.

Bibliografia

Sturm H, Fernell E, Gillberg C. *Autism spectrum disorders in children with normal intellectual levels: associated impairments and subgroups*. Dev Med Child Neurol 2004;46:444-7.

Ogino T, Hattori J, Abiuri K, Nakano K, Oka E, Ohtsuka Y. *Symptoms related to ADHD observed in patients with pervasive developmental disorder*. Brain Dev 2005;27:345-8.

219. Trauma cranio-encefalico lieve: uno studio volumetrico in RMN

R. Preteroti[*], T. Toffanin[*], F. Nifosì[*], F. Zonta[*], H. Folladori[*], P. Amistà[**], A. Martinuzzi[***], G. Perini[*]

[*] *Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova;* [**] *U.O. di Neuroradiologia, A.O. Padova;* [***] *IRCSS E. Medea*

Introduzione: il trauma cranio-encefalico (TCE) è associato con l'insorgenza di disturbi cognitivi e psichiatrici [1]. La morte neuronale può proseguire per settimane in aree lontane dal sito d'impatto come l'ippocampo. Il danno potrebbe essere aggravato e mantenuto dall'inibizione della neurogenesi ippocampale per un danno alle cellule precursori o per l'effetto neurotossico di un aumento dei glucocorticoidi circolanti [2].
Scopo: quantificare il volume di ippocampo, amigdala e cingolo anteriore (ACC) in 10 soggetti con TCE lieve entro 30 giorni dal trauma e in 9 controlli sani.
Metodologia: nei TCE lievi e nei controlli sono state acquisite sequenze volumetriche in RMN, delimitate le strutture d'interesse e calcolati i volumi con il software DCM-View.
Risultati: il volume del ACC destro normalizzato sul volume cerebrale totale è significativamente ($p < 0,05$) minore nei TCE ed è inoltre direttamente correlato ($p < 0,05$) con i livelli di cortisolo plasmatico delle ore 8 e inversamente correlato ($p < 0,02$) con il volume normalizzato dell'amigdala destra. Non riscontrate altre significative variazioni volumetriche.
Conclusioni: l'assenza di variazioni del volume ippocampale rispecchia i dati di letteratura che riportano variazioni solo dopo più di due mesi dal trauma.
Il volume del ACC risulta ridotto in disturbi stress-correlati come la Depressione e il DPTS. Studi preclinici mostrano che uno stress lieve e di breve durata può causare nel ACC un'importante atrofia dendritica [3] che potrebbe spiegare il minor volume del ACC destro nei TCE.

Bibliografia

[1] Deb S, et al. Am J Psychiatry 1999;156:374-8.
[2] Jorge RE, et al. Biol Psychiatry 2006.
[3] Brown SM, et al. Cerebral Cortex 2005;15:1714-22.

Lavoro eseguito per conto della Regione Veneto, Giunta Regionale, Ricerca Finalizzata, Ve Anno 2004, Ulss 07 Pieve di Soligo dal titolo "Modulazione della neurogenesi nel cervello adulto: uno studio clinico Sperimentale" Resp. A. Martinuzzi IRCSS. Medea.

220. Lo sport come supporto terapeutico per i disturbi di ansia e depressione: presentazione di uno studio pilota

C. Primati, M. Ghioni, M. Beghi, E.D. Giampieri, C.M. Cornaggia

Clinica Psichiatrica, Università di Milano-Bicocca, Ospedale S. Gerardo, Monza

Introduzione/scopo: l'attività fisica ha dimostrati effetti positivi su ansia e depressione, ma non ci sono studi italiani sull'argomento. Dall'analisi di un campione della popolazione afferente al Centro Ansia e Depressione della UOP di Monza è emerso che solo il 33% di esso pratica una qualche attività fisica, contro il 60% circa della popolazione generale. Con il presente studio pilota vogliamo verificare se anche la nostra popolazione risponda positivamente allo sport per quanto concerne ansia, umore e qualità della vita.
Metodi: per il suddetto campione (che rispondeva alle diagnosi 296.2-9, 300, 309.0-2 della ICD-9) sono stati organizzati incontri educativi sugli effetti dello sport per il benessere psicofisico e si è proposto un nuovo servizio, organizzato come un corso di ginnastica multimodale, in gruppo, sotto la guida di istruttori, con frequenza di 1 ora due volte alla settimana, per 8 mesi.
I pazienti che usufruivano del servizio venivano testati con lo Psychological General Well-Being (PGWB) in 3 tempi (T_0, T_1, T_2) e con le Hamilton Rating Scales for Depression and Anxiety (HDRS e HARS) a T_0 e T_2; alla fine del corso veniva risomministrato il questionario sul rapporto con lo sport e condotta una intervista semistrutturata sul gradimento del servizio e la percezione di cambiamento.
Risultati: hanno preso parte allo studio, volontariamente, 18 soggetti, di cui 5 sono stati esclusi avendo frequentato per un numero insufficiente di lezioni. Il campione in esame comprende quindi 13 pazienti (6 m e 7 f).
L'analisi dei punteggi riportati nei tests PGWB, HDRS e HARS a T_0, T_1 e T_2 ha dimostrato variazioni statisticamente significative. In particolare, oltre ai punteggi totali, sono risultate significative le differenze negli items dello PGWB inerenti la salute, l'ansia e il benessere generale, in quelli della HDRS su ansia somatizzata e disturbi del sonno e in entrambi gli items della HARS, ansia psichica e somatica.
Discussione: nonostante i limiti del presente studio pilota (esiguità del campione e mancanza di un gruppo di controllo), i risultati ottenuti sono positivi e statisticamente significativi. Inoltre nessuno dei pazienti ha dovuto aumentare la posologia della terapia farmacologica che assumeva prima di accedere al nostro servizio, anzi alcuni l'hanno diminuita o addirittura sospesa. È importante poi sottolineare che la quasi totalità dei partecipanti ha espresso pieno gradimento del servizio e desiderio di continuare a praticare attività fisica e ha percepito il cambiamento della qualità di vita e l'utilità dello sport per il proprio benessere psicofisico.
Tutto ciò ci spinge a continuare tale ricerca, migliorandone gli aspetti tecnico-scientifici, per approfondire gli effetti dello sport sui disturbi depressivi ed ansiosi e valutare meglio l'effettiva efficacia di questo supporto terapeutico.

221. La valutazione della gravità nel disturbo borderline di personalità: la Borderline Personality Disorder Check-List

A. Prunas, I. Sarno, F. Madeddu

Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca

Obiettivo: questo contributo si propone di offrire una valutazione preliminare dell'affidabilità e della validità della versione italiana della Borderline Personality Disorder Check-list (BPDCL), un questionario autosomministrato finalizzato a rilevare il disagio psicopatologico soggettivamente percepito legato alle manifestazioni sintomatologiche del Disturbo Borderline di Personalità (DBP), nel corso del mese precedente alla somministrazione.
Metodi: 25 pazienti affetti da DBP, 48 pazienti con un disturbo di personalità non borderline e 39 volontari non clinici sono stati sottoposti alla somministrazione di SCID-II, della BPDCL e di SCL-90-R; un sottogruppo dei soggetti coinvolti ha compilato due questionari autosomministrati selezionati allo scopo di valutare la convergenza con i punteggi ottenuti alla BPDCL: REM-71 per la valutazione dell'assetto difensivo e il Borderline Syndrome Index. Si è proceduto quindi all'analisi della consistenza interna del questionario, della correlazione con tutte le misure-criterio considerate e della capacità del punteggio totale della BPDCL di discriminare tra i tre gruppi presi in esame. Infine, è stata testata l'applicabilità del punteggio-soglia di 100 per lo screening di pazienti borderline.
Risultati: lo strumento ha mostrato una buona consistenza interna e il punteggio totale ha permesso di discriminare in maniera significativa i tre gruppi; nessuna differenza è stata invece rilevata, all'interno del gruppo DBP, tra i pazienti con e senza altri disturbi di Asse II in comorbilità. Relativamente all'applicabilità del punteggio-soglia di 100 si rendono necessari ulteriori approfondimenti a causa della percentuale consistente di falsi negativi rilevata. I nostri risultati indicano che la versione italiana del BPDCL rappresenta uno strumento promettente per l'assessment della gravità delle manifestazioni sintomatologiche del DBP; ulteriori studi sono auspicabili, attraverso un ampliamento del campione, per indagare la struttura fattoriale e testare la sensibilità nel cogliere i cambiamenti nella sintomatologia del DBP a seguito di interventi psicoterapeutici e farmacologici.

Bibliografia

Giesen-Bloo J, Arntz A, Schouten E. *The Borderline Personality Disorder Checklist: psychometric evaluation and factorial structure in clinical and non clinical samples*. Submitted for publication.

Prunas A, Sarno I, Capizzi S, Madeddu F. *La versione italiana della Borderline Personality Disorder Check-list*. Minerva Psichiatrica 2006;47:143-54.

Madeddu F, Prunas A, Riboldi S. *La valutazione della gravità nel disturbo borderline di personalità: la versione italiana del Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI)*. Medicina Psicosomatica 2005;50:25-32.

222. Associazioni tra Sintomi-Base e psicopatologia in un campione di pazienti con schizofrenia stabile

L. Pulvirenti, M. Giugiario, C. Mingrone, C. Montemagni, D. Perrone, P. Rocca

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Introduzione: formulata da Huber sul finire degli anni '50, la teoria dei Sintomi-Base della schizofrenia prende origine dalla constatazione della persistenza di alcune esperienze soggettive a carattere di disturbo sia nei quadri prodromici sia in quelli post-psicotici della schizofrenia. Il concetto di Sintomi-Base tenta di definire l'esperienza soggettiva, con carattere di disturbo, non direttamente produttiva, accessibile alla autopercezione del paziente anche se non sempre validamente esplicitata, costituente il carattere più prossimo di un danno neurologico fondamentale e, come tale, persistente lungo il decorso della malattia. Inoltre, sulla base di studi prospettici, alcuni autori hanno ipotizzato che i Sintomi-Base potrebbero costituire indici fenomenologici di vulnerabilità alla schizofrenia e diretta espressione clinica di una dimensione psicopatologica e fenomenologica. Gli studi condotti per indagare la relazione tra esperienza soggettiva e sintomatologia positiva e negativa hanno fornito risultati contrastanti, avendo alcuni riscontrato correlazioni significative con la sintomatologia positiva, altri con quella negativa.
Metodologia: abbiamo condotto una valutazione trasversale su 93 pazienti stabilizzati con diagnosi di schizofrenia sulla base della SCID per il DSM-IV, reclutati presso SCDU Psichiatria e DSM Torino 1 Sud. L'indagine sui pazienti includeva un'intervista semistrutturata per la raccolta dei dati demografici, anamnestici e clinici generali e la somministrazione di specifiche scale cliniche (Clinical Global Impression-Severity, CGI-1; Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS; Calgary Depression Scale, CDSS) e di funzionamento sociolavorativo (Global Assessment of Functioning, GAF). I Sintomi-Base sono stati valutati tramite la Frankfurter Beschwerde Fragebogen (FBF), che indaga i seguenti item fenomenici: perdita del controllo, percezione semplice e complessa, linguaggio, pensiero, memoria, motricità, perdita degli automatismi, anedonia e ansia, sovrabbondanza di stimoli.
Risultati: i dati di questo studio hanno evidenziato nei pazienti schizofrenici che le principali variabili correlate ai Sintomi-Base sono la sintomatologia depressiva e il funzionamento socio-lavorativo. Non emergono nell'esperienza soggettiva differenze significative se i pazienti vengono suddivisi rispetto al genere, al sottogruppo paranoide/non paranoide e al tipo di trattamento farmacologico assunto (neurolettico/antipsicotico atipico).
Conclusioni: l'approccio fenomenologico tramite l'utilizzo dei Sintomi-Base consente di individuare le aree funzionali più compromesse, tratteggiando un profilo del disturbo attraverso la designazione di una precisa topografia dei Sintomi-Base, in funzione della quale adottare un progetto terapeutico-riabilitativo.

Bibliografia

Lysaker PH, Buck KD, Hammond K, Taylor AC, Roe D. *Associations of symptoms, psychosocial function and hope with qualities of self-experience in schizophrenia. Comparisons of objective*

and subjective indicators of health. Schizophrenia Research 2006;82:241-9.
Parnas J, Handest P, Jansson L, Saebye D. *Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients: empirical investigation.* Psychopathology 2005;38:259-67.
Parnas J, Handest P, Saebye D, Jansson L. *Anomalous subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness.* Acta Psychiatrica Scandinavica 2003;108:126-33.

223. Riduzione dello splenium e della sottoregione anterior midbody del Corpo Calloso in soggetti schizofrenici: studio di Risonanza Magnetica Nucleare

A. Quartini, M. Paolemili, A. Iannitelli, C. di Biasi*, G. Gualdi*, D. Pucci**, G. Bersani

*Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, III Clinica Psichiatrica, * I Clinica Medica Reparto TAC-RMN, ** Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica, Istituto "G. Sanarelli", Sapienza Università di Roma*

Introduzione: il Corpo Calloso (CC) è una delle strutture encefaliche che si suppone siano alterate nella schizofrenia. Numerosi studi hanno evidenziato anomalie del *transfer* interemisferico delle informazioni, mediato attraverso il CC, in soggetti schizofrenici. Indagini di RMN hanno mostrato alterazioni nella forma e/o nelle dimensioni del CC in individui con diagnosi di schizofrenia rispetto a soggetti sani di controllo.
Metodo: sono stati sottoposti ad esame RMN 100 soggetti di sesso maschile: 50 soggetti con diagnosi di schizofrenia e 50 soggetti sani. La diagnosi psichiatrica è stata effettuata secondo i criteri del DSM IV. La RMN è stata acquisita con apparecchiatura Philips Gyroscan da 1 Tesla. Sezioni sagittali mediane SE T1-pesate (TR = 539 ms/TE = 15 ms, THK = 5,0/0,5) sono state utilizzate, attraverso l'impiego di un appropriato *software* (SCION image 4.0.3.2), per il calcolo delle seguenti misurazioni: diametro antero-posteriore del CC (CCL), altezza del CC (CCH), diametri anteriore "*rostrum*" (CCR), intermedio "*body"* (CCB*)*, posteriore "*splenium*" (CCS) del CC, area totale del CC (CCA), area cerebrale sagittale mediana (BA) (Fig. 1). Secondo il protocollo di Witelson (1989) l'area totale del CC è stata ulteriormente suddivisa nelle seguenti sottoregioni: *"rostrum"* (A1), *"genu"* (A2), "*rostral body"* (A3), *"anterior midbody"* (A4), *"posterior midbody"* (A5), *"isthmus"* (A6), *"splenium"* (A7) (Fig. 2), e per ognuna di queste sottoregioni è stata calcolata l'area. Infine sono stati calcolati il rapporto area totale del CC/area cerebrale sagittale mediana (CCA/BA) ed i rapporti diametro intermedio/diametro antero-posteriore (CCB/CCL) e diametro intermedio/altezza (CCB/CCH) del CC. L'analisi statistica è stata effettuata con SPSS 12.0 per Windows. Il confronto delle misurazioni tra i due gruppi è stato effettuato attraverso l'utilizzo del test non parametrico *Wilcoxon Signed Ranks test*, considerando come statisticamente significativo un valore di $p < 0,05$.
Risultati: il diametro posteriore *"splenium"* (CCS) e l'area della sottoregione *"anterior midbody"* (A4) del CC degli schizofrenici risultano statisticamente inferiori a quelli dei soggetti sani di controllo ($p = 0,000$; $p = 0,030$).
Conclusioni: in accordo a precedenti lavori [1,2], i risultati ottenuti sembrerebbero confermare l'esistenza di anomalie morfologiche del CC nella schizofrenia, in particolare a carico dello *splenium*, contenente fibre di associazione temporali inferiori, parietali ed occipitali, e della sottoregione *anterior midbody* (A4), contenente principalmente fibre di associazione motorie. *Deficit* funzionali delle corrispettive aree corticali sono stati dimostrati più volte in soggetti schizofrenici.

Fig. 1.

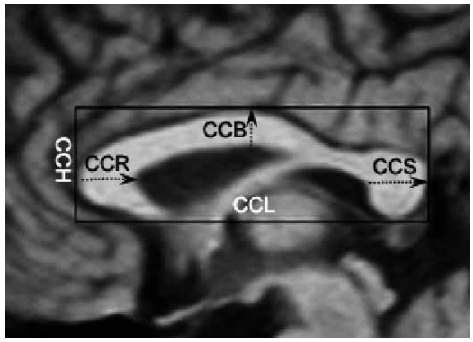
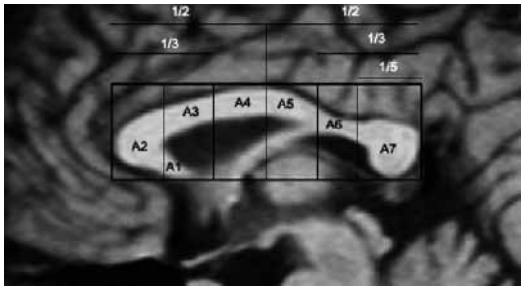


Fig. 2.



Bibliografia

1 Goghari VM, Lang DJ, Flynn SW, Mackay AL, Honer WG. *Smaller corpus callosum subregions containing motor fibers in schizophrenia.* Schizophr Res 2005;73:59-68.
2 Keller A, Jeffries NO, Blumenthal J, Clasen LS, Liu H, Giedd JN, Rapaport JL. *Corpus callosum development in childhood onset schizophrenia.* Schizophr Res 2003;62:105-14.

224. Interazione tra polimorfismo Val66Met BDNF e schizofrenia sull'attività cerebrale durante un compito motorio: uno studio di fMRI

T. Quarto, L. Fazio, R. Romano, A. Di Giorgio, P. Taurisano, L. Lobianco, A. Papazacharias, G. Caforio, G. Blasi, M. Nardini, A. Bertolino

Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Numerose evidenze collegano l'eziopatogenesi della schizofrenia ad una disregolazione della plasticità sinaptica as-

sociata ad alterazioni di neurotrofine. In particolare l'effetto del gene BDNF potrebbe essere associato ad un anomalo sviluppo cerebrale in pazienti con schizofrenia che si tradurrebbe in un minor grado di focalizzazione emisferica in svariati compiti cognitivi e motori. L'obiettivo di tale studio è, pertanto, di indagare l'esistenza di un'interazione tra il polimorfismo Val66Met BDNF e la diagnosi di schizofrenia nell'attività cerebrale del network motorio corticale e sottocorticale, nonchè nella determinazione del grado di lateralizzazione emisferica. Sono stati reclutati 56 soggetti divisi in 2 gruppi omogenei per manualità e variabili sociodemografiche (28 pazienti: 12 ValVal, 16 MetCarriers; 28 controlli: 13 ValVal, 15 MetCarriers). I soggetti svolgevano un compito motorio semplice durante fMRI. L'analisi dei dati ha mostrato un significativo effetto di interazione tra gene BDNF e diagnosi sull'attività dello striato ventrale. L'analisi del segnale Bold di fMRI illustra che l'interazione è spiegata da un maggiore effetto dell'allele Met in pazienti con schizofrenia. L'analisi del quoziente di lateralizzazione suggerisce, inoltre, un'interazione tra genotipo BDNF e attività delle aree BA 3,1,2 tale che l'effetto è opposto tra pazienti e soggetti sani.
I risultati di questo studio sono coerenti con l'ipotesi di una significativa relazione tra BDNF e schizofrenia e del ruolo che entrambi questi fattori hanno nel determinare la diversità funzionale di specifiche aree cerebrali.

225. Valutazione dei disturbi esecutivi nella schizofrenia mediante Behavioural Assessment Dysexecutive Sindrome e Frontal Lobe Score

M.C. Quattropani[*], V. Carlotta[**], S. La Foresta[*], D. Oliveri[*]

[*] *Sezione di Psicologia, Facoltà di Scienze della Formazione,* [**] *Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Messina*

Il deficit esecutivo connesso a disfunzione del lobo frontale sembrerebbe costituire il disturbo centrale della schizofrenia [1 2]. Fino ad ora, per indagare tale deficit, sono stati usati strumenti quali il *Winsconsin Card Sorting Test* (Grant e Berg, 1948) e le *Torri di Londra* (Shallice e Norman, 1982). Nonostante la loro attendibilità, tuttavia queste misure forniscono dati parziali relativi, rispettivamente, alla flessibilità e alla decisione strategica.
Il presente lavoro intende verificare se somministrando a pazienti schizofrenici batterie testologiche più comprensive, specificamente costruite per la diagnosi della sindrome disesecutiva, possano essere messi in luce non solo eventuali deficit cognitivi, ma anche le relative compromissioni nelle attività quotidiane. A tale scopo, oltre ai test canonicamente impiegati, sono state somministrate, ad un gruppo di 25 pazienti schizofrenici, la *Frontal Lobe Score* (Ettlin et al. 2000) – una batteria sensibile alla discriminazione del deficit frontale – e la *Behavioural Assessment Dysexecutive Syndrome* (Wilson et al., 1996) – una batteria sensibile nel rilevare il danno neurocomportamentale in situazioni ecologiche.
I risultati preliminari confermano come la valutazione neuropsicologica attraverso tali strumenti, consenta una misura dell'effettivo funzionamento esecutivo di tali pazienti, evidenziando la complessa interdipendenza tra gli elementi che strutturano molte situazioni della vita quotidiana. Il ricorso a tali strumenti apre la possibilità, nella pratica clinica della schizofrenia, di pianificare, monitorare e valutare l'eventuale efficacia di progetti di rieducazione neurocognitiva, generalmente previsti per pazienti con sindrome frontale.

Bibliografia

1 Rüsch N, Spoletini I, Wilke M, Bria P, Caltagirone C, et al. *Prefrontal–thalamic–cerebellar gray matter networks and executive functioning in schizophrenia*. Schizophrenia Research 2007:93:79-89.
2 Wood SJ, Yücel M, Wellard RM, Harrison BJ, Clarke K, et al. *Evidence for neuronal dysfunction in the anterior cingulate of patients with schizophrenia: a proton magnetic resonance spectroscopy study at 3 T*. Schizophrenia Research 2007;94:328-31.

226. Opinioni e pregiudizi sulla tossicodipendenza da eroina. Cambiamenti nel decennio 1995-2005

C. Quilici[*], M. Pacini[* **], I. Maremmani[* ** ***]

[*] *Vincent P. Dole Research Team, Santa Chiara University Hospital, Department of Psychiatry, University of Pisa;* [**] *Institute of Behavioural Sciences "G. De Lisio", Pisa;* [***] *AU-CNS, "From Science to Public Policy" Association, Pietrasanta (LU)*

Questo studio si propone di verificare, nel decennio 1995-2005, l'andamento delle opinioni corrette e di quelle pregiudiziali sulla tossicodipendenza da eroina (indagate con un apposito questionario – OpiTox) in gruppi di tossicomani (in trattamento nei servizi pubblici e nelle comunità terapeutiche) e non tossicomani (soggetti a rischio e tratti dalla popolazione generale) attraverso un confronto tra campioni effettuato a distanza di 10 anni. Questo per comprendere se nel corso del tempo sia stato effettivamente messo in atto una forma d'intervento psicoeducazionale e se esso abbia prodotto risultati in termini di incremento della cultura sul problema della tossicodipendenza. I risultati mostrano una sostanziale immodificazione delle conoscenze e dei pregiudizi riguardo alla tossicodipendenza da eroina rispetto a 10 anni fa. Globalmente, le carenze conoscitive dei soggetti appartenenti ai vari gruppi esaminati si focalizzano sulle seguenti questioni: la natura dell'eroinismo; il meccanismo del comportamento recidivante; l'importanza terapeutica e il funzionamento di metadone e buprenorfina. Soprattutto per quanto riguarda il concetto di tossicodipendenza da eroina, è fondamentale chiarire la sua essenza di "patologia metabolica a tendenza cronica e recidivante". Ne deriva che anche oggi, più che mai, è necessaria l'impostazione di un programma psicoeducativo intenso, diffuso in tutti gli ambienti (strutture socio-sanitarie, scuole, comunità ecc.), chiaro e mirato nei contenuti.

227. Possibile ruolo di varianti genetiche del recettore glutammatergico GRM3 nella risposta al trattamento con olanzapina dei sintomi negativi della schizofrenia

A. Rampino[*], G. Caforio[*], M. Rizzo[*], L. Fazio[*], R. Romano[*], A. Di Giorgio[*], G. De Simeis[*], G. Blasi[*], B. Kolachana[**], D.R. Weinberger[**], M. Nardini[*], A. Bertolino[*]

[*] *Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari;* [2] *Clinical Brain Disorders Branch, National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, Bethesda (MD), USA*

L'evidenza di un possibile ruolo del glutammato (GLU) nella patogenesi della schizofrenia ha suscitato nel corso degli anni un interesse crescente. Il GLU lega diversi tipi di recettori, tra cui il recettore M3 (GRM3). Il gene codificante per questo recettore riconosce delle varianti funzionali di tipo SNP (Single Nucleotide Polymorphism). Recenti studi mostrano un ruolo di questi SNP nella genesi del disturbo e nella risposta agli antipsicotici. Nel presente lavoro è stato studiato l'effetto delle variazioni alleliche in un blocco aplotipico contenente 3 SNP di GRM3 sulla risposta al trattamento con olanzapina (OLZ). 59 pazienti (48 M, età 28,3 σ 7,7) con diagnosi secondo il DSM IV di schizofrenia e terapia con OLZ (dose media 19,8 mg/die σ 7,7) sono stati sottoposti a valutazione sintomatologica con la PANSS (Positive And Negative Symptoms Scale) ai tempi 0, 7, 14, 28 e 56 giorni dall'inizio del trattamento e genotipizzati per i 3 SNP di GRM3. L'analisi aplotipica ha mostrato frequenze massime per i 3 aplotipi AGC (62%), GAC (17%) ed AAC (14%). La valutazione dei possibili effetti dell'aplotipo sulla risposta ha, invece, evidenziato un effetto favorevole e statisticamente significativo ($p = 0,03$) dell'aplotipo GAC sull'andamento dei sintomi negativi espresso come variazione dei punteggi PANSS tra 0 e 56 giorni. Questi dati preliminari suggeriscono che la modulazione della trasmissione glutammatergica geneticamente determinata può contribuire alla risposta farmacologia a OLZ.

228. Studio del profilo generale premorboso dell'attività circadiana in pazienti bipolari

A. Rasa, D. Liberati, E. Polli, M. Ciuffa, G. Bersani

UOD Universitaria di Psichiatria, Ospedale "A. Fiorini", Terracina, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma, Polo Pontino

Introduzione: molti dati in letteratura suggeriscono che anomalie nei ritmi circadiani possano avere un ruolo importante nella patogenesi del Disturbo Bipolare, unitamente a fattori genetici, psicologici, socio-culturali e neurobiologici. Inoltre viene riconosciuta sempre di più l'importanza del coinvolgimento dell'"orologio circadiano" nel meccanismo d'azione di alcune delle terapie attualmente in uso nei Disturbi dell'Umore come la *Light Therapy* e la *Sleep Deprivation.* Evidenze in tal senso giungono anche da studi genetici e molecolari, suggerendo la possibilità che anche i farmaci antidepressivi e stabilizzatori del tono dell'umore possano provocare importanti modificazioni in tale asse, contribuendo all'efficacia globale dell'intervento terapeutico. Non a caso, infatti, anche il DSM-IV considera sintomi primari dei Disturbi dell'Umore funzioni ed attività di interesse cronobiologico, come il sonno e l'appetito, inserendoli fra i criteri diagnostici del Disturbo Bipolare e sottolineandone l'importanza sia nelle fasi depressive che in quelle maniacali.
Obiettivo: scopo di questo studio è l'approfondimento delle conoscenze relative al legame fra alterazioni del profilo generale dell'attività circadiana in epoca pre-morbosa e l'insorgenza del Disturbo Bipolare, confrontando un gruppo di pazienti affetti da tale patologia con un campioni di individui sani, nell'ipotesi che anomalie circadiane in epoca premorbosa possano concorrere ad indicare rischio o caratteristiche del Disturbo Bipolare in età adulta.
Metodi: 21 pazienti (10 maschi e 11 femmine, età media: 48,37), affetti da Disturbo Bipolare secondo i criteri diagnostici del DSM-IV, sono stati confrontati con 28 individui sani (13 maschi e 15 femmine, età media: 47,5). A tal fine a tutti i partecipanti è stato somministrato un questionario nel quale si richiedevano informazioni sull'orario di addormentamento e risveglio. Venivano inoltri richiesti gli orari della giornata nei quali l'appetito, la capacità di concentrazione e l'energia erano più elevati. Nello stesso soggetto tali parametri erano esplorati per quanto riguarda l'"adolescenza" (11-15 anni) e l'"età giovanile" (16-20 anni). I dati ottenuti sono stati confrontati con il *t student test* per l'analisi statistica.
Risultati: esistono alcune differenze significative ($p < 0,05$) dal punto di vista statistico fra il campione di soggetti affetti da Disturbo Bipolare e quello composto da individui sani. In "adolescenza" l'ora del risveglio mattutino è anticipata in media di 24 minuti nei soggetti con Disturbo Bipolare rispetto ai controlli. Inoltre anche l'ora dell'addormentamento serale risulta anticipata in tali soggetti di circa 50 minuti ($p < 0,04$). Nell'"età giovanile" l'ora del risveglio risulta essere anticipata di 78 minuti ($p < 0,03$) nei soggetti Bipolari, mentre l'orario di addormentamento appare ritardato in media di 25 minuti. Per quanto riguarda l'appetito in generale i pazienti bipolari tendono a riferire una maggiore prevalenza mattutina rispetto ai controlli sani.
Conclusioni: questi risultati sembrano confermare la presenza di differenze significative nel profilo premorboso di attività circadiana in soggetti bipolari rispetto ad individui sani. Queste alterazioni appaiono inoltre riflettersi in alcune caratteristiche sintomatologiche di tali pazienti, suggerendo la possibile rilevanza di tali alterazioni anche nell'espressione clinica del Disturbo Bipolare in età adulta. Ulteriori studi dovranno essere condotti al fine di poter individuare alterazioni circadiane in età giovanile associate con un maggior grado di vulnerabilità alla genesi di tale disturbo.

229. L'uso cronico di eroina e cocaina riduce le concentrazioni sieriche di Brain Derived Neurotrophic Factor e Nerve Growth Factor

V. Ricci[*], F. Angelucci[**], M. Pomponi[*], G. Conte[*], P.A. Tonali[**], P. Bria[*]

[*] *Istituto di Psichiatria,* [**] *Instituto di Neurologia, Università Cattolica di Roma e Fondazione Don Gnocchi, Roma*

L'uso cronico di eroina e cocaina determina disfunzioni nel sistema nervoso centrale: disturbi della memoria, dell'ap-

prendimento, dell'attenzione. Tali fattori suggeriscono che queste sostanze possano alterare le funzioni cerebrali e causare danno neurotossico. Le neurotrofine sono una classe di proteine che servono da fattori di sopravvivenza per il SNC. In particolare il Nerve Growth Factor (NGF) gioca un importante ruolo nella sopravvivenza e nella funzionalità dei neuroni colinergici, mentre il Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF) è coinvolto nei processi di plasticità sinaptica e nella sopravvivenza dei neuroni dopaminergici e colinergici. In questo studio abbiamo misurato attraverso il metodo ELISA i livelli di BDNF e NGF nel siero di tre gruppi di soggetti: dipendenti da eroina, dipendenti da cocaina e soggetti normali. Il nostro scopo era quello di dimostrare un'alterazione dei livelli di neurotrofine nel siero dei pazienti eroinomani e cocainomani. Abbiamo trovato che i livelli di BDNF erano ridotti nei pazienti eroinomani, mentre i livelli di NGF erano ridotti sia nei pazienti cocainomani che eroinomani. Questi risultati evidenziano come i livelli sierici di tali neurotrofine siano influenzati dal danno neurotossico causato dalle sostanze. Inoltre alla luce dell'ipotesi neurotrofica della schizofrenia, questi dati suggeriscono che ridotti livelli di neurotrofine possano aumentare il rischio di sviluppare psicosi in coloro che abusano di sostanze.

Bibliografia

Angelucci F, Mathe AA, Aloe L. *Neurotrophic factors and CNS disorders: findings in rodent models of depression and schizophrenia*. Prog Brain Res 2004;146:151-65.

Canudas AM, Pezzi S, Canals JM, Pallas M, Alberch J. *Endogenous brain-derived neurotrophic factor protects dopaminergic nigral neurons against transneuronal degeneration induced by striatal excitotoxic injury*. Brain Res Mol Brain Res 2005;134:147-54.

Grimm JW, Lu L, Hayashi T, Hope BT, Su TP, Shaham Y. *Time-dependent increases in brain-derived neurotrophic factor protein levels within the mesolimbic dopamine system after withdrawal from cocaine: implications for incubation of cocaine craving*. J Neurosci 2003;23:742-7.

230. Strutturazione dell'identità e disturbo borderline di personalità: un'indagine clinica e psicopatologica

C. Rinaldi, P. Bozzatello, S. Bellino, F. Bogetto

Servizio per i Disturbi di Personalità, SCU Psichiatria 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: il DSM-IV include il disturbo dell'identità fra i criteri diagnostici per il Disturbo Borderline di Personalità (DBP), riprendendo la concezione di Kernberg (1975). Secondo l'Autore, nel DBP la scarsa coesione dell'immagine di Sé deriva dall'incapacità di integrare gli aspetti positivi e negativi delle relazioni oggettuali e si manifesta con senso di vuoto, intolleranza alla solitudine, relazioni interpersonali instabili.
Il disturbo dell'identità nel DBP è stato analizzato da Wilkinson-Ryan e Westen (2000), che hanno identificato 4 fattori: "role absorption", tendenza ad identificarsi in un singolo ruolo, "painful incoherence", sofferenza per la mancanza di coesione del Sé, "inconsistency", incoerenza di pensiero, sentimento e comportamento, e "lack of commitment", difficoltà nel perseguire gli obiettivi.
Il presente studio ha lo scopo di indagare i rapporti che intercorrono fra disturbo dell'identità e caratteristiche cliniche di pazienti con DBP.
Metodologia: un campione di pazienti ambulatoriali consecutivi con diagnosi di DBP secondo il DSM-IV è stato valutato con un'intervista semistrutturata clinico-demografica, SCID-I e II, CGI, BPRS, HAM-A e HAM-D, ZUNG, SOFAS, BIS per l'impulsività e BPD Severity Index-item Identità.
Risultati: i dati raccolti sono sottoposti a un'analisi di regressione multipla in cui si adotta il punteggio dell'item Identità del BPDSI come variabile dipendente e i punteggi delle scale psicometriche e i fattori clinici come variabili indipendenti.
Conclusioni: i risultati sono descritti e discussi in riferimento alle implicazioni cliniche e psicopatologiche, in particolare alla possibilità di individuare un profilo clinico caratteristico dei pazienti borderline con disturbo dell'identità predominante.

Bibliografia

Kernberg O. *Borderline conditions and pathological narcissism.* New York: Jason Aronson 1975.

Wilkinson-Ryan T, Westen D. *Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation.* Am J Psychiatry 2000;157:528-41.

231. Strategie di coping e burnout nel personale sanitario

C.A. Ripamonti, P. Steca, A. Prunas, E. Preti, D. Monzani, E. Santoro

Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca

Obiettivo: le ricerche che hanno studiato i fattori di rischio correlati al burnout degli operatori sanitari difficilmente hanno analizzato i meccanismi di coping a cui medici e infermieri fanno ricorso per fronteggiare le situazioni lavorative percepite come maggiormente stressanti. Ciò è in parte riconducibile all'assenza di strumenti di assessment elaborati a tale fine; questo contributo si propone di presentare un nuovo strumento per la valutazione dei meccanismi di coping nel personale sanitario. Lo strumento, l'Health Professions Coping Scale (HPCS), si ispira alla letteratura più tradizionale sul coping e individua quattro strategie: focus sul problema, focus sulle emozioni, ricerca di sostegno sociale ed evitamento.
Metodi: l'HPCS è stato somministrato a un campione di 150 medici e 350 infermieri reclutati volontariamente in diverse strutture sanitarie pubbliche e private della Lombardia. I soggetti coinvolti hanno anche compilato il Maslach Burnout Inventory e due questionari costruiti espressamente per la rilevazione del clima organizzativo e della soddisfazione lavorativa.
Risultati: lo strumento ha permesso di rilevare le situazioni lavorative percepite come maggiormente stressanti da medici e infermieri mettendo in evidenza, da parte di questi ultimi, un minore ricorso a strategie di focus sul problema. Inoltre, nelle situazioni più stressanti è possibile rilevare un maggiore ricorso alle strategie di coping più disfunzionali. Le strategie di focus sulle emozioni e di evitamento risultano significativamente correlate alle tre dimensioni del burnout.

Conclusioni: la validazione dello strumento ha mostrato come sia in grado di individuare le aree e le specifiche situazioni vissute come maggiormente stressanti da medici e infermieri e le strategie da loro maggiormente utilizzate per farvi fronte, suggerendo l'esistenza di "tipologie" di operatori sanitari, caratterizzati da specifici profili nell'impiego combinato delle quattro strategie di coping.

232. La riabilitazione cognitiva nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo

P. Riva, S. Di Santo, C. Tocchella, P. Cavedini, L. Bellodi

Istituto Scientifico San Raffaele, Ospedale San Raffaele Turro, Università Vita Salute San Raffaele, Facoltà di Psicologia, Milano

Introduzione: tra i pazienti (pz.) affetti da disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) si riscontra un'elevata percentuale (40-60%) di soggetti resistenti al trattamento standard (farmacologico, cognitivo-comportamentale TCC). In letteratura viene evidenziato come pz. affetti da DOC mostrano la presenza di deficit specifici nelle funzioni esecutive (decision making, apprendimento procedurale, uso di strategie al lungo termine, riconoscimento di feedbak ambientale e abilità di seft shifting). Studi mostrano l'efficacia della riabilitazione cognitiva in pz. neurologici con deficit focali nelle stesse aree compromesse nei pz. affetti da DOC.
Scopo del nostro lavoro è valutare se un programma di riabilitazione cognitiva computerizzato (Rehacom) in affiancamento alle terapie tradizionali possa migliorare la risposta terapeutica dei soggetti affetti da DOC.
Materiale e metodo: lo studio è stato condotto su due coorti di pz DOC: un gruppo ha seguito un programma di riabilitazione computerizzato (Rehacom) in affiancamento alle terapie tradizionali, il secondo ha seguito il normale iter terapeutico. Il protocollo Rehacom prevedeva 2 sedute settimanali di un'ora ciascuna per 10 settimane.
Tutti i soggetti dello studio sono stati valutati a T0 e T10 con una batteria di test neuropsicologici (Iowa gambling task (IGT), Wisconsin card sorting test, Torre di Hanoi) e Y-BOCS.
Risultati: il gruppo di pz. Rehacom ha mostrato un miglioramento maggiore dei pz. trattati in modo standard alla Y-BOCS (tot. e oss.). Nella valutazione neuropsicologica si è evidenziato un miglioramento significativo alla prestazione all'IGT dei soggetti riabilitati al computer.
Conclusioni: i risultati di questo studio seppur preliminari e condotti su una piccola coorte di soggetti possono essere importanti nel sostenere l'utilità di programmi di riabilitazione cognitiva nei pz. affetti da DOC.

233. Un nuovo polimorfismo del gene per il recettore D2 modula la performance a test di memoria di lavoro e attenzione

R. Romano[*], L. Fazio[*], G. Blasi[*], A. Rampino[*], B. Gelao[*], P. Taurisano[*], L. Lo Bianco[*], G. Caforio[*], A. Di Giorgio[*], W. Sadée[**], M. Nardini[*], A. Bertolino[*]

[*] Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; [**] Program in Pharmacogenomics, Department of Pharmacology, College of Medicine, and Division of Biostatistics, College of Public Health, The Ohio State University, Columbus

La dopamina svolge un ruolo significativo nella modulazione dei circuiti neuronali cortico-striatali deputati al processamento cognitivo. In questo ambito, il *signaling* determinato dai recettori dopaminergici D2 sembra essere di cruciale importanza. Alcuni studi hanno evidenziato un'associazione tra disponibilità dei D2 e *performance* a compiti cognitivi. Scopo di questo studio è valutare la possibile modulazione della performance ad un compito di memoria di lavoro e ad un compito attentivo da parte di un polimorfismo intronico del gene che codifica per il recettore D2 (rs2283265), precedentemente associato ad espressione differenziale del recettore a livello dello striato e della corteccia prefrontale. 121 soggetti (50 M, età 25,5 ± 5,5) sono stati genotipizzati secondo il polimorfismo D2 rs2283265 e suddivisi in base alla variante allelica in essi presente (G/T). 102 sono risultati omozigoti G e 19 eterozigoti. I gruppi erano comparabili per una serie di variabili sociodemografiche. A tutti i soggetti sono stati somministrati il 2-back per la valutazione della memoria di lavoro, il VAC per l'attenzione, il WCST per le funzioni esecutive. L'analisi della varianza ha mostrato un effetto del polimorfismo rs2283265 sull'accuratezza al 2-back e al VAC. In particolare, i soggetti GG hanno evidenziato una migliore accuratezza dei GT. Questi risultati suggeriscono che un polimorfismo funzionale del gene D2 possa modulare la performance durante memoria di lavoro e attenzione.

234. DAI30, gli aspetti soggettivi del trattamento con risperidone iniettabile a rilascio prolungato (RRP): i risultati dello studio italiano R-LAI in pazienti affetti da schizofrenia o disturbo schizoaffettivo

A. Rossi[*], M.M. Bernareggi[**], M.G. Giustra[**] e gli Sperimentatori dei centri partecipanti allo studio clinico R-LAI

[*] Centro coordinatore, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università di L'Aquila (AQ); [**] Medical Affairs, Janssen-Cilag SpA, Cologno Monzese (MI)

Introduzione: la Drug Attitude Inventory [1] (DAI30) è uno strumento valido [2] e attendibile di autovalutazione sull'opinione della persona nei confronti del trattamento con farmaci antipsicotici attraverso l'esplorazione di due costrutti: l'*atteggiamento nei confronti del farmaco* (AM-DAI30) e la *risposta soggettiva* (SR-DAI30). Per queste sue caratteristiche è stato recentemente ampiamente utilizzato nei *clinical trials* per monitorare l'opinione del paziente riguardo il trattamento.

Metodi: a 347 soggetti con schizofrenia o disturbo schizoaffettivo sintomatologicamente stabili e trattati per 52 settimane con RRP è stato chiesto di compilare la DAI30 al basale e a ogni visita successiva (mese 1 e ogni 3 mesi).
Risultati: il punteggio medio totale DAI30 migliora significativamente ($p < 0,001$) già dopo 3 mesi di terapia con RRP con una tendenza stabile al miglioramento sia nella componente soggettiva (SR-DAI30 da 23,9 ± 3,1 a 24,5 ± 3,5) che in quella cognitiva (AM-DAI30 da 18,7 ± 2,5 a 19,2 ± 2,6). La variazione del punteggio DAI30 correla sia con la variazione dei sintomi positivi PANSS che con quella del punteggio GAF (rispettivamente coefficiente di Pearson 0,28 e 0,35, $p < 0,01$). In un modello di regressione logistica la variazione DAI30 è un fattore predittivo della remissione sintomatologica completa (0,17%, $p < 0,001$) secondo i criteri di Andreasen [3].
Conclusioni: il trattamento con RRP per 52 settimane garantendo il mantenimento dell'efficacia clinica e un significativo controllo dei sintomi, mostra un miglior funzionamento globale che si riflette in un atteggiamento cognitivo e funzionale positivo verso la scelta terapeutica instaurata.

Bibliografia

1 Hogan TP, et al. Psychological Med 1983;13:177-83.
2 Rossi A, et al. Epidemiologia e Psichiatria Sociale 2001;10:107-13.
3 Andreasen, et al. Am J Psychiatry 2005;162:441-9.

235. Remissione sintomatologica in schizofrenia: i risultati dello studio italiano R-LAI con risperidone iniettabile a rilascio prolungato (RRP)

A. Rossi*, M.M. Bernareggi**, M.G. Giustra** e gli Sperimentatori dei centri partecipanti allo studio clinico R-LAI

** Centro coordinatore, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università di L'Aquila (AQ); ** Medical Affairs, Janssen-Cilag SpA, Cologno Monzese (MI)*

Introduzione: gli attuali obiettivi di trattamento sono indirizzati verso la prevenzione delle ricadute, anziché su nuove prospettive di recupero funzionale, perseguibili con il raggiungimento di una prolungata remissione sintomatologica. I criteri operativi di remissione, secondo Andreasen [1], distinti in gravità (punteggio PANSS P1, P2, P3, G5, G9, N1, N4, N6 ≤ 3) e durata (mantenimento del punteggio ≤ 3 per almeno 26 settimane) sono stati applicati a 243/347 soggetti affetti da schizofrenia o disturbo schizoaffettivo stabili che hanno completato le 52 settimane di trattamento in aperto con RRP.
Risultati: sebbene i soggetti fossero considerati sintomatologicamente stabili solo il 14% al basale soddisfa i criteri di gravità della remissione mentre a 52 settimane aumenta al 45%. L'86% dei soggetti già in remissione al basale mantiene tale criterio alla fine dello studio. Inoltre il 32% soddisfa entrambi i criteri (gravità e durata) a 12 mesi. La riduzione del punteggio totale PANSS dal basale (88,4 ± 22,0) a 12 mesi (69,6 ± 22,9; $p < 0,001$) è associata alla remissione sintomatologica completa (test Chi Quadrato, $p < 0,001$). Nei soggetti in remissione sintomatologica la diminuzione dei fattori cognitivi della PANSS è maggiore ($p < 0,001$) di quella osservata nei soggetti non in remissione.
Conclusioni: il trattamento con RRP per 12 mesi garantisce un significativo e continuo miglioramento nel controllo dei sintomi permettendo ai soggetti di raggiungere la remissione sintomatologica.

Bibliografia

1 Andreasen et al. Am J Psychiatry 2005;162:441-9.

236. Valutazione del benessere soggettivo dopo switch a ziprasidone in pazienti schizofrenici ambulatoriali: uno studio in aperto della durata di 8 settimane

A. Rossi[1], A. Sciarretta[2], F. Romeo[3], P. Tiradritti[3], A. Vita[4]

[1] Dipartimento di Medicina Sperimentale Sezione di Neuroscienze, Università de L'Aquila; [2] Centro Igiene Mentale, Tivoli, Roma; [3] Direzione Medica, Pfizer Italia, Roma; [4] Dipartimento di Psichiatria, Università di Brescia

Introduzione: la risposta soggettiva alla farmacoterapia e la qualità di vita percepita sono strettamente legati alla compliance, al quadro psicopatologico oggettivo e all'outcome del trattamento.
Scopo: valutare la risposta soggettiva a ziprasidone in pazienti schizofrenici ambulatoriali dopo switch da antipsicotici tipici e atipici.
Metodo: 312 pazienti con diagnosi di schizofrenia sono stati inclusi nello studio in aperto e trattati per otto settimane con ziprasidone. I principali criteri di inclusione prevedevano: trattamento in corso con un altro antipsicotico orale da oltre 2 mesi e indicazione alla variazione della terapia per risposta inadeguata o comparsa di effetti collaterali intollerabili. La risposta soggettiva al trattamento è stata valutata mediante la scala SWN.
Risultati: 228 pazienti (73,1%) hanno completato lo studio. Il punteggio medio totale della SWN è significativamente aumentato dopo lo switch a ziprasidone (basale: 97,7 ± 25,3; variazione media dopo 8 settimane: +9,3 ± 20,3; $p < 0,0001$). Anche tutti i 5 sottopunteggi SWN hanno evidenziato un miglioramento significativo ($p < 0,0001$).
Discussione/Conclusioni: la risposta soggettiva dei pazienti al trattamento in corso è migliorata dopo lo switch a ziprasidone. Tale evidenza può essere ricondotta al peculiare profilo di efficacia e tollerabilità di ziprasidone, con particolare riferimento agli effetti positivi sulle funzioni cognitive nonché alla ridotta azione sedativa rispetto agli altri antipsicotici.

237. Switch a ziprasidone da aloperidolo e da antipsicotici atipici in pazienti schizofrenici: dati di tollerabilità e sicurezza da due studi in aperto della durata di 8 settimane

A. Rossi[1], A. Vita[2], F. Romeo[3], P. Tiradritti[3], C. Mencacci[4]

[1] Dipartimento di Medicina Sperimentale Sezione di Neuroscienze, Università de L'Aquila; [2] Dipartimento di Psichiatria, Università di Brescia [3] Direzione Medica, Pfizer Italia, Roma; [4] U.O. Psichiatria, Ospedale Fatebenefratelli, Milano

Introduzione/Scopo: due studi in aperto della durata di 8 settimane–a cui hanno partecipato pazienti schizofrenici in fase acuta o stabilizzata–hanno valutato l'effetto dello switch a ziprasidone da olanzapina (n = 124), risperidone (n = 98), aloperidolo (n = 65) o quetiapina (n = 63) su EPS, peso corporeo e diversi parametri di laboratorio.
Metodologia: pazienti schizofrenici in fase acuta o cronica che necessitavano di una variazione della terapia antipsicotica a causa di una risposta terapeutica insoddisfacente o dell'insorgenza di effetti collaterali intollerabili sono stati trattati in aperto, con ziprasidone, per otto settimane.
Risultati: peso e BMI si sono ridotti significativamente dopo switch da risperidone e olanzapina. I livelli di colesterolo totale sono diminuiti significativamente in seguito allo switch da olanzapina e risperidone e la glicemia ha evidenziato un miglioramento significativo dopo switch da quetiapina. La prolattinemia si è ridotta significativamente dopo switch da risperidone. Il punteggio medio basale alla scala Simpson Angus si è ridotto significativamente dopo lo switch a ziprasidone in tutti gruppi valutati ($p < 0,0001$ *vs.* risperidone e aloperidolo; $p < 0,05$ *vs.* olanzapina e quetiapina).
Discussione/Conclusioni: il profilo metabolico di ziprasidone offre diversi vantaggi, rispetto agli altri antipsicotici atipici, nella gestione della sicurezza cardiovascolare a lungo termine del paziente schizofrenico.

238. Comorbilità di esordio psicotico e abuso di sostanze in pazienti afferenti ai CSM dell'area Bologna-Ovest

E. Rossi, D. Pecile, E. Mori, N. Cevenini, P. Papili, R. Michetti, D. Berardi

Istituto di Psichiatria "P. Ottonello", Università di Bologna

Introduzione: nell'ultimo decennio in letteratura trova ampio spazio il dibattito sui fattori di rischio e la diagnosi precoce di psicosi all'esordio, abbiamo pertanto indagato le principali caratteristiche dei pazienti al primo contatto per psicosi con tre Centri di Salute Mentale (CSM) a Bologna.
Metodo: abbiamo condotto uno studio retrospettivo su pazienti con età d'esordio fra i 18 e 30 anni con diagnosi ICD-10 F2 (schizofrenia, sindrome schizotipica e disturbi deliranti) al primo contatto con i tre CSM nel periodo compreso tra gennaio 2002 e dicembre 2006; abbiamo valutato caratteristiche socio-demografiche, abuso di sostanze nella storia clinica, pregressi ricoveri in ambiente psichiatrico e modalità di invio al CSM.
Risultati: i pazienti sono 56, 39 (70%) sono maschi. L'età di esordio della patologia è di 23,3 anni, quella del primo contatto coi servizi è di 23,8 anni; il 95% dei pazienti è celibe; 43 pazienti (79%) vivono in famiglia; 24 (43%) soggetti hanno conseguito la licenza media inferiore, 22 (39%) quella superiore; 24 (43%) pazienti sono disoccupati e 15 (27%) sono studenti. È presente abuso di sostanze per 26 soggetti (46%); 21 pazienti (37,5%) hanno subito ricoveri prima del contatto con i servizi, 16 (29%) sono stati inviati ai CSM dall'SPDC, 11 (20%) dai familiari, 10 (18%) dai medici di base, 5 (9%) si sono presentati autonomamente.
Conclusioni: nonostante l'esiguità del campione i dati da noi raccolti sembrano confermare le recenti evidenze presenti in letteratura.

239. La terapia farmacologica nell'anoressia nervosa è utile? Studio retrospettivo su una casistica di 24 pazienti in età evolutiva

G. Rossi, M. Rossi, U. Balottin*, E. Fazzi, M. Chiappedi, R. Di Nardo, G. Drumbl

*Dipartimento di Clinica Neurologica e Psichiatrica dell'Età Evolutiva, IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Casimiro Mondino, Pavia; * Università dell'Insubria, UONPIA Ospedale Fondazione Macchi, Varese*

Introduzione: il trattamento dell'anoressia nervosa prevede un approccio integrato, multidisciplinare, in cui il ruolo della farmacoterapia, soprattutto nei soggetti in età evolutiva, è tuttora dibattuto. Obiettivo dello studio è quello di valutare retrospettivamente l'efficacia e la tollerabilità della terapia farmacologica nei pazienti, di età compresa tra i 12 ed i 18 anni, afferiti consecutivamente per anoressia nervosa presso il nostro Dipartimento.
Risultati: dei 70 soggetti valutati, 24 (34%) hanno ricevuto almeno una prescrizione farmacologica rivolta a specifici sintomi bersaglio, quali ansia, depressione, aspetti ossessivi, ma anche angoscia e disturbi del pensiero. Sono stati utilizzati per lo più farmaci antidepressivi, ma anche benzodiazepine ed antipsicotici, per lo più a dosaggi medio-bassi. Nel 79% dei casi si è evidenziato un miglioramento, sia del comportamento alimentare che del funzionamento psichico; nel 25% delle prescrizioni sono stati riportati effetti collaterali, con sospensione della terapia nel 17% dei casi.
Discussione: la terapia farmacologica nell'anoressia nervosa può risultare efficace, quando rivolta a specifici sintomi bersaglio, ma implica la necessità di un'attenta valutazione del profilo beneficio-rischio.
Conclusioni: in un contesto di sostegno al paziente, non centrato unicamente sugli aspetti nutrizionali, la terapia farmacologica può essere utile nel migliorare il quadro psicopatologico di base e le eventuali comorbidità psichiatriche.

240. Topiramate on Pathological Gambler: a methodological design study

L. Rossi*, D. Simeon**, E. Hollander**

** University of Pisa, Psychiatry, Pisa, Italy; ** Mount Sinai School of Medicine, Psychiatry, New York, USA*

Background: there are currently no approved medications for the treatment of the Pathological Gambling (PG). This

study examined the efficacy of topiramate on PG, via a parallel, double blind placebo controlled trial.
Methods: twenty-six patients were recruited. The diagnosis was made by DSM-IV criteria and the Structured Clinical Interview for Pathological Gambling (SCID-PG) confirmed by out the Pathological Gambling Scale (PG-Y-BOCS).
Inclusion criteria: diagnosis of gambling, significant scores at Gambling Symptom Assessment Scale (GSAS ≥ 2), and Clinical Global Impression-severity > 4. Exclusion criteria included psychoesis, psychotropic medications, pregnancy, positive drug urine screen. The patients were randomized to topiramate *vs.* placebo in a 1:1 fashion. A physician monitor side effects. Blood-work was performed to monitor routine laboratories/topiramate levels. Medication was titrated up to 300 mg/day.
Results: primary outcome measure: PG-Y-BOCS total/compusion score, CGI. The sample size calculation is based on a two-sided test at 5% significance level. A previous study show a difference between active treatment and placebo of 2.1 units of approximately 10% could be expected. The finding will be supported by statistically significant differences in the secondary outcome measures: Barratt Impulsivity Scales, GSAS.
Conclusions: final data will support the hypothesis that Topiramate was efficacious on gambling behavior in our patients with PG.

References

De Caria CM, Hollander E, Grossman R, et al. *Diagnosis, neurobiology and treatment of pathological gambling*. J clin Psychiatry 1996;57:80-4.

Dannon P. *Topiramate for the treatment of Kleptomania: a case series and review of literature*. Clin NeuroPharm 2003;26:1-4.

241. Disturbi bipolari ad esordio precoce e disturbi di personalità

G. Rosso, U. Albert, G. Maina

Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: la maggior parte degli studi che riguardano la comorbidità tra disturbi dell'umore e disturbo di personalità (DP) sono relativi a campioni di pazienti affetti da depressione unipolare e sottolineano come la presenza di DP sia legata ad una prognosi peggiore [1-3]. La comorbidità tra Disturbo Bipolare (DB) e DP è stata valutata sino ad ora soprattutto in campioni di pazienti che includevano sia soggetti con disturbo bipolare di tipo I (DBI) che disturbo bipolare di tipo II (DBII). Esiste un unico lavoro, pubblicato di recente, che ha preso in esame le differenze nelle comorbidità tra DB I, DB II e depressione maggiore ricorrente e che ha rilevato una sostanziale uniformità nella comorbidità di asse II tra pazienti affetti da DBI e II [4].
Lo scopo del presente studio è di valutare i tassi di prevalenza di DP in un campione di pazienti affetti da DB I e II e di studiare l'eventuale correlazione tra età d'esordio del disturbo bipolare e presenza di disturbo di personalità.
Materiali e metodi: il nostro campione è formato da pazienti ambulatoriali afferiti presso il Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia con diagnosi di DBI o DBII secondo il DSM-IV. Per l'accertamento della comorbidità di asse II è stata utilizzata la SCID-II, somministrata in fase eutimica.
Risultati: il 50,4% dei pazienti inclusi nello studio (N = 127) presentano almeno un DP. Il 78,5% dei pazienti con esordio del disturbo bipolare prima dei 18 anni presenta almeno un DP *vs.* il 46,9% dei pazienti con esordio del DB in età adulta (p = 0,24).
Conclusioni: nel campione in studio l'esordio del disturbo bipolare in età adolescenziale è associato a una maggior prevalenza di disturbi di personalità. Il dato dovrà essere confermato aumentando la numerosità campionaria.

Bibliografia

1 May M, Akiskal HS, Lopez-Ibar JJ, Sartorius N, eds. *Bipolar Disorder*. Wiley Chichester 2002.

2 Kay JH, et al. *Impact on axis II comorbidity on the course of bipolar illness in men: a retrospective chart review.* Bipolar disorder 2002;4:237-42.

3 Black DW, et al. *The importance of Axis II in patients with major depression: a controlled study*. J Affect Disord 1998:14;115-22.

4 Mantere, et al. *Differences in Axis I and II comorbidity between Bipolar I and Bipolar II disorders and Major Depressive Disorder*. J Clin Psychiatry 2006;67:584-93.

242. Efficacia e tollerabilità a lungo termine dello switch diretto a risperidone iniettabile a rilascio prolungato (RRP): i risultati a 18 mesi della coorte italiana dello studio internazionale StoRMi

E. Sacchetti[*], M.G. Giustra[**], R. Medori[***] e gli Sperimentatori dei Centri Partecipanti allo studio clinico StoRMi

[*] *Clinica Psichiatrica Spedali Civili di Brescia, Brescia;* [**] *Medical Affairs, Janssen-Cilag SpA, Cologno Monzese (MI);* [***] *Medical Affairs, Janssen-Cilag EMEA, Belgio*

Introduzione: RRP, unico antipsicotico atipico in formulazione a rilascio prolungato, si è dimostrato efficace e ben tollerato in studi a breve e lungo termine in soggetti con disturbi psicotici [1-6]. Sono qui presentati i dati italiani della fase di estensione dello studio internazionale StoRMi in aperto della durata di 6 mesi che valuta l'efficacia di RRP in soggetti psicotici stabili sottoposti a switch diretto da un precedente trattamento antipsicotico orale/depot.
Risultati: dei 124 soggetti (73% del totale) entrati nella fase di estensione, 70 hanno completato i 18 mesi di trattamento. Il 52% è uscito dallo studio per ritiro del consenso (30%) eventi avversi (12%) o risposta insufficiente (9%). Il punteggio medio totale PANSS e quello delle sottoscale è migliorato significativamente (p ≤ 0,001) a tutte le valutazioni (previste ogni 3 mesi). All'endpoint il 58% dei soggetti ha avuto un miglioramento ≥ 20% nel punteggio totale PANSS e sono migliorati (p ≤ 0,001) i punteggi alla CGI-S GAF e SF-36 (tutti i domini). Gli eventi avversi più frequenti sono stati ansia (17%) aumento di peso (16%) insonnia (12%) esacerbazione dei sintomi (12%) e anormalità della sfera sessuale (6%). Si è verificata una significativa riduzione (p ≤ 0,001) nel corso dello studio del punteggio totale ESRS e del parkinsonismo.
Conclusioni: In soggetti con disturbi psicotici il trattamento a lungo termine con RRP porta ad un miglioramento significativo e protratto dei sintomi con un buon profilo di tollerabilità.

Bibliografia

1. Kane et al. Am J Psychiatry 2003;160:1225-132.
2. Lindenmayer et al. J Clin Psychiatry 2004;65:1084-9.
3. Chue et al. Schizoprenia Research 2002;53(Suppl. 3):174-5.
4. Fleischhacker et al. J Clin Psychiatry 2003;64:1250-7.
5. Kissling et al. J Psychopharmacol 2005;19(Suppl. 5):15-21.
6. Simpson et al. J Clin Psychiatry 2006;67:1194-203.

243. Remissione sintomatologica in schizofrenia con risperidone iniettabile a rilascio prolungato (RRP): i risultati del sottogruppo italiano dello studio internazionale StoRMi

E. Sacchetti[*], M.G. Giustra[**], R. Medori[***] e gli Sperimentatori dei Centri Partecipanti allo studio clinico StoRMi

[*] *Clinica Psichiatrica Spedali Civili di Brescia, Brescia;* [**] *Medical Affairs, Janssen-Cilag SpA, Cologno Monzese (MI);* [***] *Medical Affairs, Janssen-Cilag EMEA, Belgio*

Introduzione: molti studi sul trattamento a lungo termine hanno sottolineato l'importanza di prevenire le recidive dando meno considerazione al concetto di remissione in schizofrenia. Questa analisi post-hoc ha applicato i criteri operativi di remissione sintomatologica descritti da Andreasen[1] alla coorte italiana di uno studio internazionale di estensione a 18 mesi in soggetti con schizofrenia o altri disturbi psicotici stabili trattati con RRP ogni 2 settimane.
Risultati: il 73% dei soggetti (70/124) ha completato i 18 mesi di trattamento. Il punteggio totale medio PANSS si è significativamente ridotto dal basale (85,6 ± 20,3) all'endpoint 18 mesi (64,2 ± 21,0, $p \leq 0{,}001$). Sebbene i soggetti fossero considerati sintomatologicamente stabili, solo il 18% al basale rispondeva ai criteri di gravità della remissione, mentre all'endpoint aumentava al 60%. Il 93% dei soggetti già in remissione al basale ha mantenuto tale criterio all'endpoint. La percentuale di soggetti che soddisfaceva entrambi i criteri (gravità e durata) è aumentata dal 14% a 6 mesi al 57% a 18 mesi con il 33% all'endpoint. In particolare il 26% dei soggetti non in remissione al basale ha soddisfatto entrambi i criteri all'endpoint.
Conclusioni: in soggetti con schizofrenia il trattamento fino a 18 mesi con RRP porta ad un significativo e persistente miglioramento nel controllo dei sintomi permettendo di raggiungere e mantenere la remissione sintomatologica definita in base ai criteri descritti da Andreasen.

Bibliografia

Andreasen et al. Am J Psychiatry 2005;162:441-9.

244. Qualità di vita nei familiari di pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo

P. Saracco, U. Albert, V. Salvi, G. Maina

Servizio per i disturbi depressivi e d'ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: i familiari di pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) soffrono di un significativo disagio dovuto sia al coinvolgimento nella sintomatologia (fenomeno dell'accommodation) sia al peso di vivere con una persona affetta da una condizione psichiatrica cronica; nonostante questo, la loro qualità di vita non è mai stata sistematicamente investigata. Comprendere chi, tra i familiari, sia più soggetto a un peggioramento della qualità di vita può essere utile ai fini di proporre interventi specifici volti a migliorare l'ambiente familiare e, di conseguenza la qualità di vita.
Scopo dello studio: scopi del presente studio sono valutare la qualità di vita nei familiari di pazienti con DOC e individuare potenziali predittori della qualità di vita.
Materiali e metodi: il campione oggetto dello studio è costituito da 85 familiari di pazienti con diagnosi di DOC (Y-BOCS ≥ 16).
Ai familiari selezionati sono stati somministrati l'intervista strutturata per la diagnosi di Asse I (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Non Patient Version - SCID-NP), la Family Accommodation Scale for Obsessive Compulsive Disorder (FAS) e la Medical Outcome Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Criteri di inclusione sono stati: età ≥ 18 anni, b) rapporto di convivenza che comporti l'aver trascorso con il paziente un adeguato periodo di tempo negli ultimi due anni; c) assenza di diagnosi di Asse I (DSM-IV-TR); d) assenza di altri familiari con gravi problemi di salute fisica o mentale di cui doversi prendere cura. Ai pazienti con DOC sono state somministrate la *SCID-I,* l'*Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*, l'*Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*.
Risultati e discussione: le scale di qualità della vita nei familiari di pazienti con DOC risultano significativamente peggiori di quelle rilevate nella popolazione italiana; tali dati sono in linea con la letteratura sull'impatto del DOC sulla famiglia.
I familiari che tendono ad avere maggiore compromissione in diverse scale di qualità della vita sono di sesso femminile, di età avanzata, genitori dei pazienti con DOC più che coniugi, con un elevato coinvolgimento nei sintomi del paziente. Il punteggio totale della Y-BOCS risulta essere in definitiva l'unica variabile in grado di spiegare in modo significativo la varianza della componente mentale della SF-36; tali risultati mostrano come sia la gravità della sintomatologia del paziente e non una sua generica ansia o depressione a compromettere il funzionamento dei familiari, rendendo il DOC una malattia a rischio particolarmente alto di sofferenza mentale per questi ultimi.

Bibliografia

Amir N, Freshman M, Foa EB. *Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients.* Journal of Anxiety Disorders 2000;14:209-17.

Cooper M. *Obsessive-compulsive disorder: effects on family members.* American Journal of Orthopsychiatry 1996;66:296-304.

Apolone G, Mosconi P, Ware Jr JE. *Questionario sullo stato di salute mentale. Manuale d'uso e guida all'interpretazione dei risultati*. Milano: Guerini e Associati Editore 1997.

245. Comportamenti di autoferimento e disagio psicopatologico: indagine su un campione non clinico

I. Sarno, F. Madeddu

Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca

Introduzione e obiettivi: l'autoferimento è definito come un insieme di atti intenzionali di danneggiamento dei tessuti corporei privi di un deliberato intento suicidario [2]. L'interesse per l'autoferirsi nasce dalla rilevazione di alcuni dati clinici che sembrano segnalare una certa diffusione, al momento non rilevata empiricamente, anche nella realtà italiana.
Obiettivo di tale studio è: 1) indagare in via preliminare la diffusione e le caratteristiche dell'autoferimento in un campione italiano; 2) verificare l'associazione del comportamento con forme di disagio psicologico e meccanismi di difesa immaturi.
Metodologia: a 578 studenti universitari (22,35 ± 3,49 anni, range = 19-45 anni, F = 83%, M = 17%) reclutati volontariamente in diverse università italiane sono stati somministrati: 1) Deliberate Self Harm Inventory [3], questionario per l'indagine dei comportamenti autolesivi; 2) Response Evaluation Measure [4], questionario per l'individuazione dei meccanismi di difesa; 3) Symptom Checklist-90 Revised [1], questionario sulle manifestazioni di disagio psichico.
Risultati e conclusioni: il 20,6% del campione (N = 119; 15% maschi; 85% femmine) ha affermato di aver messo in atto almeno una volta nella vita un comportamento di autoferimento. I dati a nostra disposizione non ci consentono di individuare specifici correlati sintomatologici o difensivi dell'autoferimento. L'analisi della varianza, tuttavia, evidenzia come gli autoferitori mostrino sia una più grave e variegata sintomatologia psicopatologica, che un uso più massiccio di difese primitive, elementi che evidenziano un certo grado di malessere e disadattamento.

Bibliografia

1. Derogatis LR. *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research 1983.
2. Favazza AR. *The coming of age of self mutilation*. Journal of Nervous and Mental Disease 1998;186:259-68.
3. Gratz KL. *Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 2001;23:253-63.
4. Steiner H, Araujo KB, Koopman C. *The Response Evaluation Measure (REM-71): A new instrument for the measurement of defenses in adult and adolescent*. American Journal of Psychiatry 2001;158:467-73.

246. Gli strani(eri) sono meno "matti"? Limiti nell'accesso dei pazienti immigrati ai servizi territoriali di salute mentale di Torino

G. Scarso, F. Vittone, V. Banda, A. Visintin, E. Ponzio

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

La popolazione immigrata confronta i professionisti della sanità con difficoltà peculiari: questioni linguistiche e culturali, un supporto familiare e sociale inferiore, un passato estremamente traumatico.
Per valutare lo stato dell'arte e programmare i servizi, abbiamo effettuato un'indagine epidemiologica a Torino sui nuovi casi psichiatrici negli anni 2001-2002, ora in corso di aggiornamento per il 2006 ed il primo semestre del 2007.
La ricerca sull'accesso ai servizi psichiatrici aveva rilevato 245 nuovi casi presi in carico da gennaio 2001 a dicembre 2002, pari allo 0,83% dei residenti, valore inferiore all'incidenza attesa rispetto alla popolazione italiana, attribuibile alla disinformazione e scarsa accessibilità dei servizi.
Gli stranieri residenti sono aumentati dai 41.665 del 2001 a 77.604. I dati preliminari attestano un aumento dei nuovi casi psichiatrici nel 2006-2007, che raggiungerà il doppio rispetto al biennio 2001-2002 se l'andamento dei primi tre semestri si manterrà stabile.
L'aumento in numero assoluto dei pazienti pone la necessità di una formazione specifica degli operatori e l'investimento in strumenti come la mediazione culturale. Peraltro non è aumentata la percentuale di pazienti rispetto ai residenti: rimangono quindi invariate le difficoltà di accesso ai servizi ed appaiono utili progetti di informazione presso le comunità straniere e di collegamento con i medici di base e gli altri operatori sociali.

247. Esito clinico e fattori predittivi di nuovi comportamenti anticonservativi in pazienti che accedono in pronto soccorso per un tentativo di suicidio. Dati preliminari di uno studio prospettico

C. Scicchitano[1], L. Tarsitani[2], M. Caredda[2], E. Tarolla[1], G. Mandarelli[1], G. Matteucci[1], M. Biondi[3]

[1] Dipartimento di Scienze psichiatriche e Medicina Psicologica, [2] DAI Salute Mentale Policlinico Umberto I, [3] Dipartimento di Scienze psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

Introduzione: la mortalità dovuta al suicidio è aumentata negli ultimi 45 anni del 60% [1]. I tentativi di suicidio (TS) presentano un'incidenza maggiore rispetto a quella del suicidio, in misura variabile da 10 a 20 volte [2]. Il rischio di suicidio è aumentato nei soggetti che abbiano effettuato un TS di circa 10 volte rispetto alla popolazione generale.
Il TS è considerato il fattore predittivo più importante che si conosca per un eventuale futuro suicidio: si stima che circa il 10-15% delle persone che hanno precedentemente tentato il suicidio moriranno successivamente in seguito ad una condotta anticonservativa.
Obiettivi: l'obiettivo dello studio è quello di valutare, dopo un TS, quali siano gli eventuali fattori predittivi di ricadute del disturbo ed il rischio suicidario futuro.
Metodi: sono stati reclutati tutti i pazienti giunti al DEA del Policlinico Umberto I in seguito ad un TS da marzo 2007 a settembre 2007, per un totale di 26 soggetti. Contestualmente alla visita i soggetti hanno firmato un consenso informato scritto per la partecipazione al protocollo di ricerca. Un soggetto è stato escluso dal protocollo perché non ha fornito il consenso informato. Sono state in seguito compilate una scheda di raccolta dei dati del soggetto e la Intent Score Scale [3]. I pazienti sono stati poi rivalutati tramite tre interviste telefoniche a distanza di 1 mese, 6 mesi ed un an-

Fig. 1. "Circostanze relative al suicidio" e nuovi TS.

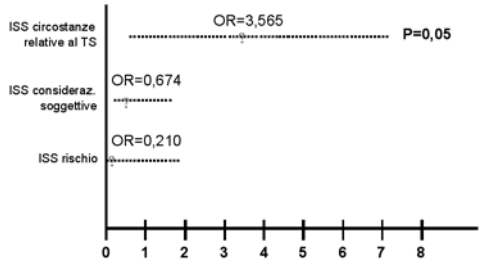
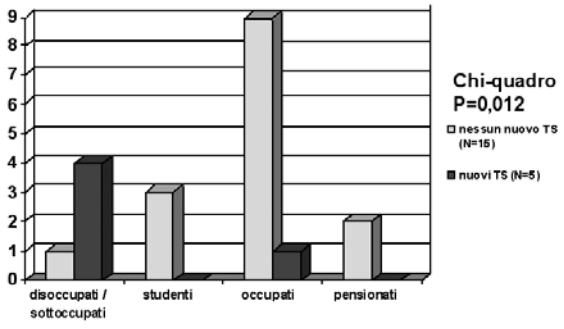


Fig. 2. Occupazione e nuovi TS valutati con la regressione logistica.



no dal reclutamento. In tale contesto è stato somministrato il Patient Health Questionnaire [4].

Risultati: l'analisi dei dati fino ad ora raccolti ha evidenziato che, ad un mese dal primo TS, 5 pazienti su 25, pari al 20% del campione, hanno effettuato un nuovo TS. La sottoscala "Circostanze relative al tentativo di suicidio" della Intent Score Scale ha mostrato capacità predittiva di nuovi TS (OR = 3,56, I.C. 95% 0,84-7,15; p = 0,05). L'80% dei pazienti che hanno commesso nuovi TS è risultato essere disoccupato o sottooccupato (p = 0,012).

Conclusioni: la Intent Score Scale e la condizione occupazionale dei pazienti che effettuano un TS potrebbero rappresentare un valido ausilio nell'individuare, tra i TS, quelli a maggiore rischio di ricadute.

Bibliografia

1. World Health Organization. Suicide Prevention. Geneva: WHO 2007.
2. World Healt Organization. Figures and facts about suicide. Geneva: WHO 1999.
3. Pierce DW. *The predictive validation of a suicide intent scale: a five year follow-up*. Br J Psychiatry 1981;139:391-6.
4. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*. J Gen Intern Med 2001;16:606-13.

248. Impatto emotivo del tentativo di suicidio di un paziente sullo psichiatra curante

P. Scocco, E. Pilotto, E. Toffol, A. Gori, L. Pavan

Clinica Psichiatrica, Università di Padova

Introduzione: l'agito suicidario di un paziente è la più difficile esperienza lavorativa per i terapeuti [1 2]. Questo studio vuole indagare la reazione emotiva degli psichiatri di un Dipartimento di Salute Mentale al tentativo di suicidio (TS) dei loro pazienti.

Metodologia: è stato somministrato un questionario allo psichiatra dopo 2 settimane dal TS del paziente. Parteciparono allo studio 26 psichiatri, curanti di 62 pazienti. È stata condotta un'analisi statistica descrittiva.

Risultati: tra le emozioni più dichiarate dai terapeuti vi furono tristezza (37%), impotenza (34%) e frustrazione (16%). Per lo più gli operatori ritennero di non avere nulla da rimproverare né a se stessi (60%), né ad altri (88%). Dopo il TS, nel 42% dei casi il terapeuta ne parlò con i colleghi, nel 56% si dichiarò disponibile ad aiutarli se si fossero trovati a vivere la medesima esperienza. La discussione d'équipe seguì il 58% degli agiti, migliorando lo stato d'animo del terapeuta nel 47% dei casi.

Conclusioni: il TS di un paziente è un'esperienza emotivamente significativa per gli psichiatri; essi in quasi la metà dei casi ne parlano con i colleghi e traggono beneficio dalla discussione d'équipè del caso. Potrebbe essere utile fornire agli psichiatri maggiori strategie che li aiutino a ridurre l'impatto emotivo che tali situazioni comportano.

Bibliografia

1. Gitlin MJ. American Journal of Psichiatry 1999;156:1630-4.
2. Hendin H, et al. American Journal of Psichiatry 2000;157:2022-7.

249. TS di pazienti in carico ad un DISM: caratteristiche socio-demografiche, cliniche e gestionali

P. Scocco, E. Toffol, E. Pilotto, A. Gori, L. Pavan

Clinica Psichiatrica, Università di Padova

Introduzione: il tentativo di suicidio (TS) è un evento frequente tra i pazienti psichiatrici [1]. L'obbiettivo di questo lavoro è di esaminare le caratteristiche socio-demografiche, cliniche e gestionali dei pazienti già in carico ad un Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale (DISM) che hanno agito un TS.

Metodologia: i dati sono stati raccolti utilizzando un questionario autosomministrato agli psichiatri curanti dopo il TS del paziente. Lo studio è durato 12 mesi.

Risultati: 166 persone residenti nell'area dell'ULSS 16 di Padova hanno tentato il suicidio; di queste, 66 (40%) erano in carico presso il locale DISM nei 2 anni precedenti. Ventinove (46%) avevano una diagnosi di disturbo dell'umore, 26 (41%) di disturbo di personalità e 11 (18%) di disturbo psicotico. 34 (79%) TS si sono verificati entro un anno dall'ultima dimissione dal SPDC. Gli psichiatri curanti non hanno riscontrato nessuna variazione nella sintomatologia

clinica all'ultimo contatto psichiatrico per 38 pazienti (60%), e 63 (68%) sono stati considerati non a rischio immediato di agiti. I TS sono stati giudicati per lo più (72%) non prevenibili.
Conclusioni: stando alla valutazione degli psichiatri curanti gli agiti parasuicidari non erano stati preceduti da un cambiamento o peggioramento delle condizioni cliniche, ed erano per lo più non prevenibili. Questo può indicare, la difficoltà nel mettere in atto strategie preventive, la presenza di pazienti con suicidalità cronica [2], am anche una insufficiente preparazione suicidologico o ancora una negazione cosapevole o inconsapevole del reale rischio suicidario.

Bibliografia

1 Appleby L, Shaw J, Sherrat J, et al. *Safety First, Five-Year Report of the National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness*. Report 2001.
2 Paris J. *Chronic Suicidality Among Patients With Borderline Personality Disorder*. Psychiatric Services 2002;53:738-42.

250. Esistono stereotipi culturali nell'attribuzione di qualità all'immagine corporea?

C. Segura García, F. Paone, C. Bianco, P. De Fazio

Cattedra e Scuola di Specializzaione in Psichiatria, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica "Gaetano Salvatore", Università Magna Graecia di Catanzaro

Ipotesi: la valutazione dell'immagine corporea è condizionata da stereotipi culturali che si riferiscono al cibo.
Obiettivo: valutare le qualità attribuite all'immagine corporea e al cibo da parte di adolescenti liceali e l'eventuale relazione con il BMI dei probandi
Materiale e Metodo: 54 studentesse liceali, età 16,46 ± 1,67 anni e BMI 21,13 ± 3,25 hanno risposto ad un test basato sulla teoria dei costrutti di Kelly, Il test è stato suddiviso in tre parti in cui rispettivamente è stato richiesto alle liceali di:
1 ordinare le fotografie di 8 donne in funzione della loro somiglianza ai concetti di Io Reale e Io Ideale e agli aggettivi: bella, soddisfatta, normale, triste, vincente e malata;
2 ordinare le fotografie di 8 pietanze in funzione degli aggettivi: frequente, divertente, ingrassante, economico, gustoso, salutare, pericoloso e desiderato;

Fig. 1. Aggettivi sulle donne.

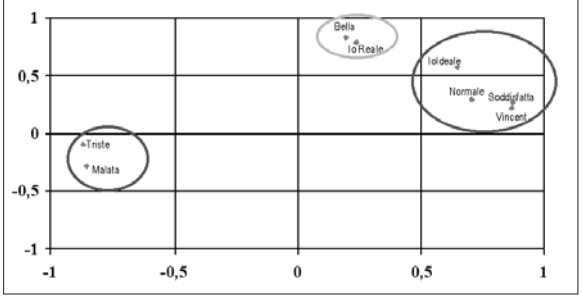
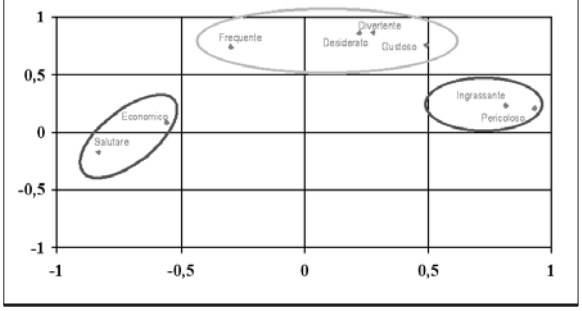


Fig. 2. Aggettivi sul cibo.



3 associare ognuna delle fotografie delle donne a ciascuna delle pietanze.

Lo studio statistico ha previsto statistica descrittiva, correlazioni di Spearman e analisi fattoriale.
Risultati: l'analisi fattoriale delle griglie delle fotografie delle donne ha prodotto i seguenti fattori (Fig. 1): Fattore I (Io Ideale, soddisfatta, normale e vincente in opposizione a triste e malata) e Fattore II (Io Reale, bella). Questa fattorializzazione risente dalla variabile BMI in quanto per le studentesse normopeso o in soprappeso la distanza tra la loro immagine reale e ideale è piccola e vicina al qualificativo "bella"; invece le ragazze con BMI < 19 idealizzano la bellezza e accomunano il loro Io Reale a "normale".
L'analisi fattoriale dei qualificativi delle pietanze (Fig. 2) mostra due grandi fattori: Fattore I (ingrassante e pericoloso in opposizione a economico e salutare) e Fattore II (frequente, divertente, gustoso, desiderato). Per le ragazze con peso nei limiti della normalità o in soprappeso, la qualità "gustoso" è associata alle caratteristiche intrinseche del cibo, mentre per le ragazze sottopeso questa estesa qualità viene associata a quelle patologiche (pericoloso e ingrassante).
Sebbene non siano state riscontrate differenze significative in funzione del BMI nell'associare le immagini di donne con le immagini del cibo, nel campione alcuni binomi hanno raggiunto un consenso molto superiore (donna anoressica-lattuga 62%, donna obesa-cioccolata 61%, mamma-pasta 50%) rispetto ad altri (dottoressa-bistecca 28%, ragazza call center-pizza 33%).
Conclusioni: il campione di studentesse liceali pensa secondo uno stereotipo culturale nell'assegnazione di aggettivi alle immagini di donne e di cibo. Questo dato risulta ulteriormente confermato dallo studio dell'associazione tra donne rappresentative di categorie specifiche e tipologie di pietanze.

Bibliografia

Pratt BM. *Woolfenden SR.Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents*. Cochrane Database Syst Rev 2002;(2):CD002891.
Mendelson BK, McLaren L, Gauvin L, Steiger H. *The relationship of self-esteem and body esteem in women with and without eating disorders*. Int J Eat Disord 2002;31:318-23.

251. Riconoscimento di bellezza e bruttezza in età evolutiva

C. Segura García, A. Scorcia, C. Bianco

Cattedra e Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica "Gaetano Salvatore", Università Magna Graecia di Catanzaro

Ipotesi: l'immagine corporea e i canoni di bellezza in età evolutiva si modificano con la crescita
Obiettivo: valutare le variazione nell'immagine corporea in età evolutiva attraverso il disegno della figura umana e la scelta di bambole.
Materiale e Metodo: è stato chiesto a 231 bambine (37 scuola materna, 61 I elementare, 70 III elementare e 63 V elementare) di scegliere tra 30 bambole (raffigurate in un pannello di fotografie) indicando quella preferita, quella più bella, quella più brutta e quella a cui vorrebbero assomigliare da grandi. È stato inoltre richiesto a tutte di realizzare il disegno di una bambina e il disegno di come vorrebbero essere da grandi. Sono stati raccolti i dati riguardanti il loro peso e altezza, le caratteristiche somatiche predominanti, il numero di fratelli e sorelle e storia ludica.
Risultati: le bambine di tutte l'età hanno espresso scelta omogenea della bambola preferita, della bambola più bella e della bambola a cui vorrebbero assomigliare. Nella scelta della bambola più brutta l'età determina maggiore variabilità. Le bambole più apprezzate hanno tratti somatici analoghi e che sono nettamente opposti a quelli della "bambola più brutta". La bambola preferita coincide con la più bella tra le bambine più piccole e con frequenza elevata raffigura un personaggio dei cartoni televisivi ed è pubblicizzata in TV.
I criteri utilizzati nella scelta della bambola preferita e più bella sono diversi da quelli utilizzati nell'individuare la bambola più brutta: nel primo caso appaiono importanti vestito e capelli, nel secondo il viso acquista maggiore rilevanza.
L'età ed in particolare modo il BMI delle bambine, sembrano essere le sole variabili che condizionano la scelta della bambola a cui vorrebbero assomigliare. Il numero di fratelli e sorelle così come la posizione nella fratria non comporta differenze significative nel campione.
Un gruppo di bambole resta ignorato nelle scelte (bambolotti, bambole di ruolo e bambole di pezza) a prescindere da qualsiasi variabile (età, BMI, fratria).
L'analisi dei disegni mostra che spesso entrambi i disegni coincidono e cambiano soltanto le proporzioni. I capelli sono considerati uno dei criteri di maggiore importanza per determinare la bellezza femminile mentre il trucco e gli accessori servono per determinare l'età adulta. Il 28% delle bambine disegna la bambola a cui vuole assomigliare da grande.
Conclusioni:
- i criteri di bellezza e bruttezza sono radicati nelle bambine sin dall'età più precoce e sono fortemente influenzati dall'esperienza e dall'ambiente;
- i parametri di bellezza non sono sovrapponibili a quelli di bruttezza;
- la magrezza è considerata gia in età precoce come un ideale di bellezza;
- la pubblicità risulta essere un elemento di forte condizionamento nelle scelte individuali e nell'iter evolutivo.

Bibliografia

Bianchi di Castelbianco F, Di Renzo M. *I luoghi del mondo infantile*. Roma: Scientifiche Magi 1997.
Crotti E, Magni A. *Non sono scarabocchi*. Trento: Mondadori 2005.

252. Efficacia dell'associazione tra antipsicotici atipici e SSRIs nei pazienti con Disturbo da Ansia Generalizzata: uno studio in aperto

M. Serati, E. Mundo, B. Dell'Osso, S. Zanoni, A.C. Altamura

Dipartimento di Psichiatria, Università di Milano, Fondazione IRCCS, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Introduzione: il Disturbo d'Ansia Generalizzata (GAD) si caratterizza per la cronicità della sintomatologia. Ad oggi ancora mancano terapie che ne permettano una completa remissione, anche se gli SSRIs sono da tempo impiegati come terapia di prima scelta. Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare l'efficacia della terapia combinata SSRIs e antipsicotici atipici nel GAD.
Metodi: sono stati reclutati 26 pazienti ambulatoriali con diagnosi di GAD secondo il DSM-IV-TR, senza fenomeni di comorbilità, trattati in aperto con associazione tra SSRIs e antipsicotico atipico (olanzapina o quetiapina) (N = 13) o SSRIs in monoterapia (N = 13) per 6 settimane. La risposta ai trattamenti è stata valutata mediante ANOVA per misure ripetute e t test per dati appaiati effettuati sui punteggi delle seguenti scale di valutazione: Clinical Global Impression Rating Scale (CGI) (gravità di malattia) e la Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A).
Risultati: in entrambi i gruppi di trattamento è stato evidenziato un significativo miglioramento nel tempo dei punteggi alla HAM-A ($F = 89{,}348$, $p < 0{,}0001$). Il gruppo con la terapia combinata SSRIs e antipsicotici atipici ha mostrato un miglioramento superiore rispetto al gruppo trattato in monoterapia con SSRIs per quello che riguarda i punteggi alla CGI ($F = 4{,}918$, $p < 0{,}04$; $t = 4{,}430$, $p = 0{,}001$).
Conclusioni: i risultati di questo studio suggerirebbero che la combinazione tra antipsicotico atipico e SSRIs abbia una migliore efficacia sull'andamento globale dei sintomi del GAD.

Bibliografia

Lieb R, Becker E, Altamura C. *The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe*. Eur Neuropsychopharmacol 2005;15:445-52.
Bielski RJ, Bose A, Chang CC. *A double-blind comparison of escitalopram and paroxetine in the long-term treatment of generalized anxiety disorder*. Ann Clin Psychiatry 2005;17:65-9.

253. Disagio psichico e stigma in un campione di 530 studenti universitari

E. Serena, C. Pavan, A. Drago, L. Pavan, M. Marini

Clinica Psichiatrica, Università di Padova

Introduzione: scopo dello studio è conoscere l'entità del disagio psicoemotivo e il grado di percezione dello stigma

nella popolazione universitaria e individuare i fattori di rischio ai quali è esposto lo studente per fornire una possibile guida per l'attività di consultazione psichiatrica in ambito universitario.
Metodologia: il campione è costituito da 530 studenti universitari di cui 274 dell'Università spagnola Rovira i Virgili di Tarragona, 106 del progetto Socrates-Erasmus e 150 dell'Università degli Studi di Padova. I dati sono stati raccolti attraverso un questionario autosomministrato che indaga le cause e sintomi del disagio psichico e il livello della stigmatizzazione; lo stato di benessere generale è stato valutato con il questionario GHQ-12 di Goldberg.
Risultati: dall'indagine è emerso che le difficoltà incontrate dagli studenti toccano diverse aree tra loro intrecciate: difficoltà accademiche, relazionali con familiari, coetanei, docenti e disturbi dell'affettività. Inoltre è emersa la difficoltà da parte della popolazione studentesca a confrontarsi direttamente col disagio psichico.
Conclusioni: lo studio ha messo in evidenza che per promuovere il benessere degli studenti che presentano un disagio psicoemotivo sarebbe auspicabile la presenza di servizi di counseling psicologico all'interno delle università. Tale servizio è già presente presso la clinica psichiatrica di Padova e da supporto ad una popolazione che non trova facilmente il luogo in cui risolvere i propri problemi.

Bibliografia:

Pavan L, Marini M, Semenzin M. *Il mondo universitario, uno sguardo dall'interno*. Padova: Esu-Azienda regionale per il Diritto allo Studio Universitario 2007.
De Beni R, Lis A, Sambin M, Trentin R. *Il disagio psicologico degli studenti universitari. Proposte, progetti, riflessioni*. Milano: Guerini 1997.
Casacchia M, Arduini L, Roncone R. *Servizi di Consultazione psicologica per gli Studenti universitari: esperienze a confronto*. In: Atti della giornata di studio, L'Aquila, 10 dicembre 1999.

254. I polimorfismi rs643627, rs594242, rs6311 e rs6313 del gene del 5-HT2A e i tratti di personalità

A. Serretti[1], R. Calati[1], I. Giegling[2], A.M. Hartmann[2], H.-J. Möller[3], C. Colombo[4], D. Rujescu[3]

[1] Institute of Psychiatry, University of Bologna, Bologna, Italy; [2] Department of Psychiatry, Ludwig Maximilians University, Munich, Germany; [3] Psychiatry Department, San Raffaele Scientific Institute, Milan, Italy

Introduzione: i tratti temperamentali, modulati geneticamente, sono stati ripetutamente associati ai sistemi neurotrasmettitoriali. Tra i geni candidati della serotonina (5-HT), quello che codifica per il recettore 2A (5-HT2A) ha ricevuto particolare attenzione.
Metodo: nel presente studio sono stati analizzati i polimorfismi rs643627, rs594242, rs6311 e rs6313 del 5-HT2A e la loro potenziale associazione con i tratti di personalità, misurati attraverso la scala Temperament and Character Inventory (TCI). Il campione era composto da un sotto-campione tedesco e da uno italiano. Il primo consisteva in un gruppo di 111 pazienti con tentato suicidio (38,7% maschi; età media: 39,2 ± 13,6) ed un gruppo di controllo di 289 soggetti sani (42,6% maschi; età media: 45,2 ± 14,9). Il sotto-campione italiano era composto da 60 pazienti con un disturbo dell'umore (35,0% maschi; età media: 44,0 ± 14,8).
Risultati: Controllando per sesso, età, scolarità e diagnosi, i polimorfismi non sono risultati associati a tratti di personalità. Il polimorfismo rs643627 è risultato marginalmente associato al tratto della Novelty Seeking (NS) (p = 0,04), l'rs594242 alla Cooperativeness (p = 0,02) e l'rs6313 alla NS (p = 0,04). Inoltre, i polimorfismi rs594242 e rs6311 erano in forte linkage disequilibrium. Analizzando gli aplotipi non sono state riscontrate associazioni positive.
Conclusioni: i polimorfismi del 5-HT2A sembrano modulare marginalmente alcuni tratti di personalità. Sono comunque necessarie repliche dei presenti risultati.

255. Influenza dei geni DRD1 e DRD2 sui sintomi della schizofrenia e sugli effetti extrapiramidali dei neurolettici

A. Serretti[1], V. Dolžan[1], B. Kores Plesničar[2], P. Olgiati[3], L. Mandelli[3], D. De Ronchi[3], B. Zalar[4], J. Koprivšek[2], K. Breskvar[1]

[1] Institute of Biochemistry, Faculty of Medicine, Ljubljana (Slovenia); [2] Deptartment of Psychiatry-Teaching Hospital Maribor, Maribor (Slovenia); [3] Dipartimento di Psichiatria, Università di Bologna (Italy); [4] University Psychiatry Clinic, Ljubljana (Slovenia)

Introduzione: i geni che codificano per i recettori dopaminergici D1 e D2 possono influenzare diversi aspetti della malattia schizofrenica. La maggior parte degli studi finora pubblicati ha analizzato contemporaneamente solo alcune caratteristiche del disturbo. Ciò costituisce un importante limite metodologico perchè non consente di escludere eventuali "falsi positivi" dovuti a variabili latenti. Per ovviare a questo problema abbiamo esaminato, in un unico disegno, un ampio numero di "fenotipi" correlabili ai geni D1 e D2.
Metodo: 131 pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico (DSM IV) in fase di remissione e in trattamento con neurolettici (aloperidolo; zuclopentixolo; flufenazina) o risperidone sono stati tipizzati per i polimorfismi A-48G del gene DRD1 ed Ins-141CDel e Ser311Cys del gene DRD2. Sintomi psicotici ed effetti avversi extrapiramidali sono stati valutati mediante scale standardizzate (BPRS; PANSS; EPS; BARS; AIMS).
Risultati: è stata evidenziata un'associazione tra il genotipo DRD2 311 Ser/Cys e l'insorgenza di discinesia tardiva (dato limitato a soli 3 soggetti). Non sono emerse significative correlazioni tra gli altri polimorfismi e le variabili cliniche esaminate.
Conclusioni: il nostro studio ha dimostrato un possibile effetto del gene DRD2 sullo sviluppo di discinesia tardiva. Tuttavia le ridotte dimensioni del campione suggeriscono cautela nell'interpretare questo risultato e rendono necessarie ulteriori indagini sperimentali.

256. I geni Interleuchina-1 alpha e beta, TNF e HTTLPR non sono associati né alla tossicità dell'alcool né alla riuscita del trattamento di disintossicazione

A. Serretti[1], I. Liappas[2], L. Mandelli[1], D. Albani[3], G. Forloni[3], P. Malitas[2], C. Piperi[4], A. Zisaki[4], E.O. Tzavellas[2], Z. Papadopoulou-Daifoti[5], F. Prato[3], S. Batelli[3], M. Pesaresi[3], A. Kalofoutis[4]

[1] Institute of Psychiatry, University of Bologna, Bologna, Italy; [2] Department of Psychiatry, Eginition Hospital, University of Athens Medical School, Athens, Greece; [3] Neuroscience Department, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milan, Italy; [4] Laboratory of Biological Chemistry, University of Athens Medical School, Athens, Greece; [5] Department of Experimental Pharmacology, University of Athens Medical School, Athens, Greece

Introduzione: fattori di natura genetica possono influenzare le complicanze mediche associate all'abuso di alcool e l'efficacia del trattamento di disintossicazione.
Metodo: in questo lavoro abbiamo studiato le varianti rs1800587 nell'IL1A, rs3087258 nell'IL1B, rs1799724 nel TNFa and il HTTLPR nell'HTT, in un campione di 64 alcolisti e 47 non alcolisti, parenti dei soggetti sperimentali, raccogliendo un set di parametri clinici e misure di efficacia del trattamento.
Risultati: gli individui dipendenti da alcool mostravano un peggiore profilo clinico rispetto ai propri parenti, in termini di colesterolo, trigligeridi, glucosio, transaminasi glutammico-ossalacetica, transaminasi glutammico-piruvica e di Gamma-Glutamil-Transpeptidasi. Nonostante ciò, tutti gli indici clinici miglioravano in seguito alla disintossicazione ed i livelli di enzimi epatici erano paragonabili a quelli dei parenti non alcolisti, ad eccezione dei livelli di Gamma-Glutamil-Transpeptidasi, che rimanevano significativamente più alti nei pazienti alcolisti. Inoltre, con il trattamento, anche la gravità dei sintomi depressivi e ansiosi si riduceva in modo significativo. Le varianti geniche nell'IL-1A, IL-1B, TNF e HTTLPR non erano associate ad alcun indice clinico né a modificazioni in seguito al trattamento.
Conclusioni: nel nostro campione i geni IL1A, IL1B, TNF e HTT non sembrano essere fattori associati alla tossicità dell'alcool né alla riuscita della disintossicazione.

257. Ulteriori evidenze di associazione tra il gene per le MAO-A ed il Disturbo Bipolare

A. Serretti[2], D.J. Müller[1 3], T. Sicard[3], S. Tharmalingam[3], N. King[3], L. Mandelli[2], J.L. Kennedy[3]

[1] Department of Psychiatry, Charité University Medicine Berlin, Campus Charité Mitte, Berlin, Germany; [2] Istituto di Psichiatria, Università di Bologna, Bologna, Italia; [3] Neurogenetics Section, Centre for Addiction and Mental Health, Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

Introduzione: lo scopo di questo lavoro era di studiare alcune varianti genetiche a livello del gene MAOA nel Disturbo bipolare (DB), ricorrendo ad uno studio di associazione basato sulle famiglie.
Metodo: il campione includeva 331 famiglie nucleari, provenienti dalle regioni centrali ed occidentali del Canada, i cui figli erano affetti da DB. In totale sono stati raccolti 1044 individui. Tutti soggetti sono stati genotipizzati per le varianti –941T>G e –uVNTR a livello del gene MAOA, mediante tecniche di PCR.
Risultati: l'analisi aplotipica ha fornito risultati significativi (p = 0,0068; permutation p = 0,00098) e l'aplotipo T-4 è risultato significativamente associato al DB (OR = 1,63). L'analisi dei singoli marcatori ha fornito una associazione borderline per la variante –941T>G (p = 0,04) ma nessuna associazione per il marcatore uVNTR. Analizzando maschi e femmine separatamente non sono emerse differenze significative.
Conclusioni: questo studio di associazione basato sulle famiglie fornisce un ulteriore supporto alla tesi di un coinvolgimento del gene MAOA nel DB.

258. Coscienza riflessiva nelle demenze degenerative: lo studio ReCoDe

S. Servo[*], A.E. Cavanna[* **], G. Strigaro[*], E. Fava[*], A. Limberti[*], E. Terazzi[*], F. Mortara[*], M. Mula[*], F. Monaco[*]

[*] Clinica Neurologica, Università del Piemonte Orientale Amedeo Avogadro, Novara; [**] Institute of Neurology, Queen Square, London

Introduzione: la Malattia di Alzheimer (MA) e le altre forme di demenza neurodegenerativa sono caratterizzate da deficit cognitivi e dalla perdita progressiva della coscienza riflessiva (CR), la consapevolezza del proprio stato di coscienza [1]. Questo studio ha messo a confronto il quadro delle alterazioni della CR in diverse popolazioni di pazienti affetti da demenza.
Metodi: un totale di 103 pazienti con diagnosi di demenza di grado lieve/moderato (MMSE > 10) secondo i criteri DSM-IV e NINCDS/ADRDA sono stati reclutati presso le Unità Valutazione Alzheimer della Clinica Neurologica dell'Università A. Avogadro di Novara e dell'ospedale S. Andrea di Vercelli. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a valutazione neuropsichiatrica e neuropsicologica. Il grado di CR è stato valutato utilizzando il Self-Consciousness Questionnaire (SCQ) [1].
Risultati: sono stati studiati 4 gruppi di pazienti: 57 soggetti affetti da MA, 18 con demenza frontotemporale (DFT); 8 con demenza a corpi di Lewy (DCL); 18 con demenza mista (DM). I pazienti affetti da DFT hanno riportato punteggi SCQ significativamente più bassi rispetto agli altri gruppi (p < 0,05; Fig. 1). Inoltre è stata dimostrata una correlazione diretta significativa (p < 0,01) tra i punteggi SCQ e i valori di funzionalità frontale.
Discussione: lo studio ha confermato l'associazione tra deficit frontali, demenze "anteriori" e compromissione della CR, che nella MA è più lieve e limitata alla consapevolezza della propria identità e dello stato affettivo, in accordo con il precoce coinvolgimento delle regioni parietali posteromediali [2 3].

Bibliografia

1 Gil R, Arroyo-Anllo EM, Ingrand P, Gil M, Neau JP, Ornon C, Bonnaud V. *Self-consciousness and Alzheimer's disease*. Acta Neurol Scand 2001;104:296-300.

[2] Cavanna AE, Trimble MR. *The precuneus: a review of its functional anatomy and behavioral correlates.* Brain 2006;129:564-83.
[3] Greicius MD, Srivastava G, Reiss AL, Menon V. *Default-mode network activity distinguishes Alzheimer's disease from healthy aging: evidence from functional MRI.* PNAS 2004;101:4637-42.

259. Predittori psicologici e psicosomatici della mortalità in seguito a trapianto cardiaco: uno studio prospettico con follow-up di 6 anni

L. Sirri[*], L. Potena[**], M. Masetti[**], E. Tossani[*], C. Magelli[**], S. Grandi[*]

[*] Dipartimento di Psicologia, [**] Istituto di Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, Università di Bologna

Scopo: valutare la predittività dell'adattamento psicologico-psichiatrico al trapianto cardiaco (TC) rispetto alla mortalità ad un follow-up di 6 anni.
Metodologia: 95 pz. a 4,4 (± 3,2) anni dal TC sono stati sottoposti alla seguente batteria psicometrica: interviste cliniche semistrutturate per identificare i disturbi psichiatrici del DSM-IV e le sindromi psicosomatiche dei DCPR, Symptom Questionnaire, World Health Organization Quality of Life-Brief, Psychological Well-being scales. Durante il follow-up sono stati registrati il tasso di mortalità ed una serie di parametri clinico-strumentali indicativi del decorso clinico.
Risultati: punteggi elevati di ostilità (SQ) e di depressione (SQ), bassi livelli di qualità di vita fisica (WHOQOL-Breve) e di scopo nella vita (PWB), età, diabete, cardiopatia di origine ischemica e numero di farmaci predicono un aumentato rischio di mortalità durante il follow-up.
All'analisi multivariata la predittività dell'ostilità e di scopo nella vita è indipendente rispetto al diabete, unico predittore indipendente tra le variabili cliniche.
Discussione: la relazione tra ostilità e rischio cardiovascolare, spesso documentata nei pz. coronaropatici, sembra estendersi ai pz. con TC. Il senso di scopo nella vita potrebbe favorire la motivazione alla compliance diminuendo la morbilità.
Conclusioni: studi futuri valuteranno se la riduzione dell'ostilità e la promozione del benessere psicologico si traducano nel miglioramento dell'esito clinico del TC.

260. Temperamenti affettivi e sintomatologia residua in soggetti con disturbi dell'umore e d'ansia

F. Struglia[**], A. Tomassini[*], R. Pacifico[*], I. Riccardi[**], D. Tempesta[**], A. Rossi[*]

[*] Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila; [**] Scuola di Specializzazione di Psicologia Clinica, Università dell'Aquila

Introduzione: il "temperamento" è la disposizione affettiva fondamentale e caratteristica di ogni persona, il tono emotivo di fondo che precede l'esperienza e ad essa predispone [1]. L'analisi del temperamento in vari studi effettuati su differenti popolazioni ha permesso un'evoluzione sulla comprensione della psicopatologia dei diversi disturbi psichiatrici [2 3]. Lo scopo dello studio è valutare i tratti temperamentali in soggetti con diagnosi DSM-IV di Disturbi dell'umore e d'ansia e le loro correlazioni con le dimensioni psicopatologiche dopo la remissione dell'episodio indice.
Metodologia: è stata somministrata la versione breve della Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego auto-questionnaire Brief-version (TEMPS-M) a 101 pazienti con disturbi dell'umore e d'ansia, in fase di stabilizzazione clinica, di età compresa tra 14 e 65 anni. La sintomatologia clinica è stata valutata con la Symptom Check List (SCL-90).
Risultati: non sono state osservate differenze statisticamente significative nei punteggi medi ottenuti alla TEMPS-M e alla SCL-90 tra i soggetti con disturbi d'ansia e dell'umore. I diversi tratti temperamentali influenzano i sintomi residui.
Conclusioni: i nostri dati potrebbero rappresentare un indicatore indiretto di possibili tratti temperamentali comuni ai due differenti disturbi. Il paradigma temperamentale potrebbe in parte spiegare la sintomatologia residua. La valutazione dei temperamenti affettivi sembra aggiungere considerevoli informazioni cliniche alla descrizione psicopatologica e diagnostica.

Bibliografia

[1] Maina G, Forner F, Rosso G, Salvi V, Boggetto F. *Caratteristiche temperamentali in un campione di 80 pazienti depressi.* Ital J Psychopathol 2003;9:157-62.
[2] Bond AJ. *Neurotransmitters, temperament and social functioning.* Eur Neuropsychopharmacol 2001;11:261-74.
[3] McCrae RR, Costa JPT, Ostendorf F, Angleitner A, Hrebickova M, Avia MD, Sans J, Sanchez-Bernardos ML, Kusdil ME, Woodfield R, Saunders PR, Smith PB. *Nature over Nurture: temperament, personality and life span development.* J Pers Soc Psychol 2000;78:173-86.

261. Decision-making nella schizofrenia: esplorazione neurocognitiva con Iowa Gambling Task

F. Struglia[*], D. Gianfelice[**], G. Cerroni[*], M. Marinelli[**], A. Tomassini, A. Rossi[***]

[*] Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica. Università dell'Aquila; [**] U.O. di Psicologia Clinica, Villa Serena, Città S. Angelo (PE); [***] Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila

Introduzione: la corteccia orbitofrontale (COF) gioca un ruolo critico nel complesso processo di *decision-making* [1]. Soggetti che presentano un danno a livello della COF mostrano notevoli deficit nella capacità di *decision-making* in situazioni di vita reale, soprattutto in relazione alla componente sociale o emozionale, in un contesto di funzioni intellettive ben preservate. È stato ipotizzato che questi soggetti mostrino inabilità ad usare segnali somatici o emozionali, necessari nel guidare una decisione verso la direzione più vantaggiosa [2]. Scopo dello studio è valutare la correlazione tra caratteristiche psicopatologiche e deficit di *decision-making* in soggetti con diagnosi di schizofrenia.
Metodologia: sono stati valutati 20 soggetti con diagnosi DSM-IV di Schizofrenia, consecutivamente afferenti ad una

struttura assistenziale. Per la valutazione clinica e neurocognitiva sono stati utilizzati, rispettivamente, la Positive and Negative Sindrome Scale (PANSS) e l'Iowa Gambling Task (IGT).
Risultati: sono stati valutati 20 soggetti, 10 maschi e 10 femmine, di età media di 43,70 ± 12,32.
Il punteggio medio totale alla PANSS era 66,17 ± 11,19, della scala positiva era 23 ± 4,98, della scala negativa 15,17 ± 6,21 e della generale 28 ± 5,83. 19 soggetti presentavano un Composite Index alla PANSS > 0 e quindi una sintomatologia prevalentemente positiva.
All'IGT si evidenzia un punteggio medio al *net score,* ovvero la differenza tra mazzi vantaggiosi e svantaggiosi, di -4,20 ± 28,63 ed un *budget* medio finale di 1675 ± 1197,5. Questo indica la propensione a scelte meno vantaggiose.
È stata evidenziata una correlazione negativa statisticamente significativa (p < ,05) tra net score e quello della scala positiva della PANSS nel senso che una più grave sintomatologia positiva si associa ad una scelta meno vantaggiosa di mazzi.
Conclusioni: la propensione ad un pattern di decision-making poco vantaggioso indica che una disfunzione di tale costrutto in persone affette da schizofrenia verosimilmente associata a sintomi positivi.

Bibliografia

1 Krawczyk DC. *Contribution of the prefrontal cortex to the neural basis of human decision making.* Neurosci Biobehav Rev 2002;26:631-4.
2 Damasio AR. *The somatic marker hypothesis and possibile functions of the prefrontal cortex.* Philos Trans R Soc Lond 1996;351:1413-20.

262. Caffeina: uso e abuso in pazienti psichiatrici

C. Taponecco, G. Ciampa, G. Consoli, R. Paggini, C. Carmassi, A Ciapparelli, L Dell'Osso

Dipartimento di psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

La caffeina, presente in bevande ed alimenti di uso occasionale è divenuta elemento costante nella nostra dieta. con aumentata assunzione quotidiana. Negli USA il 30% della popolazione assume oltre 500 mg/die, in Svezia dosi 2-3 volte superiori (DSM-IV, 2000).
Obbiettivo dello studio è valutare in pazienti psichiatrici (356 pz) e controlli sani (105 C) i criteri diagnostici per tolleranza, astinenza, dipendenza e intossicazione da caffeina con intervista strutturata secondo DSM-IV-TR.
La caffeina assunta è quantificata con tabella di conversione secondo il DSM-IV-TR con valutazione su gravità del disturbo e uso.
Il 91,6% dei Pz ne fa uso quotidiano (300 mg/die) *vs.* il 94,2% dei C (291 mg/die).
È presente Tolleranza in 11,3% dei pz *vs.* 5,8% dei C, astinenza in 5,8% dei C *vs.* 2,1% dei pz. Intossicazione (14,5% *vs.* 4,2%, p < 0,5) e Dipendenza (17,8% *vs.* 5,8%, p < 0,1) sono più significative nei pz.
Una possibile correlazione tra caffeina e disturbo psichiatrico si ipotizza nel 45% dei casi.
La percentuale di pz (17,8%) con Dipendenza suggerisce notevole suscettibilità alla caffeina; di difficile interpretazione è l'elevata percentuale di pz (14,5%) con intossicazione per sovrapposizione dei sintomi con quelli psichiatrici.
Nell'11,1% dei casi c'è correlazione tra uso di caffeina e disturbo psichiatrico.
Tali risultati suggeriscono la necessità di ulteriori studi su popolazione generale e psichiatrica, con maggior cautela nell'uso di caffeina.

263. Il polimorfismo T102C gene per il recettore serotoninergico 5HT2A modula l'attività della corteccia prefrontale e del cingolo durante controllo attentivo: uno studio di fMRI

P. Taurisano[1], G. Blasi[1], A. Papazacharias[1], G. Caforio[1], R. Romano[1], M. Lasaracina[1], L. Sinibaldi[2 3], A. Rampino[1], L. Fazio[1], L. Lo Bianco[1], A. Di Giorgio[1], S. Douzgou[2 3], T. Popolizio[4], B. Dallapiccola[2 3], M. Nardini[1], A. Bertolino[1]

[1] Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; [2] IRCCS-CSS Mendel, Roma; [3] Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sapienza Università di Roma; [4] IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo (FG)

Studi precedenti hanno suggerito che la serotonina modula le funzioni cognitive. Il recettore 5HTR2A per la serotonina è abbondantemente espresso in regioni cerebrali cruciali per queste funzioni, come la corteccia prefrontale (PFC) ed il cingolo anteriore (AC). Un polimorfismo del gene per il 5HT2A (T102C) modula l'espressione di questo recettore; in particolare, l'allele C sarebbe associato a minore espressione del 5HT2A rispetto al T. Scopo di questo studio è la valutazione della possibile influenza del polimorfismo 5HT2A T102C sull'attività della PFC e del AC durante controllo attentivo. 80 soggetti sono stati genotipizzati secondo questo polimorfismo (28 M; età media 25 ± 2,5 anni). 63 erano omozigoti C (CC) e 17 T *carriers* (Tcar). I gurppi erano comparabili per una serie di caratteristiche socio-demografiche. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a fMRI durante l'esecuzione di un compito parametrico di controllo attentivo. A fronte di assenza di differenze comportamentali, i dati di *imaging* hanno indicato la presenza di un effetto del polimorfismo T102C sull'attività della PFC dorso- e ventrolaterale, dove i Tcar mostravano una maggiore attività dei CC. Inoltre, era presente un'interazione tra polimorfismo T102C e carico attentivo nel AC, dove i Tcar tendevano ad evidenziare maggiore attività dei CC ad alti carichi di controllo attentivo. Questi dati suggeriscono che il polimorfismo T102C del 5HT2A modula l'attività della PFC e del ACC durante controllo attentivo.

264. Effetti del trattamento con olanzapina sul processamento emozionale in soggetti con schizofrenia: uno studio di risonanza magnetica funzionale (fMRI) a 3 Tesla

P. Taurisano, G. Blasi, V. Rubino, A. Di Giorgio, G. Caforio, R. Romano, L. Fazio, V. Latorre, T. Scarabino, M. Nardini, A. Bertolino

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Studi di *imaging* funzionale evidenziano nella schizofrenia alterazioni della risposta amigdaloidea durante il processamento di stimoli emotigeni. Poco noto è l'effetto del trattamento farmacologico su tali anomalie. Obiettivo del presente studio è valutare, nella schizofrenia, l'effetto del trattamento con olanzapina sull'attività dell'amigdala durante la presentazione di stimoli emotigeni.
Sono stati reclutati 12 pazienti con schizofrenia (10 M; 28 ± 6,3 anni) e 12 controlli sani (11 M; 27 ± 4,8 anni) con comparabili caratteristiche socio-demografiche. I pazienti sono stati trattati con olanzapina per 56 giorni e sottoposti a fMRI a 28 e 56 giorni di trattamento durante un compito di discriminazione di genere in immagini di volti arrabbiati o impauriti. I controlli sono stati sottoposti per due volte a fMRI con le stesse modalità ed intervallo temporale.
A fronte di assenza di differenze comportamentali, a 28 gironi era presente una maggiore attività nei pazienti dell'amigdala e nei controlli della corteccia prefrontale, nessuna differenza tra i gruppi in queste aree a 56 giorni. Inoltre i pazienti mostravano una maggiore attività dell'amigdala a 28 rispetto a 56 giorni di trattamento.
Questi dati suggeriscono che l'olanzapina avrebbe un effetto sulla normalizzazione della risposta amigdaloidea durante la presentazione di stimoli emotigeni. Questa normalizzazione potrebbe essere mediata da un incremento dell'inibizione operata dalla corteccia prefrontale sull'attività dell'amigdala.

265. La Traumaticità oltre il Criterio A del DSM

M. Tavanti, L. Bossini, S. Calossi, A. Lombardelli, N. Polizzotto, F. Pieraccini, P. Castrogiovanni

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Siena

Non tutti i soggetti esposti ad uno stesso tipo di evento traumatico sviluppano un disturbo psichiatrico e quando la patologia viene sviluppata può presentare caratteristiche psicopatologiche molto diverse ad es. il Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS), il Disturbo Depressivo Maggiore (DDM) e il Disturbo dell'Adattamento. Lo scopo del nostro studio è cercare di individuare le specifiche caratteristiche dell'evento traumatico che non sono comprese nel Criterio A per il DPTS e che distinguono un evento traumatico in grado di far insorgere il DPTS da un altro evento che fa insorgere un DDM o nessuna patologia [1].
Per cercare di individuare le specifiche caratteristiche dell'evento abbiamo costruito una lista di Aggettivi e di Sostantivi atte a colmare le lacune del Criterio A del DSM IV-TR.
In seguito, il questionario è stato somministrato a tre gruppi di pazienti che soddisfacevano il Criterio A per il DPTS.
Il campione era così costituito: 40 soggetti con DPTS, 22 soggetti con DDM e 21 soggetti sani.
I risultati hanno mostrato che la media dei punteggi degli Aggettivi e di alcuni Sostantivi sono significativamente diversi nei tre gruppi di soggetti. Ciò suggerisce che gli Aggettivi e i Sostantivi scelti sono in grado di descrivere le caratteristiche specifiche che differenziano gli eventi traumatici in grado di indurre il DPTS, rispetto a quelli che portano al DDM o a nessuno disturbo.

Bibliografia

[1] Castrogiovanni P, Traverso S. *Per una definizione della traumaticità dell'evento.* Ital J Psychopathol 2003;9:125-41.

266. Sertralina vs. EMDR: Effetti sul Volume Ippocampale

M. Tavanti, L. Bossini, S. Calossi, A. Lombardelli, N. Polizzotto, G. Vatti, R. Galli, F. Pieraccini, P. Castrogiovanni

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Sezione di Neurologia, Università di Siena

Molti dati sperimentali hanno mostrato che la terapia farmacologica con SSRI può incrementare il volume dell'ippocampo, invece il solo studio che ha investigato gli effetti di un tipo di psicoterapia (TEB, Terapia Eclettica Breve) non ha evidenziato alcuna efficacia sul volume ippocampale [1]. Scopo del nostro studio è valutare gli effetti del trattamento con EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) sul volume ippocampale, sui sintomi e sulle performances mnesiche di pazienti con Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS). La EMDR è una terapia la cui efficacia nel DPTS è stata dimostrata in numerosi studi sperimentali.
Sono stati selezionati 12 soggetti drug-free con diagnosi di DPTS alla SCID-P, senza comorbidità psichiatrica.
Ogni soggetto reclutato è stato sottoposto alla prima visita (Tempo 0, Drug-Free) ad una indagine psicometrica (tramite DTS), ad una indagine neuropsicologica (tramite una batteria di test) e alla misurazione dei volumi cerebrali tramite Risonanza Magnetica.
Successivamente, i 12 soggetti sono stati attribuiti in maniera random a due diversi protocolli terapeutici. Sei soggetti hanno effettuato 12 sedute di EMDR della durata di 1,5 ore, mentre sei soggetti sono stati trattati con 100 mg di sertralina.
Dopo il trattamento (Tempo 1, Post-Terapia) i soggetti sono stati nuovamente sottoposti alle indagini effettuate al Tempo 0.
La seconda valutazione al Tempo 1 è stata effettuata dopo tre mesi nei soggetti trattati con EMDR e dopo 6 mesi nei soggetti trattati con la sertralina, in base ai tempi medi necessari per la remissione cilinica del DPTS riportati in letteratura per i due presidi terapeutici.
In questo studio verranno presentati i dati relativi alle differenze volumetriche, ai miglioramenti clinici e alla performance mnesica nei due gruppi di soggetti (soggetti sottoposti ad EMDR e soggetti trattati con sertralina) e un dettagliato confronto dei risultati ottenuti.

Bibliografia

Lindauer RJL, et al. *Effects of psychotherapy on hippocampal volume in out-patients with post-traumatic stress disorder: a MRI investigation*. Psychological Medicine 2005;35:1-11.

267. Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e Disturbi di Personalità (DP): studio caso-controllo

E. Tedeschini[*] [**], A. Badia[*], R. Solano[*], L. Forcano[*], Z. Aguera[*], G.P. Guaraldi[*], F. Fernández-Aranda[**]

[*] *Department of Psychiatry, University Hospital of Bellvitge, Barcelona, Spagna;* [**] *Università di Modena e Reggio Emilia*

Obiettivi: determinare la prevalenza dei DP nei DCA. Comparare le differenze cliniche, psicopatologiche e di personalità tra i pazienti con DCA e DP e quelli con DCA senza DP e la prevalenza dei DP tra i pazienti con DCA e le sorelle sane.
Metodi: 101 pazienti femmine consecutivi (37 AN, 53 BN e 11 DCA-NAS diagnosticati secondo il DSM-IV) ammessi nella Unità di DCA e 34 sorelle sane hanno partecipato allo studio. Per valutarli sono stati utilizzati l'EDI-2, il SCL-90R, il TCI-R e altri indici clinici e psicopatologici. Per testare presenza e tipo di DP è stata utilizzata il test IPDE.
Risultati: si è ottenuto che il DP più frequente nei DCA è il Borderline (BD) (21,5%) seguito dall'Ossessivo-Compulsivo (OC) (12%). Confrontando pazienti con DCA e DP con pazienti con DPA senza DP si è visto che il primo presentava una psicopatologia più grave e tratti di personalità specifici(Alta "Harm Avoidance", $p < ,001$ y bassa "Self Directedness", $p < ,001$). Confrontando la presenza di DP tra le pazienti e le rispettive sorelle sane si è visto che le prime presentavano una prevalenza maggiore di Disturbi comorbidi dell'Asse II che le rispettive sorelle (9,4% DP; $X^2 = 10,15$, $p < ,001$).
Conclusioni: i DP più frequenti nei DCA sono il BD nei pazienti con BN (30,2%) e l'OC nei pazienti con AN (29,7%), avendo questi risultati una differenza statisticamente significativa rispetto a quelli del gruppo di sorelle. I pazienti con DP in comorbidità presentano una psicopatologia e una sintomatologia alimentare più grave.

268. Il Riconoscimento di espressioni facciali: uno studio clinico con ERPs

D. Tempesta [3], P. Stratta [2], A. Marrelli [4], P. Aloisi [4], G. Cerroni [1], A. Rossi [3]

[1] *U.O. di Psicologia Clinica a Villa Serena, Città S. Angelo (PE);* [2] *Dipartimento di Salute Mentale, ASL 4 L'Aquila;* [3] *Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila;* [4] *Centro di Neurofisiopatologia, ASL 4 L'Aquila*

Introduzione: l'alterato riconoscimento di espressioni facciali (REF) è considerato un fattore critico di comunicazione e comportamenti interpersonali disfunzionali e sembra essere strettamente coinvolto in molti disturbi psicopatologici. Recenti studi hanno evidenziato un'alterazione del REF soprattutto nell'ambito di schizofrenia e depressione. Lo scopo di questo studio è stato esaminare il processo di riconoscimento delle emozioni di paura e felicità in un campione di soggetti con disturbo schizofrenico, con disturbi d'ansia e in un gruppo di volontari sani.
Metodologia: sono stati valutati soggetti con diagnosi DSM-IV di disturbo schizofrenico (n = 12) e disturbi d'ansia (n = 11) confrontati con un gruppo di controllo di 13 volontari sani.
Il riconoscimento di espressioni facciali delle emozioni di paura e felicità è stato rilevato mediante registrazioni elettroencefalografiche di potenziali evocati (Event Related Potentials – ERPs).
Risultati: l'analisi statistica non mostra differenze significative tra i 3 gruppi nella latenza della P300 in relazione agli stimoli rari (paura e felicità).
Sono state evidenziate, invece, differenze nell'ampiezza della P300 in relazione al riconoscimento della paura rispetto alla felicità, che risulta significativamente maggiore nei soggetti schizofrenici. I soggetti con disturbi d'ansia, invece, mostrano una stessa ampiezza nella P300 di fronte allo stimolo felicità e paura.
Conclusioni: i dati da noi riportati confermano che i soggetti schizofrenici mostrano maggiori difficoltà nel riconoscimento della paura in quanto potrebbe richiedere un impegno cognitivo maggiore rispetto al riconoscimento della felicità. I soggetti con disturbi d'ansia sembrano avere una minore capacità di discriminazione tra le emozioni di paura e felicità.

Bibliografia

Ekman P, Friesen WV. *Pictures of Facial Affect*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press 1976.

Hansenne M. *The P300 cognitive event-related potential. I. Theoretical and psychobiologic perspectives. II. Individual variability and clinical application in psychopathology*. Clinical Neurophysiology 2000;30:191-231.

269. Funzioni esecutive in 53 pazienti con anoressia nervosa: relazione con i fattori perinatali

E. Tenconi, F. Titton, D. Degortes, P. Santonastaso, A. Favaro

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Introduzione: lo studio esplora l'ipotesi che un deficit delle funzioni esecutive possa essere un mediatore tra le complicanze perinatali e il rischio di sviluppare Anoressia Nervosa.
Metodi: un campione di 53 pazienti con diagnosi di AN lifetime è stato sottoposto ad una batteria di test per la valutazione delle funzioni esecutive: il Wisconsin Card Sorting Test per il set shifting, l'Iowa Gambling Test per il decision-making, il Trail Making Test per il dominio attentivo, il test della Figura Complessa di Rey per la coerenza centrale. In 38 casi si sono potute ottenere informazioni sulle complicanze perinatali attraverso un'intervista retrospettiva ai genitori e la lettura delle cartelle cliniche.
Risultati: lo studio ha evidenziato diverse correlazioni: a) tra il n° di errori perseverativi al WCST e il n° totale di complicanze perinatali (rho = 0,36; $p < ,04$) e complicanze al parto (rho = 0,40; $p < 0,03$); b) tra l'indice di coerenza cen-

trale e il n° di complicanze in gravidanza (rho = -0,33; p < 0,05); c) tra l'esperienza traumatica vissuta durante la gravidanza dalla madre e il n° di complicanze in gravidanza (p < 0,004) e al parto (p < 0,02); d) tra elevati livelli di stress materno e scarsa coerenza centrale (p < 0,005).
Conclusioni: il *set shifting* e la coerenza centrale potrebbero rappresentare un fattore di mediazione tra le complicanze perinatali e il rischio di sviluppare AN.

270. Tratti temperamentali e idoneità alla guida

C. Terranova[1], G. Forza[2], R. Snenghi[2], M. Cottin[3], S.D. Ferrara[4]

[1] Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica, Sede di Medicina Legale, Università di Padova; [2] U.O.C. di Tossicologia Forense e Antidoping (UOC TFA), Azienda - Università di Padova; [3] Università di Padova; [4] Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica, Sede di Medicina Legale, Università di Padova

Introduzione: lo scopo del presente studio era valutare i tratti temperamentali di soggetti afferiti all'Unità Operativa Complessa di Tossicologia Forense e Antidoping (UOCTFA) dell'Azienda Ospedaliera di Padova per la valutazione della sussistenza dei requisiti di idoneità alla guida. Il giudizio di idoneità/non idoneità era espresso sulla base di un approccio metodologico-accertativo e criteriologico-valutativo effettuato in accordo alle linee di indirizzo validate ed approvate dalla Società Italiana di Medicina Legale [1].
Materiali e metodi: lo studio è stato condotto su 180 soggetti (170 maschi, 10 femmine) afferiti all'UOC TFA per pregressa violazione dell'art. 186 del Codice della Strada (guida in stato di ebbrezza, valori alcolemici > 0,50 g/L).
L'approccio metodologico-accerativo condotto secondo la metodologia propria dell'UOCTFA [2], in accordo alle Linee Guida della Società Italiana di Medicina legale e delle Assicurazioni (SIMLA), era comprensivo delle fasi di seguito sinteticamente richiamate: 1. consenso informato; 2. esame circostanziale; 3. esame clinico-documentale; 4. anamnesi generale e drogastica; 5. esame clinico-comportamentale comprensivo di somministrazione di test AUDIT e CAGE; 6. esame obiettivo generale e specialistico; 7. analisi chimico-tossicologiche con valutazione di marker di abuso cronico (MCV, gamma-GT, CDT) e recente (Etg) [3]; 8. interpretazione dei risultati in relazione a idoneità – non idoneità alla guida. Nel corso del suddetto accertamento si analizzavano mediante valutazione clinica e psicometrica i tratti temperamentali dei soggetti. Le tre dimensioni temperamentali *novelty seeking* (NS), *harm avoidance* (HA), *reward dependence* (RD) erano misurati mediante somministrazione del Three-dimensional Personality Questionnaire (TPQ) [4].
I dati raccolti, anamnestici, clinico-obiettivi, clinico-comportamentali e laboratoristici, erano archiviati e registrati tramite un Data Base. Era quindi successivamente effettuata una statistica descrittiva ed una di correlazione dei parametri rilevati.
Risultati: il giudizio di idoneità, temporanea o permanente, e non idoneità, espressi sulla base dell'applicazione della metodologia accertativa sovra esposta, permetteva di suddividere il campione in tre gruppi: Gruppo 1, *idonei*, Gruppo 2, *idonei con revisione dei requisiti di idoneità alla guida a distanza di 3-12 mesi*; Gruppo 3, *non idonei*. Si riportano in Tabella i risultati relativi ai tre gruppi in relazione alle dimensioni temperamentali, ai valori alcolemici rilevati al momento della contestazione del reato di cui all'art.186 del CDS, alla percentuale di poliassunzione di sostanze psicoattive.
Si rileva una differenza statisticamente significativa tra i tre gruppi in relazione alle variabili HA, alcolemia e poliassunzione.
Conclusioni: elevati valori della scala HA sono risultati correlati ad un giudizio di idoneità. Ridotti valori della scala HA risultano correlati a valori più elevati di alcolemia ed a un giudizio di idoneità temporanea o non idoneità. La poliassunzione di sostanze psicoattive, coerentemente con quanto riportato in letteratura, è correlata ad elevati valori di RD. La mancata significatività di valori in alcune sottoscale del TPQ in alcuni sottogruppi è riconducibile al contesto medico-legale e non clinico di somministrazione del test.

Bibliografia

1. Ferrara SD, Snenghi R, Boscolo M. *Linee Guida Metodologico-Accertative, Criteriologico-valutative in tema di Idoneità alla Guida.* Padova: Piccin Editore 2006.
2. Snenghi R, Terranova C, Boscolo M, Nalesso A, S.D. *Ferrara Diagnostic Procedures in Alcohol Abuse: interralated clinical and laboratory criteria applied to regranting of driving licenses.* In: Atti del congresso Internazionale dell'International Academy of Legal Medicine Budapest 23-26 Agosto 2006, p. 150.
3. Montisci M, Snenghi R, Frison G, Terranova C, Zancaner S, Ferrara SD. *Clinical and Laboratory Criteria for Diagnosing Alcohol Abuse in Driving License Regranting Procedures*. Tiaft Icadts 2007 Conference (abstracts).
4. Howard MO, Kivlahan D, Walker RD. *Cloninger's tridimensional theory of personality and psychopathology: applications to substance use disorders*. J Stud Alcohol 1997;58:48-66.

Tab.

	No	Età (aa)	NS	HA	RD	Alcolemia (mg%)	Assunzione di altre sostanze psicoattive %
GRUPPO 1	70	31,5 ± 4,8	16,2 ± 2,6	17,2 ± 5,4	16,8 ± 4,5	112,1 ± 30,1,	4,3%;
GRUPPO 2	77	34,3 ± 8,1	15,1 ± 5,6	15,0 ± 5,3	17,6 ± 4,7	178,2 ± 46,2	6,5%
GRUPPO 3	33	31,3 ± 9,5	14,7 ± 6,0	14,8 ± 6,5	17,9 ± 5,8	176,8 ± 87,9	66,7%
Test significatività		ANOVA n.s.	ANOVA n.s.	ANOVA p = 0,039	ANOVA n.s.	ANOVA p < 0,001	Chi-quadro p < 0,001

271. Comportamenti suicidari nel disturbo ossessivo-compulsivo

M.N. Tiezzi, V. Salvi, U. Albert, G. Maina

Servizio per i disturbi depressivi e d'ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: i dati presenti in letteratura sull'associazione tra disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e comportamenti suicidari sono pochi e discordanti. Alcuni studi su campioni clinici segnalano una frequenza ridotta (0-0,4%) di tentativi anticonservativi (Moritz et al., 2004; Khan et al., 2002); altri studi riportano invece frequenze molte più elevate, comprese tra l'11 ed il 26,7% (Sørensen et al., 2004; Hollander et al., 1997; Angst et al., 2004).
Lo scopo del presente studio è: determinare la prevalenza dell'ideazione suicidaria attuale e dei tentativi suicidari lifetime e in un campione di pazienti DOC e verificare se esista una correlazione tra suicidalità e caratteristiche cliniche del DOC.
Materiali e metodi: sono stati reclutati i pazienti afferiti presso il nostro centro con diagnosi principale di DOC (DSM-IV-TR). L'ideazione suicidaria è stata valutata tramite il punteggio all'item sul suicidio (item 3) della Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D); la presenza di un tentativo suicidario lifetime è stata indagata tramite il raffronto tra l'analisi delle cartelle cliniche (ove disponibili) e le risposte ad una domanda aperta.
Risultati: il campione è composto da 185 pazienti; il 25,9% di essi ha un punteggio all'item 3 della HAM-D ≥ 1; il 10,8% ha messo in atto un tentativo anticonservativo nel corso della vita.
L'ideazione suicidaria attuale risulta correlata con un'età più elevata, maggior gravità nella sintomatologia (ossessivo-compulsiva, depressiva e ansiosa) e più alti tassi di comorbidità attuale di asse I, in particolare per Episodio Depressivo Maggiore.
Confrontati con coloro che non hanno mai messo in atto tentativi suicidari, i pazienti che hanno attuato almeno un tentativo anticonservativo lifetime, risultano avere un'età d'esordio del DOC più precoce, una modalità di decorso cronico con deterioramento e presentano più frequentemente una comorbidità psichiatrica lifetime.
Discussione: la prevalenza dell'ideazione suicidaria presente nel nostro campione (25,9%) non si discosta dalle precedenti evidenze presenti in letteratura (Moritz et al., 2004). La prevalenza dei tentativi suicidari lifetime (10,8%) conferma i risultati riportati negli studi che associano al DOC un aumentato rischio suicidario rispetto alla popolazione generale (Hollander et al., 1997; Sørensen et al., 2004), ma non raggiunge gli alti tassi (26,7%) riportati da Angst et al. (2004).
Dai confronti tra i pazienti con e senza sintomi suicidari emerge che i pazienti DOC hanno maggior probabilità di sviluppare un'ideazione suicidaria con l'aumentare dell'età, se sviluppano un episodio depressivo maggiore ed in momenti in cui presentano una sintomatologia di particolare intensità. L'associazione con tentativi suicidari lifetime non risulta però correlata a questi fattori, bensì alla presenza di un quadro clinico peculiare definito da un esordio precoce, un decorso cronico con deterioramento ed alti tassi di comorbidità psichiatrica lifetime.

Bibliografia

Angst J, Gamma A, Endrass J, Goodwin et al. *Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity and course*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004;254:156-64.

Moritz S, Meier B, Hand I, Schick M, Jahn H. *Dimensional structure of the Hamilton depression rating scale in patients with obsessive-compulsive disorder*. Psychiatr Res 2004;125:171-80.

Hollander E, Greenwald S, Neville D, et al. *Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample.* Depres and Anxiety 1996/1997;4:111-9.

272. Espressione genica di Homer in seguito a trattamento combinato antipsicotico-antidepressivo: nuovo crossroad molecolare per la terapia della depressione in corso di schizofrenia?

C. Tomasetti, C. Dell'Aversano, F. Iasevoli, F. Monaco, F. D'Amato, A. de Bartolomeis

Laboratorio di Psichiatria Molecolare e Psicobiologia; Dipartimento di Neuroscienze; Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Napoli "Federico II"

Introduzione: la depressione è frequente nella schizofrenia, ha identità propria e non fa parte dei sintomi negativi. La prescrizione di antidepressivi (AD) in aggiunta ad antipsicotici (AP) negli schizofrenici è usuale nella pratica clinica. Citalopram ed Escitalopram sono SSRI molto selettivi, ottimi candidati per il trattamento della depressione in corso di schizofrenia. Le proteine della densità postsinaptica Homer hanno un ruolo fondamentale nel meccanismo d'azione degli AP e nella patogenesi delle psicosi, e sono coinvolte nella modulazione del *signaling* dopamino-serotoninergico. Viene qui testato l'effetto del trattamento combinato antipsicotico-antidepressivo sull'espressione di Homer.
Metodi: ratti maschi Sprague-Dawley sono stati trattati con Aloperidolo (ALO) 0,8 mg/kg, Escitalopram (ESC) 12 mg/kg, Citalopram (CIT) 14 mg/kg, ALO + CIT, ALO + ESC o Salina (SAL) e sacrificati a 90' dall'iniezione. Sezioni cerebrali sono state ibridizzate con sonde per Homer1a ed Ania3, sua variante di splicing.
Risultati: induzione significativa di H1a ed Ania3 in tutte le subregioni del Caudato-Putamen nei ratti trattati con ALO e ALO + SSRI rispetto a SAL,CIT ed ESC ($p < 0,05$). Induzione significativa dei trascritti in Nucleus Accumbens in ratti trattati con ALO rispetto a SAL ($p < 0,05$).
Conclusioni:
1) induzione regione-specifica di H1a da parte di farmaci che agiscono sulla funzione dopaminergica e serotoninergica;
2) nessuna differenza significativa nell'induzione genica da parte di Citalopram ed Escitalopram.

273. Soggettività nella risposta clinica di pazienti con sindromi psicotiche: studio di confronto tra antipsicotici tradizionali e di nuova generazione

A. Tomassini, M. Malavolta, L. Verni, W.E. Di Giovambattista, R. Roncone, R. Pollice

Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila

Introduzione: negli ultimi anni la letteratura internazionale non ha evidenziato in maniera univoca la differenza in termini di efficacia e tollerabilità degli Antipsicotici Atipici (ATPsA) rispetto a quelli tradizionali (ATPs). Solo il 13% degli studi sull'efficacia degli antipsicotici, peraltro, ha indagato l'esperienza soggettiva dei pazienti verso il trattamento, nonostante essa rappresenti un fattore prognostico importante in quanto sembra essere legata alla *compliance* e alla qualità della vita [1].

Scopo del nostro studio è stato quello di valutare la sintomatologia clinica, l'adesione al trattamento ed il benessere percepito in due gruppi di pazienti con disturbi dello spettro psicotico trattati rispettivamente con ATPs e ATPsA.

Metodologia: lo studio è stato effettuato su 106 soggetti afferenti consecutivamente in regime di ricovero ordinario al SPUDC di L'Aquila, con diagnosi DSM-IV di Disturbo Schizofrenico, Disturbo Schizoaffettivo, Disturbo Bipolare dell'Umore, in trattamento con antipsicotici tradizionali (N = 50) e atipici (N = 56). Tutti i soggetti sono stati valutati attraverso i seguenti strumenti di valutazione: Brief Psychiatric Rating Scale-24 items (BPRS-24 items) per la valutazione del quadro psicopatologico globale; Drug Attitude Inventory (DAI-10), per misurare l'adesione al trattamento; Subjective Well-being under Neuroleptics (SWN), per valutare il benessere psico-fisico percepito dai pazienti.

La valutazione clinica con la BPRS e quella con la DAI-10 sono state effettuate al momento del ricovero e alla dimissione. La SWN, invece, è stata somministrata ai pazienti prima della dimissione.

Risultati: non si sono rilevate differenze statisticamente significative rispetto alla durata media di ricovero nei due gruppi di pazienti trattati rispettivamente con ATPsA (durata media del ricovero: 15,47 giorni, ds 10,6) e ATPs (durata media del ricovero: 16,74 giorni, ds 9,9). All'ingresso il punteggio medio totale della BPRS risultava statisticamente inferiore nei soggetti che assumevano ATPsA rispetto a quelli in terapia con ATPs. Rispetto all'ingresso, alla dimissione si osservava un miglioramento statisticamente significativo del punteggio medio totale della BPRS senza differenze tra i due gruppi esaminati.

Non si osservavano differenze statisticamente significative tra i due gruppi nei punteggi medi alla DAI-10 all'ingresso, mentre alla dimissione i soggetti in terapia con ATPsA presentano una miglioramento statisticamente significativo del punteggio medio della DAI-10 rispetto a quelli trattati con ATPs.

I soggetti in trattamento con ATPsA, rispetto a quelli che assumevano ATPs, presentavano valori medi statisticamente più elevati sia al punteggio totale della SWN che alle sottoscale della stessa, regolazione emotiva, funzioni mentali, benessere fisico e autocontrollo.

Conclusioni: i dati riportati nel nostro studio hanno evidenziato che gli ATPs e gli ATPsA non differiscono nella riduzione della sintomatologia psicotica; tuttavia, i soggetti trattati con ATPsA presentano, rispetto a quelli trattati con ATPS, una migliore accettazione al trattamento ed una maggiore percezione di benessere in seguito all'assunzione della terapia. Tali evidenze potrebbero essere spiegate con numerose variabili non indagate in questo studio, come, ad esempio l'assenza degli effetti collaterali extrapiramidali, più frequenti nel trattamento con ATPs ed una migliore consapevolezza di malattia, come indagato in altri studi. Sembra, comunque interessante notare che, nonostante i limiti metodologici di questo studio, l'accettazione del trattamento e la conseguente risposta allo stesso, siano significativamente influenzati non solo dalla risposta clinica, ma anche dalla percezione di benessere dei pazienti successiva all'assunzione dei farmaci.

Bibliografia

1 Chakos M, Lieberman J Hoffman E, Bradford D, Sheitman B. *Effectiveness of second-generation antipsychotics in patients with treatment-resistant schizophrenia: a review and meta-analysis randomized trials*. Am J Psychiatry 2001;158:518-26.

2 Geddes J, Freemantle N, Harrison P. *Atypical antipsychotic in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis*. BMJ 2000;321:1371-6.

3 Naber D. *A self-rating to measure subjective efects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopatology, quality of life and other clincical variables*. Internal Clinical Psychopharmachology 1995;10:133-8.

274. Quetiapina in monoterapia in pazienti bipolari resistenti

A. Tomassini, R. Pollice, E. Di Giovambattista, L. Verni, N. Giordani Paesani, R. Roncone, M. Casacchia

Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università di L'Aquila, Ospedale "S. Salvatore"

Obiettivi: il disturbo bipolare richiede spesso un regime di trattamento complesso. I Sali di litio rappresentano il *gold standard* per il trattamento a lungo termine anche se studi naturalistici a lungo termine mostrano che circa il 50% dei pazienti non rispondono adeguatamente a tali farmaci [1 2]. I clinici hanno osservato che molti pazienti trovano beneficio da una combinazione di farmaci, piuttosto che da una monoterapia, nelle diverse fasi del disturbo. La polifarmaco terapia, tuttavia, può determinare una risposta sub ottimale ed i rischi correlati all'assunzione di più farmaci [3 4].

Il nostro studio naturalistico, della durata di 32 settimane, valuta l'efficacia e la tollerabilità della Quetiapina in monoterapia nel trattamento di episodi maniacali o misti in soggetti resistenti a precedenti interventi psicofarmacologici con antipsicotici e/o stabilizzanti dell'umore.

Metodi: sono stati arruolati 22 giovani pazienti con diagnosi di Disturbo Bipolare I e Disturbo Bipolare II secondo i criteri diagnostici del DSM-IV, in corso di episodio maniacale o misto. I pazienti in esame sono stati trattati con Quetiapina in monoterapia, avendo in precedenza assunto altri psicofarmaci in associazione (polifarmacoterapie), senza ottenere un sufficiente controllo dei sintomi. La valutazione clinica è stata effettuata a tempo zero e ripetuta ad 8 e 32 settimane, con la Young Mania Rating Scale (Y-MRS), la Clinical Global Impression Scale (CGI) e la Krawiecka Manchester Rating Scale (KMRS).

Risultati: sono stati rilevati miglioramenti significativi dei punteggi ottenuti nelle scale KMRS, YMRS, CGI e l'attenuazione degli effetti collaterali. La Quetiapina è stata in generale ben tollerata dai pazienti e non è stato necessario assumere ulteriori farmaci per il controllo di sintomi psicocomportamentali.
Conclusioni: il nostro è uno studio naturalistico sulla terapia a lungo termine con Quetiapina in monoterapia su pazienti bipolari resistenti. I risultati indicano una sua possibile efficacia nel trattamento e nella prevenzione di episodi maniacali o misti. Si rendono necessari ulteriori studi clinici randomizzati su campioni più ampi, allo scopo di esaminare i vantaggi della terapia a lungo termine con Quetiapina rispetto alle terapie standard per i Disturbi Bipolari.

Bibliografia

1. McElroy SL, Frye M, Denjcoff K, et al. *Olanzapine in treatment-resistant bipolar disorder*. J Affect Disord 1998;49:119-22.
2. Coryell W, Winokur G, Solomon D, Shea T, Leon A, Keller M. *Lithium and recurrence in a long-term follow-up of bipolar affective disorder*. Psychol Mod 1997;27:281-9.
3. Bowden CL, Lecrubier Y, Bauer M, et al. *Maintenance therapies for classic and other forms of bipolar disorder.* J Affect Disord 2000;59:857-67.
4. Keck PE Jr, Mendwiez J, Calabrese J, et al. *A review of randomized, controlled clinical trials in acute mania.* J Affect Disord 2000;59(Suppl. 1):31-7.

275. Schizotipia ed Impulsività in un campione di soggetti con abuso di sostanze

A. Tomassini[*], D. Spaziani[***], F. Struglia[*], I. Riccardi[*], P. Stratta[**], E. Daneluzzo[*], A. Rossi[*]

[*] *Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila;* [**] *Dipartimento di Salute Mentale, AUSL 4, L'Aquila;* [***] *Servizio Tossicodipendenze e Alcoldipendenza, AUSL 4, L'Aquila*

Introduzione: l'abuso di sostanze è un comportamento complesso in cui impulsività e schizotipia giocano un ruolo cruciale nell'origine e nel mantenimento [1 2]. Alcuni studi suggeriscono una relazione tra impulsività e schizotipia attraverso la quarta dimensione della schizotipia ovvero la 'Impulsività Non-Conforme' [3]. Lo scopo del nostro studio è quello di esaminare schizotipia e impulsività in un campione di soggetti con abuso di sostanze.
Metodologia: sono stati valutati 42 soggetti con diagnosi di Disturbo d'Abuso di Sostanze (21 con abuso di alcool e 21 con abuso di eroina, cocaina e cannabinoidi), afferenti al Ser.T. di L'Aquila ed inseriti in un programma di trattamento specifico. La Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) è stata utilizzata per valutare l'impulsività. Lo Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ) e il Temperament and Character Inventory (TCI-125) sono stati somministrati, rispettivamente, per la valutazione della schizotipia e dei tratti del temperamento e del carattere.
Risultati: correlazioni positive sono state rilevate tra i punteggi totale e delle 3 dimensioni dell'SPQ e la Novelty Seeking e la Self-trascendence del TCI. Le dimensioni del TCI Self-directedness e Cooperativeness, invece, mostravano correlazioni negative con i punteggi totale e delle tre dimensioni dell'SPQ. Le dimensioni temperamentali Harm Avoidance e Reward Dependence, inoltre, correlavano con il punteggio totale dell'SPQ e la dimensione Interpersonale. Il punteggio totale e quello dell'impulsività motoria della BIS correlavano con i punteggi totale e delle tre dimensioni dell'SPQ. L'impulsività cognitiva, invece, correlava con i punteggi totale e delle dimensioni Cognitiva/Percettiva e Disorganizzata dell'SPQ. La dimensione Non-pianificativa della BIS correlava unicamente con la dimensione disorganizzazione dell'SPQ.
Conclusioni: i risultati del nostro studio suggeriscono una elevata correlazione tra i costrutti esaminati. La sovrapposizione tra le dimensioni dell'SPQ e della BIS potrebbero indicare un costrutto simile alla cosidetta Impulsività Non-Conforme.

Bibliografia.

1. Di Genova A, Stratta P, Tomassini A, Spaziani D, Aniello MG, Casilio M, Rossi A. *Impulsività e processamento dell'informazione di contesto in un campione di persone che abusano di sostanze*. Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo 2004;3-4:25-30.
2. Kwapil TR. *A longitudinal study of drug and alcohol use by psychosis-prone and impulsive-nonconforming individuals*. Journal of Abnormal Psychology 1996;105:114-23.
3. Schiffman J, Nakamura B, Earleywine M, LaBrie J. Symptoms of schizotypy precede cannabis use. Psychiatric Research 2005;134:37-42.

276. I diversi significati dell'impulsività correlati al Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III) nei disturbi d'ansia

A. Tomassini[*], F. Struglia[*], I. Riccardi[*], P. Stratta[**], E. Daneluzzo[*], D. Tempesta[***], A. Rossi[*]

[*] *Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila;* [**] *Dipartimento di Salute Mentale, AUSL 4, L'Aquila;* [***] *Scuola di Specializzazione di Psicologia Clinica, Università dell'Aquila*

Introduzione: le correlazioni tra impulsività e tratti di personalità in soggetti con disturbi d'ansia risultano rilevanti per la comprensione della gravità del quadro psicopatologico [1-3]. Lo scopo del nostro studio è valutare il contributo della Impulsività sulle dimensioni psicopatologiche e sui tratti di personalità, in particolare la Novelty Seeking (NS), in un campione di soggetti con disturbi d'ansia.
Metodologia: 45 pazienti ambulatoriali con diagnosi DSM-IV di Disturbi d'Ansia afferenti consecutivamente, valutati con i seguenti strumenti: il Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III), per la valutazione della personalità e delle dimensioni cliniche; il Temperamental and Character Inventory (TCI-125), per lo studio dei tratti temperamentali e del carattere, prendendo in esame, tuttavia, solo i punteggi della NS (NS1 = Eccitabilità esploratoria; NS2 = Impulsività; NS3 = Stravaganza; NS4 = Sregolatezza); la Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) per la valutazione dell'impulsività.
Risultati: l'87% dei pazienti presentava una Sindrome Clinica Ansiosa al MCMI-III. L'impulsività attentiva ha mostrato correlazioni positive con le scale di personalità Schizoide e Depressiva e una correlazione negativa con la scala Compulsiva. Il punteggio totale alla BIS presentava correla-

zioni con i disturbi di personalità Schizotipico e Borderline. L'Impulsività valutata dalla BIS e la dimensione NS del TCI mostravano differenti correlazioni con le diverse dimensioni del MCMI-III suggerendo delle differenze nei costrutti misurate dalle due scale.
Conclusioni: i dati osservati nel nostro studio suggeriscono che l'impulsività nei disturbi d'ansia è più correttamente descritta attraverso strumenti dimensionali quali il TCI ed il MCMI. I clinici dovrebbero prestare attenzione ai tratti borderline e schizotipici nei pazienti ansiosi, come possibile fonte di *non-compliance* o di altre condizioni correlate all'impulsività (ad esempio, l'abuso di sostanze e l'aggressività).

Bibliografia

Gray JA, McNaughton N. *The neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press 2000.

Summerfeldt LJ, Hood K, Antony MM, Richter MA, Swinson RP. *Impulsivity in obsessive-compulsive disorder: comparisons with other anxiety disorders and within tic-related subgroups*. Pers Indiv Diff 2004;36:539-53.

Casada JH, Roache JD. *Behavioral inhibition and activation in posttraumatic stress disorder*. J Nerv Ment Dis 2005;193:102-9.

277. Relazione tra sistema nervoso autonomo e variabili psicologiche in pazienti cardiochirurgici

V. Torsello*, V. Brambilla**, P. Coruzzi**, C. Pruneti*

* *Sezione di Psicologia Clinica, Dipartimento di Psicologia, Università di Parma;* ** *U.O.P. R. C. Fondazione Don Gnocchi di Parma*

Introduzione: il presente studio vuole indagare le possibili correlazioni tra profilo psicologico e attività del SNA in pazienti sottoposti a ciclo di Riabilitazione Cardiovascolare dopo intervento di rivascolarizzazione miocardia.
Metodologia: lo studio è stato condotto presso l'U.O.P.R.C. di Parma. Sono stati arruolati 23 pazienti (età media di 64,2 ± 9,3) non affetti da patologie concomitanti di grado severo. Si sono valutate le condizioni psicologiche riguardanti tono dell'umore, tratti di personalità e soddisfazione percepita (CBA-H e SAT-P) e registrati i parametri cardiovascolari necessari per la stima della funzione autonomica (PORTAPRESS) al momento del ricovero e prima della dimissione.
Risultati: dall'analisi dei dati in nostro possesso si è evidenziato un significativo aumento della durata dell'intervallo R-R e della HRV al termine del periodo di riabilitazione e un miglioramento dell'assetto psicologico. Suddivisa la popolazione in sottogruppi in funzione dei cut-off clinici si è evidenziata una differente risposta autonomica in relazione alla presenza o meno di ansia di stato, depressione e comportamento di tipo A.
Discussione: appare chiara la relazione tra assetto del SNA e la presenza di condizioni clinico psicologiche quali ansia, depressione e comportamento di tipo A.
Conclusioni: emerge, pertanto, la necessità di prolungare ed approfondire il trattamento riabilitativo nei pazienti che presentino problematiche psicologiche.

Bibliografia

Vieweg WV, Julius DA, Fernandez A, Wulsin LR, Mohanty PK, Beatty-Brooks M, Hasnain M, Pandurangi AK. *Treattment of depression in patients with coronary heart disease.* American Journal of Medicine 2006;119:567-73.

Watkins L, Blumenthal J, Carney R. *Association of anxiety with reduced baroreflex cardiac control in patients after acute myocardial infarction*. American Heart Journal 2002;143:460-6.

Carney R, Freedland K, Veith R. *Depression, the Autonomic Nervous System, and coronary heart disease*. Psychosomatic Medicine 2005;67(Suppl. 1):29-33.

278. Alleanza terapeutica: dati preliminari di uno studio prospettico su pazienti ambulatoriali

V. Trincia, E. Cioccolanti, F. Battisti, G. Fassone, S. Mancioppi, C. Santomassimo, A. Ivaldi, P. Foggetti, G. Zarfati, F. Presti, C. Ardovini, A. Muscetta, M.G. Mantione

VI Centro di Psicoterapia Cognitiva

Introduzione: negli ultimi decenni molti studi hanno riconosciuto l'Alleanza Terapeutica come il principale fattore aspecifico e comune ai diversi modelli di trattamento, in grado di rendere conto di gran parte della efficacia delle psicoterapie. Lo scopo di questo lavoro, effettuato presso il *VI Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma*, è quello di studiare il ruolo dell'Alleanza Terapeutica in relazione alla valutazione degli esiti di psicoterapie condotte in un setting ambulatoriale privato. In questa fase preliminare è stata valutata la relazione tra i vari aspetti dell'Alleanza Terapeuti-

Tab. I. Relazione fra fattori psicologici e attività del SNA.

Gruppi	R-R (base)	R-R (retest)	P	HRV (base)	HRV (retest)	P
Ansia+	781,41	817,13	NS	21,83	44,31	NS
Ansia-	761,62	854,42	*< 0,005*	27,05	41,11	*< 0,05*
Depressione+	797,08	829,62	NS	27,35	48,91	NS
Depressione-	743,43	848,70	*< 0,01*	23,38	34,64	*< 0,005*
Tipo A+	789,17	838,67	NS	28,29	41,89	NS
Tipo A-	753,09	844,95	*< 0,001*	21,84	40,67	*< 0,05*

ca, misurata con la *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS-P/T), e variabili sociodemografiche, psicopatologiche, nosografiche, tipo di trattamento.
Metodologia: il campionamento è stato sistematico e consecutivo nell'arco di due settimane. I questionari erano anonimi, riconsegnati in busta chiusa in un raccoglitore situato presso la segreteria. Tutti i terapeuti, che hanno nel frattempo effettuato le loro valutazioni, non avevano accesso al materiale cartaceo dei pazienti. L'appaiamento dei dati era di unica ed esclusiva competenza dello statistico. Sono stati utilizzati i seguenti strumenti di valutazione:
– CALPAS - *California Psychotherapy Alliance Scale;*
– SCL-90 - *Symptoms Check-List 90;*
– TAS-20 - *Toronto Alexitimia Scale;*
– IIP-64 – *Inventory of Interpersonal Problems;*
– *DES – Dissociative Experience Scale;*
– *VGF – Valutazione Globale di Funzionamento;*
– *SWAP-200 – Shelder-Westen Assessment Procedure-200.*
Risultati: lo studio è stato effettuato su un totale di 161 pazienti, pari al 74,5% dei pazienti eligibili. La valutazione dell' *Alleanza Terapeutica* fatta dal paziente e quella fatta dal terapeuta (sia per il punteggio medio totale che per le sottoscale) sono risultate significativamente correlate tra loro. (CALPAS P *vs.* T: r = ,54**; Capacità di lavoro: r = ,34**; Impegno r = ,32**; Consenso strategie di lavoro: r = ,29**; Coinvolgimento terapeuta r = ,17* con** *p < ,001;* * *p < ,01).* La gravità dello stato psicopatologico (SCL-90 GSI; TAS) e del funzionamento psico-sociale del paziente (VGF; IIP-64) è risultata influenzare negativamente la valutazione dell'alleanza terapeutica da parte del paziente e del terapeuta. Nello studio dei principali fattori predittori dei punteggi CALPAS del paziente e del terapeuta rispettivamente, la TAS è risultata il predittore più forte tra quelli considerati (sesso, terapia farmacologica, VGF, SCL-90 GSI, TAS) per il primo, mentre per secondo i predittori più significativi sono risultati la VGF unitamente all'assunzione di terapia farmacologica.
Conclusioni: il terapeuta valuta l'Alleanza Terapeutica con maggior cautela rispetto al paziente, in particolare se utilizza un setting prettamente individuale. Inoltre, valuta l'Alleanza Terapeutica più debole nei pazienti a cui prescrive (o sono prescritti) farmaci. Infine, stima l'Alleanza Terapeutica più bassa nei pazienti per i quali ha valutato un peggiore funzionamento psicosociale. Il paziente, d'altro canto, appare negativamente condizionato nella costruzione dell'Alleanza con il suo terapeuta dalla presenza del tratto alexitimico. Inoltre, la percezione che ha del consenso sulle strategie e del coinvolgimento/comprensione del suo terapeuta risente del livello di sofferenza psicopatologica e delle difficoltà nelle relazioni interpersonali.

Bibliografia

Dazzi N, Lingiardi V, Colli A. *La ricerca in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2006.

Bordin ES. *The working alliance: basis for a general theory of psychotherapy*. Washington, DC: Paper presented at the annual meeting of Society for Psychotherapy Research 1975.

Gaston L, Marmar CR. *The Californa Psychotherapy Alliance Scale*. In: Horvath AO, Greenberg LS, eds. *Theory, Research and Practice*. New York: Jhon Wiley & Sons 1994, pp. 104-13.

279. Modulazione della risposta comportamentale di "behavioral despair" nel topo dopo somministrazione del bioflavonoide quercitina

G. Trombetta[1], I. Guarino[1], S. Alcaro[2], M. Arbitrio[2], D. Secci[3], A. Bolasco[3], A. Loizzo[1], F. Chimenti[3], G. De Sarro[4]

[1] Dipartimento del Farmaco, Istituto Superiore di Sanità, Roma; [2] Dipartimento di Scienze Farmaco-Biologiche, Università "Magna Graecia", Catanzaro; [3] Dipartimento di Chimica e Tecnologie delle sostanze biologicamente attive, Sapienza Università Roma; [4] Cattedra di Farmacologia, Dipartimento Medicina Sperimentale e Clinica, Università "Magna Græcia" Catanzaro

I bioflavonoidi sono composti polifenolici di origine vegetale forniti di un vasto spettro di proprietà farmacologiche. Nel Sistema Nervoso Centrale essi esercitano effetti analgesici, anticonvulsivanti, sedativi e psicomotori [1]. Inoltre, numerosi studi hanno evidenziato un loro possibile ruolo nella modulazione dei sistemi enzimatici e recettoriali monoaminergici coinvolti nella regolazione del tono dell'umore. La quercetina (3,5,7,3',4' – pentahydroxyflavone) ha manifestato effetti antidepressivi nei modelli animali attraverso l'inibizione delle MAO, benché recenti evidenze sperimentali ne suggeriscano un più complesso e contraddittorio profilo comportamentale legato alla sua attività su differenti pathways neurochimici come i sistemi GABAergici e noradrenergici [2 3 4]. Ci siamo quindi proposti di studiare la risposta comportamentale di "behavioral despair" al Forced Swimming Test (FST), un modello di anedonia sperimentale considerato un valido paradigma preclinico per lo screening si sostanze fornite di attività antidepressiva [5], in topi CD1 sia in condizioni basali (gruppo controllo) che dopo trattamento acuto i.p. con veicolo (CMC 0,5%) e quercetina (1,10 e 100 mg/kg) (n = 10 per gruppo sperimentale).
L'analisi statistica dei tempi di immobilità registrati al FST è stata effettuata utilizzando l'ANOVA a due vie ed il Duncan-test, considerando significativo $p \leq 0,05$.
La somministrazione acuta di quercetina alle dosi di 1 mg/kg e 10 mg/kg non ha determinato effetti comportamentali se comparata con i controlli ed i trattati con veicolo CMC, mentre il trattamento con quercetina 100 mg/kg ha incrementato significativamente il tempo di immobilità al FST. I nostri dati confermano un possibile effetto di depressione comportamentale dose-dipendente indotto dalla quercetina al FST, che potrebbe essere conseguente alla sua azione a^{2}-agonista presinaptica ed al coinvolgimento dei sistemi noradrenergici implicati nella patogenesi dei disturbi depressivi.

Bibliografia

1 Burda S, Oleszek W. *Antioxidant and antiradical activities of flavonoids*. J Agric Food Chem 2001;49:2774-9.

2 Anjaneyulu M, Chopra K, Kaur I. *Antidepressant activity of quercetin, a bioflavonoid, in streptozotocin-induced diabetic mice*. J Med Food 2003;6:391-5.

3 Goutman JD, Calvo DJ. *Studies on the mechanisms of action of picrotoxin, quercetin and pregnanolone at the GABA rho 1 receptor*. Br J Pharmacol 2004;141:717-27.

4 Kaur R, Chopra K, Singh D. *Role of β2 receptors in quercetin induced behavioural despair in mice*. J Med Food 2007;10:165-68.

[5] Porsolt RD, Le Pichon M, Jalfre M. *Depression: a new animal model sensitive to antidepressant treatments*. Nature 1977;266:730-2.

280. Stress cronico e polimorfismo rs4680 del gene come interagiscono nel modulare l'attività neuronale prefrontale durante working memory

G. Ursini, A. Di Giorgio, L. Fazio, G. De Simeis, V. Latorre, G. Caforio, A. Rampino, L. Sinibaldi[2 3], M. Rizzo, C. Castellana, R. Romano, S. Aquilino[1], P. Taurisano[1], F. Gambi[1], A. Papazacharias[1], S. Douzgou[2 3], L. Lobianco[1], T. Popolizio[4], G. Blasi, M. Nardini, A. Bertolino[1 4]

[1] Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; [2] IRCSS-CSS San Giovanni Rotondo e CSS Mendel, Roma; [3] Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia, Sapienza Università di Roma; [4] Dipartimento di Neuroradiologia, IRCCSS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG)

Lo stress può influire sull'esordio e sul decorso di malattie psichiatriche gravi come la schizofrenia. La trasmissione dopaminergica nella corteccia prefrontale (PFC) è stata implicata nella fisiopatologia della schizofrenia, dei deficit di Working Memory (WM) e nella regolazione della risposta allo stress (Weinberger 1987). Il presente studio di risonanza magnetica funzionale (fMRI) ha l'obiettivo di analizzare come stress cronico e polimorfismo (SNP) rs4680 del gene COMT interagiscono nel modulare la fisiologia della PFC durante un compito di WM.
88 soggetti sono stati genotipizzati per lo SNP 4680. L'esposizione a eventi stressanti (SLE) è stata indagata mediante il Life History Calendar (Caspi & Moffit 1996). I dati di fMRI sono stati acquisiti utilizzando un magnete GE da 3 Tesla, mentre i soggetti eseguivano un compito di WM, e analizzati in SPM2.
Il numero di alleli Val è risultato associato ad una maggiore attività a livello della PFC di sinistra, mentre il numero di SLE è associato ad una maggiore attività bilaterale della PFC. Un'ANOVA fattoriale ($p = 0,017$) sui cambiamenti di segnale BOLD estratti nel cluster di interesse (38, 41, 33) indica un effetto diverso degli SLE a seconda del genotipo: nei soggetti ValVal l'attività neuronale aumenta all'aumentare degli SLE, nei soggetti MetMet l'attività neuronale diminuisce all'aumentare degli SLE.
I nostri dati suggeriscono che sia gli SLE sia il genotipo COMT modulano la fisiologia della PFC durante un compito di WM.

281. Il Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani (SMILE) all'Università dell'Aquila: esperienze con i familiari

D. Ussorio, L. Sangiovanni, A. Di Pucchio, E. Di Giovambattista, M. Sauro, W. Roberto, M. Mazza, R. Roncone, R. Pollice

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a direzione Universitaria, ASL04, Università L'Aquila Cattedra di Clinica Psichiatrica, Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università di L'Aquila

Introduzione: il Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani (SMILE) ha iniziato la sua attività nel Marzo 2006. Lo SMILE è un servizio di ascolto rivolto ai giovani di età compresa tra 17 e 30 anni che manifestino i segnali di una qualsiasi forma di disagio psicologico e ha lo scopo di monitore e di intervenire sulle cause, sui sintomi e sulle conseguenze (gravi in termini medici e psicopatologici) che lo caratterizzano.
Scopo del nostro studio è stato quello di condurre un intervento informativo sui disturbi mentali ai familiari dei giovani utenti afferenti allo Smile, valutando gli esiti sul carico familiare e sulla qualità di vita degli stessi familiari.
Materiali e Metodo: sono stati arruolati 24 familiari, 12 maschi (età media 47,8 anni, ds 5,2) e 12 femmine (età media 42 anni, ds 9,5), genitori di 12 utenti afferenti presso lo SMILE (5 maschi e 7 femmine; età media 18,4 anni, ds 2,2) con differenti problemi psichici, divisi per in 3 macro-aree diagnostiche (stati mentali a rischio, psicosi affettive bipolari; psicosi schizofreniche), considerate le principali variabili cliniche identificate.
All'inizio dell'intervento con ogni familiare sono stati stabiliti obiettivi individuali. Successivamente, i familiari in gruppo hanno partecipato ad un totale di 4 incontri, condotti da un tecnico della riabilitazione psichiatrica e da uno psichiatra, ognuno della durata di 60 minuti con cadenza settimanale, nell'arco di 1 mese. Durante gli incontri sono stati condotti il modulo di "psicoeducazione al disturbo" e di "psicoeducazione al trattamento" [4].
All'inizio del trattamento (T0) e alla fine (T1) a tutti i familiari sono stati somministrati i seguenti strumenti di valutazione: Questionario sui problemi dei familiari (PF), QLesQ, Jalowiec Coping Scale (JCS).
Risultati: non sono state evidenziate differenze significative tra i tre gruppi di familiari per quanto riguarda le variabili età, sesso e scolarità. Dei 24 familiari, 18 (75%) aveva avuto precedenti contatti con specialisti. La maggioranza dei familiari presentava una scarsa conoscenza e comprensione dei disturbi del figlio ed esprimeva la difficoltà a rapportarsi con i cambiamenti comportamentali del loro congiunto.
I risultati preliminari evidenziano che i familiari dei pazienti hanno mostrato una riduzione del carico assistenziale soggettivo ed un aumento della percezione dell'assistenza e dell'aiuto ricevuto valutato con il PF. È da rilevare che a T0 i familiari di utenti con disturbo bipolare presentavano un maggior carico assistenziale rispetto a familiari di utenti con quadri psicopatologici diversi. Mentre la qualità della vita

non sembra essere particolarmente influenzata dalla presenza di diversi quadri clinici e non sembra essersi modificata alla fine dell'intervento.
Sono state inoltre rilevate alla JCS differenze significative negli stili di coping (incremento dell'uso dello stile di coping "confronto attivo" e dello stile "supportivo", con riduzione dell'uso dello stile di coping "emotivo").
Discussione e conclusioni: i risultati dell'indagine che ha riguardato i familiari di giovani utenti all'esordio di malattia hanno evidenziato la presenza di un moderato carico assistenziale ed una qualità della vita non particolarmente compromessa, dato quest'ultimo che può essere messo in relazione al breve periodo di malattia.
L'intervento psicoeducativo di gruppo con i familiari ha mostrato un buon gradimento ed una buona partecipazione. Nessun familiare ha infatti abbandonato l'intervento di gruppo e non sono emerse difficoltà a condividere le problematiche di malattia del loro familiare con gli altri partecipanti.
Nel nostro setting clinico il trattamento psicoeducativo di gruppo ha mostrato una buona efficacia di esito per i familiari dei nostri giovani utenti. I familiari sono stati aiutati a comprendere le caratteristiche di ogni specifico disagio, ad affrontare meglio i problemi, e soprattutto i momenti di stress che frequentemente sono presenti nella famiglia in cui è presente una situazione psicopatologica all'esordio.

Bibliografia

1. Casacchia M, Roncone R. *Trattamenti psicosociali familiari.* In: *Trattato Italiano di Psichiatria II*. Milano: Edizione Masson 1999.
2. Casacchia M, Roncone R. *Che cos'è la schizofrenia?* Milano: Masson 1996.
3. Falloon IRH, Coverdale JH, Roncone R. *Trattamento integrato biomedico e psicosociale dei disturbi mentali gravi: i presupposti di una gestione clinica ottimale*. Noos 1996;3:179-200.
4. Falloon I. *Intervento psicoeducazionale integrato in psichiatria*. Trento: Erickson 1994.

282. Problem solving training in soggetti affetti da schizofrenia: variabili di esito cliniche e neurocognitive

D. Ussorio, M. Mazza, E. Di Giovambattista, A. Di Pucchio, I. Fragkou, A. Cavicchio, R. Pollice, R. Roncone

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a direzione Universitaria, ASL04, Università L'Aquila

Cattedra di Clinica Psichiatrica, Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università di L'Aquila

Introduzione: le persone con disturbo schizofrenico presentano frequentemente numerosi deficit cognitivi che compromettono le capacità di risolvere i loro problemi quotidiani, così come la loro capacità di affrontare gli eventi di vita stressanti e di raggiungere gli obiettivi desiderati. Recenti ricerche hanno dimostrato che training basati sul problem-solving migliorano sia le competenze sociali sia alcune funzioni cognitive.
Scopo di questo lavoro è quello di verificare alcune variabili di esito cliniche e cognitive a seguito della conduzione di un intervento condotto con due gruppi di pazienti sottoposti rispettivamente l'uno ad un training strutturato di insegnamento sulle strategie di risoluzione di problemi e l'altro alla discussione non strutturata sulle strategie di risoluzione dei problemi.
Metodo: sono stati arruolati 14 utenti con Diagnosi di Disturbo Schizofrenico secondo i criteri del DSM-IV (APA 1999) afferenti presso il Day-Hospital e presso l'Ambulatorio della Clinica Psichiatrica. Gli utenti sono stati randomizzati in due gruppi: gruppo Problem Solving Training (PST), in cui sono stati trattati in maniera strutturata i problemi "in vivo" dei partecipanti al gruppo ed insegnato loro delle strategie specifiche per risolverli, ed il gruppo Problem Solving Discussione (PSD), gruppo di controllo, sottoposto ad uno stesso numero di incontri limitati alla discussione degli obiettivi di vita e dei problemi dei partecipanti.
Ogni gruppo è stato gestito da un tecnico della riabilitazione psichiatrica e da uno psichiatra. Gli incontri si sono svolti per sei mesi con cadenza settimanale (circa 24 incontri). La durata degli incontri è stata di circa 90 minuti, suddivisi in due sessioni di 45 minuti con un intervallo di 15 minuti.
All'inizio del trattamento (T0) e alla fine (T1) a tutti gli utenti sono stati somministrati i seguenti strumenti di valutazione: Current Psychiatric State 50 (CPS-50), Scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS), Problem Solving Skills Assessment (PSSA), ABC dei Familiari, Batteria di Test Neuropsicologici. Le valutazioni sono state effettuate in cieco da un neuropsicologo e da uno psichiatra.
Risultati: i dati preliminari del nostro studio mostrano che i partecipanti ai gruppi hanno evidenziato un'ottima aderenza al trattamento. Infatti un solo partecipante del gruppo PSD non ha terminato il training e nessuno degli utenti ha manifestato riacutizzazioni del disturbo psichiatrico nel corso del trattamento.
Lo studio, inoltre, ha evidenziato un significativo miglioramento sia nella sintomatologia clinica ($T = 3{,}756$; $p < 0{,}001$) che nel funzionamento neurocognitivo ($T = 2{,}345$; $p < 0{,}00$) nel gruppo PST rispetto al gruppo PSD.
Discussione e conclusioni: in questo studio è stato messo a confronto un intervento in cui sono stati trattati "in vivo" in maniera strutturata i problemi dei pazienti ed un intervento basato solo sulla discussione su tali problemi senza addestramento specifico nelle tecniche strutturate di soluzione dei problemi. I dati del nostro studio innovativo hanno evidenziato il miglioramento nel gruppo PST di alcune importanti funzioni cognitive e psicopatologiche superiore a quello del gruppo PSD, di controllo. Resta da verificare se il miglioramento delle variabili cliniche e cognitive dovuto all'addestramento alla soluzione dei problemi si manterrà nel tempo.

Bibliografia

Falloon IR, Economou M, Palli A, Malm U, Mizuno M, Murakami M. Optimal Treatment Project Collaborative Group. *The clinical strategies implementation scale to measure implementation of treatment in mental health services*. Psychiatr Serv 2005;56:1584-90.

Roncone R, Falloon IR, Mazza M, De Risio A, Pollice R, Necozione S, Morosini P, Casacchia M. *Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits?* Psychopathology 2002;35:280-8.

283. L'Aripiprazolo nel trattamento della dipendenza da cocaina

T. Vannucchi

Servizi Sanitari di Base, Az. USL 4 Prato

Introduzione: l'aripiprazolo è un antipsicotico atipico caratterizzato da un'attività agonistica parziale sulla trasmissione dopaminergica che lo distingue dagli altri antipsicotici (tipici e non). Il rilascio di dopamina a livello del sistema mesolimbico è implicato nella neurobiologia dell'abuso di sostanze e delle dipendenze in genere. Sulla base di queste evidenze lo scopo di questo lavoro è di presentare 5 casi clinici con diagnosi di abuso di cocaina trattati con aripiprazolo.
Metodo: 5 pz maschi con diagnosi di Abuso di Cocaina (DSM-IV: 305.60) sono stati trattati con aripiprazolo (2 pz: 10 mg/die – 3 pz: 15 mg/die) per 4 mesi. I pz erano valutati una volta la settimana per il primo mese e ogni 2 settimane per le visite successive. L'uso di sostanze era rilevato mediante 2 prelievi urinari ogni settimana mentre il craving è stato valutato mediante una Scala Analogico Visiva (VAS).
Risultati: in 3 pz al termine della 4ª settimana è stata evidenziata la negativizzazione delle urine ai metaboliti della cocaina mentre in 2 pz la negativizzazione delle urine è avvenuta rispettivamente alla 5ª ed alla 6ª settimana presentando in tutti casi un mantenimento della condizione "drug-free" fino alla 16ª settimana di trattamento; alla VAS è stata rilevata una riduzione progressiva del craving per la sostanza già dopo 2 settimane di trattamento.
La tollerabilità al farmaco, complessivamente, è stata buona.
Conclusioni: studi sull'animale dimostrano una certa efficacia dell'aripiprazolo nel bloccare la ricerca della cocaina [1] così come uno studio su pazienti schizofrenici con dipendenza da cocaina ha rilevato un'azione anticraving del farmaco [2].
Sebbene il numero di pz trattati sia limitato, sembra comunque che l'aripiprazolo, per il suo profilo farmacvodinamico, offra una certa utilità nel trattamento dell'abuso da cocaina benché siano necessari ulteriori studi in doppio cieco per confermare tali dati.

Bibliografia

1 Feltenstein MW, et al, *Aripiprazole Blocks Reinstatement of Cocaine Seeking in an Animal Model of Relapse*. Biol Psychiatry 2006 Jun 23.

2 Beresford TP, et al. *Aripiprazole in schizophrenia with cocaine dependence: a pilot study*. J Clin Psychopharmacol 2005;25:363-6.

284. La Mirtazapina nel trattamento della dipendenza alcolica: una valutazione sull'efficacia anticraving

T. Vannucchi

Servizi Sanitari di Base, Az. USL 4 Prato

Introduzione: ansia e depressione sono sintomi molto spesso associati alla dipendenza alcolica,vari studi hanno ipotizzato l'uso di antidepressivi, nella disassuefazione alcolica, sia per la concomitante sintomatologia ansioso-depressiva sia per un'azione anticraving conseguente ad una riduzione del desiderio ed una diminuzione del "rinforzo positivo".
Scopo di questo lavoro è stato di valutare l'utilità dell'antidepressivo mirtazapina(Mz), ad attività 5-HT e Na –ergica con sul profilo favorevole sul sonno spesso alterato nei pz alcoldipendenti
Metodo: studio "aperto", reclutati 36 pazienti (24 M + 12 F; età media 42 ± 10;) alcoldipendenti in accordo con il DSM-IV, consumo alcolico medio giornaliero: 120 g, anni di abuso: 7,5 ± 4 anni. I pz. dopo disintossicazione acuta (6-9 giorni in regime ambulatoriale o in ospedale) sono stati divisi per 3 mesi in Gruppo A (10 M + 8 F): trattati con Mz dose media di 34,4 mg + counseling; Gruppo B (14 M + 4F): counseling + Auto Aiuto (ACAT, Alc.An.). Il craving è stato valutato mediante VAS (Visual Analogic Scale) all'inizio del trattamento e ogni 10 giorni, l'abuso di alcolici è stato monitorato mediante esami ematochimici (MCV, AST, ALT, GGT, Transferrina Decarbossilata) e tramite le testimonianze dei famigliari, ansia e depressione sono state valutate mediante HARS- HDRS.
Risultati: Gruppo A: 3 pz (2 M + 1 F) hanno abbandonato il trattamento, gli altri 15 pz hanno concluso regolarmente il trattamento presentando una marcata riduzione di assunzione di alcolici (11 pz. completamente astinenti + 4 pz maschi con un consumo alcolico giornaliero < 30 g) con normalizzazione dei controlli ematochimici e diminuzione del craving alla VAS (diminuzione avvenuta già dopo una settimana di trattamento). GruppoB: 5 pz hanno interrotto il trattamento, 6 pz astinenti con normalizzazione dei controlli ematochimici ma scarsa riduzione del craving, 7 pz consumo alcolico giornaliero ridotto ma > 30 g.
Conclusioni: la Mz si mostra come un utile possibilità terapeutica nel trattamento dell'alcoldipendenza sia per le proprietà anticraving sia per il profilo favorevole sul sonno spesso alterato nei pz alcoldipendenti.

Bibliografia:

Naranjo CA, et al. *Citalopram decreases desirability, liking, and consumption of alcohol in alcohol-dependent drinkers*. Clin Pharmacol Ther 1992;51:729-39.

Ruigt GSF, et al. *Effect of the antidepressant Org 3770 on human sleep*. Eur J Clin Pharmacol 1990;38:551-4.

285. Suicidi con armi da fuoco nelle guardie giurate in Italia. Considerazioni epidemiologiche e problemi di prevenzione

L. Veneroni[*], A. De Micheli[**], R. Invernizzi[***], C.A. Clerici[*]

[*] Istituto di Psicologia della Facoltà di Medicina, [**] Cattedra di criminologia Clinica della Facoltà di Medicina, Università di Milano; [***] Avvocato, libero professionista, Milano

Introduzione: il problema di azioni violente commesse con armi legalmente detenute è oggetto di crescente attenzione. Sono tuttavia carenti studi epidemiologici, in particolare nelle diverse categorie di utilizzatori professionali di armi.

Questo studio valuta l'incidenza dei suicidi nella popolazione delle guardie giurate in Italia in confronto alla popolazione generale.
Metodo: è stata condotta una raccolta di dati sui suicidi attraverso la consultazione degli archivi di 3 quotidiani nazionali e 13 locali, riferiti al periodo dal 1 gennaio 1996 al 31 dicembre 2006, e della banca dati dell'agenzia ANSA.
Risultati: nel periodo considerato sono stati documentati nelle guardie giurate 50 suicidi con armi da fuoco (di cui 45 con armi corte). L'incidenza media annuale dei suicidi in questi operatori è stata 11,7 per 100,000 persone (95% CI = 6,6-16,7) confrontata con l'incidenza dei suicidi nella popolazione generale commessi sia con armi da fuoco (0,7 per 100,000 persone, 95% CI = 0,6-0,7) sia con altri mezzi (5,5 per 100,000 persone, 95% CI = 5,2-5,9) e nella popolazione generale adattata per età (0,5 per 100,000 persone, 95% CI = 0,2-0,8).
Conclusioni: l'incidenza di suicidi con armi da fuoco nella popolazione delle guardie giurate è significativamente superiore alla media della popolazione nazionale. Il fenomeno necessita di considerazione e di specifiche attività di prevenzione.

Bibliografia

ISTAT. *Statistiche giudiziarie penali*. Roma: Istat 2006.
ISTAT. *Cause di morte*. Roma: Istat 2004.

286. Polimorfismo genico della Manganese Superossido Dismutasi e Schizofrenia

M. Ventriglia[*], M.G. Bevacqua[*], S. Bignotti[***], L. Bocchio Chiavetto[***], R. Squitti[*], P.M. Rossini[* **], M. Fontana[**]

[*] *Dipartimento di Neuroscienze,* [**] *Dipartimento di Neuroscienze SPDC AfaR, Ospedale Fatebenefratelli, Roma; Unità di Riabilitazione Psichiatrica, IRCCS "S. Giovanni di Dio", Brescia*

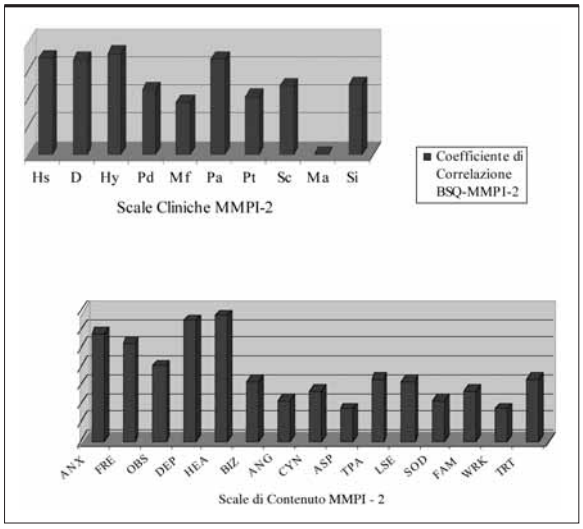
La schizofrenia è un disturbo mentale multifattoriale la cui eziologia non è ancora del tutto chiara. È stato ipotizzato che i radicali liberi dell'ossigeno (ROS) possano giocare un ruolo importante nella fisiopatologia della malattia. L'enzima MnSOD catalizza la reazione di dismutazione di anioni superossidi a perossidi di idrogeno nei mitocondri realizzando una difesa antiossidante contro la perossidazione dei lipidi e, nel cervello, la protezione delle membrane neuronali (Venarucci, 1999). Un polimorfismo di un aminoacido (Ala9Val) è stato descritto nella sequenza segnale dell'enzima. Evidenze preliminari nella popolazione Turca hanno indicato che questo polimorfismo contribuisce alla fisiopatogenesi della schizofrenia (Akyol, 2005). Oggetto di studio è stato quello di verificare l'associazione tra questo polimorfismo funzionale del gene del MnSOD e la schizofrenia nella popolazione Italiana.
Metodi: il polimorfismo Ala9Val è stato genotipizzato mediante amplificazione con PCR e l'analisi SSCP (Single-Stranded Conformational Polymorphism) in 150 pazienti schizofrenici e 200 controlli sani.
Risultati: non è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa nelle frequenze genotipiche o alleliche tra i pazienti e i sani.
Conclusioni: questa variante genica non costituisce un fattore di rischio per l'insorgenza di schizofrenia nella popolazione Italiana. Sono state evidenziate variazioni etniche nel polimorfismo Ala9Val del gene MnSOD (Van Landeghem, 1998) suggerendo l'importanza di ulteriori studi in popolazioni differenti.

287. Valutazione delle correlazioni tra dispercezione corporea, body mass index e struttura della personalità in pazienti affette da disturbi della Condotta Alimentare

A. Vincenti, V. Meuti, S.M. De Marco, L.Vona, E. Costa

Centro per i Disturbi ella Condotta Alimentare, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

Introduzione: il ruolo della struttura di personalità e dell'alterazione dell'immagine corporea nell'insorgenza, nell'espressione clinica e nel mantenimento (con recidive e cronicizzazione) dei disturbi del comportamento alimentare, ampiamente riportato in letteratura, sottolinea l'importanza di un'analisi di questi aspetti sia per le loro implicazioni cliniche sia per un approfondimento dell'eziopatogenesi e della psicopatologia alla base dei DCA.
Obiettivo dello studio è quello di valutare se e quanto le alterazioni della personalità e la dispercezione corporea correlano tra loro e con il body mass index.
Metodologia: la valutazione è stata condotta attraverso il calcolo del BMI e la somministrazione, in un campione di 30 pazienti, del MMPI-2 e del BSQ (body shape questionnaire), un questionario formulato per fornire informazioni sull'immagine corporea in pazienti con DCA. L'associazione tra le scale MMPI-2, BSQ e il BMI è stata valutata con il coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman.
Risultati: il valore BSQ presenta le correlazioni più significative con le seguenti scale MMPI-2: Hy, Hs, HEA, Pa, D, DEP, ANX, FRS, LSE, SI. Il BMI non presenta correlazioni significative con le scale MMPI-2 e BSQ.



			BMI	BSQ	HS	D	HY	DP
	BMI	Correlation Coefficient	1,000	-,089	-,133	-,117	-,081	,111
		Sig, (2-tailed)	,	,640	,483	,537	,671	,560
		N	30	30	30	30	30	30
	BSQ	Correlation Coefficient	-,089	1,000	,689**	,675**	,721**	,460*
		Sig, (2-tailed)	,640	,	,000	,000	,000	,011
		N	30	30	30	30	30	30

MF	PA	PT	SC	MA	SI	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA
-,124	,065	,008	,057	,132	-,034	,236	-,050	,042	,235	-,109
,514	,732	,967	,765	,487	,860	,227	,800	,833	,228	,582
30	30	30	30	30	30	28	28	28	28	28
,374*	,681**	,413*	,493**	,005	,498**	,588**	,535**	,411*	,660**	,684**
,042	,000	,023	,006	,979	,005	,001	,003	,030	,000	,000
						28	28	28	28	28

BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA
,190	,255	,131	,103	,330
,333	,191	,505	,604	,086
28	28	28	28	28
,331	,224	,277	,181	,338
,086	,251	,153	,356	,078
28	28	28	28	28

LSE	SOD	FAM	WRK	TRT
,017	,104	,251	,276	,074
,931	,599	,198	,155	,709
28	28	28	28	28
,512**	,388*	,243	,590**	,474*
,005	,041	,213	,001	,011
28	28	28	28	28

Conclusioni: dallo studio emerge l'esistenza di una costellazione di personalità con tratti psicopatologici (isterici, ipocondriaci, paranoici, depressivi, ansiosi, fobici, evitanti) variamente associati, correlati all'insoddisfazione per la propria immagine corporea (correlazioni significative BSQ-MMPI-2), nonché l'alta incidenza della componente dispercettiva (mancanza di correlazione significativa tra BMI e BSQ).

Bibliografia

Cassin SE, von Ranson KM. *Personality and eating disorders: a decade in review*. Clinical Psychology Review 2005;25:895-916.

Rousseau A, Knotter A, Barbe P, Raich R, Chabrol H. *Validation of the French version of the Body Shape Questionnaire*. Encephale 2005;31:162-73.

Cumella EJ, Wall AD, Kerr-Almeida N. *MMPI-2 in the inpatient assessment of women with eating disorders*. Journal of Personality Assessment 2000;75:387-403.

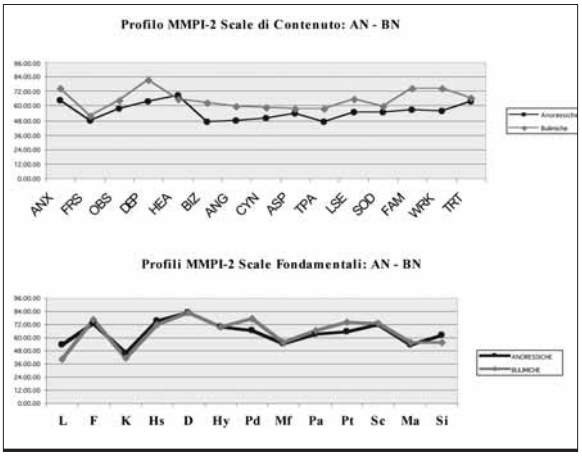
288. Confronto dei profili di personalità con MMPI-2 in pazienti con anoressia nervosa e bulimia nervosa

A. Vincenti, V. Meuti, S.M. De Marco, L.Vona, E. Costa

Centro per i Disturbi della Condotta Alimentare, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

Introduzione: il test MMPI-2 è stato utilizzato estensivamente nella valutazione dei profili di personalità di individui con DCA. Molti studi hanno riscontrato che le pazienti anoressiche ottengono tendenzialmente punteggi in un range subclinico su tutte le scale, mentre le bulimiche ottengono punteggi nel range clinico. Le pazienti bulimiche, inoltre, tendono a presentare un quadro psicopatologico più grave rispetto alle pazienti anoressiche.

Obiettivi e Metodo: l'obiettivo dello studio è il confronto tra i punteggi ottenuti in un campione costituito da 16 pazienti anoressiche e 14 bulimiche cui è stato somministrato il MMPI-2. Sulla base delle mediane dei punteggi ottenuti nelle scale cliniche e di contenuto, si sono realizzati i profili MMPI-2 dei due gruppi di pazienti.



Risultati: le pazienti del campione presentano i punteggi più elevati nelle scale frequency, ipocondria, depressione, isteria, deviazione psicopatica, schizofrenia, psicoastenia, DEP e HEA; le differenze più importanti tra i due gruppi si sono riscontrate nelle scale di contenuto. Le pazienti bulimiche hanno ottenuto punteggi più alti su quasi tutte le scale.
Conclusioni: i punteggi ottenuti sono molto simili a quelli riscontrati in studi analoghi. Le pazienti del campione tendono a reagire depressivamente a eventi negativi, a isolarsi, a preoccuparsi del proprio corpo e della salute in maniera eccessiva e presentano spesso comportamenti manipolativi. Le pazienti anoressiche tendono maggiormente a polarizzare la propria attenzione su disturbi somatici e a sviluppare sintomi psichici e somatici allo scopo di ottenere gratificazioni a livello emotivo. Le pazienti bulimiche presentano maggiore ansia, impulsività, aggressività e bassa autostima, nonché un tono dell'umore maggiormente depresso; riportano inoltre maggiori vissuti di conflittualità espressa nell'ambito familiare e difficoltà nelle loro attività di studio o lavoro.

Bibliografia

Vitousek K, Manke F. *Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Journal of Abnormal Psychology 1994;103:137-47.

Strassberg DS, Ross S, Todt EH. *MMPI performance among women with bulimia: a cluster-analytic study*. Addict Behav 1995;20:137-40.

Cumella EJ, Wall AD, Kerr-Almeida. *MMPI-2 in the inpatient assessment of women with eating disorders*. N J Pers Assess 2000;75:387-403.

289. Duloxetina nel trattamento del Disturbo Depressivo Maggiore: uno studio naturalistico a medio termine con livelli plasmatici

L. Volonteri*, M.C. Mauri**, G. Cerveri*, C. Mencacci*

** Dipartimento di Psichiatria, A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano; ** Unità di Neuropsicofarmacologia Clinica, Dipartimento di Psichiatria, Università di Milano, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Milano*

Duloxetina (DLX) è inibitore duale di serotonina e noradrenalina approvato nel trattamento del Disturbo Depressivo Maggiore (DDM). Efficacia di DLX stabilità in diversi studi randomizzati verso placebo, a breve e a lungo termine.
Scopo: scopo dello studio è valutare efficacia e tollerabilità di DLX nel trattamento del DDM in trial naturalistico, ed eventuale relazione tra livelli plasmatici-risposta clinica.
Metodologia: 45 pazienti (16 maschi), affetti da DDM (DSM-IV TR), trattati con DLX (30 e 120 mg/die), per 12 settimane. Valutazione clinica effettuata a T0 (baseline), T1(2 settimane), T2 (4 settimane), T3 (12 settimane), tramite $HRSD_{21}$, HRSA, BDI, VAS, CGI-S, check list effetti collaterali. A T2 effettuato dosaggio livelli plasmatici.
Risultati: riduzione significativa $HRSD_{21}$ total score e core da T1; HRSA e CGI-S da T2. Riduzione significativa BDI e VAS da T2 e T3, rispettivamente. A T3, 60% di responder (?del 50% della $HRSD_{21}$) e 56% remitter ($HRSD_{21} \leq 7$). Discontinuazione precoce del 33%. Livelli plasmatici tra 5 e 135 ng/ml, con una relazione curvilinea tra livelli e miglioramento clinico.
Discussione: rapidità azione antidepressiva, in linea con letteratura. Latenza miglioramento delle scale autosomministrate. Possibile utilità dei livelli plasmatici nell'individuazione della dose con miglior indice terapeutico. No variazioni peso e pressione.
Conclusioni: DLX efficace nel DDM, con possibile utilità dei livelli nel migliorare risposta clinica.

290. Disastro del Vajont: conseguenze a lungo termine sulla salute psichica e fisica dei sopravvissuti

C. Zaetta, P. Santonastaso, G. Rinaldo, A. Favaro

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova, Fondazione Vajont 9 ottobre 1963

Introduzione: le vittime di gravi traumi tendono a riportare, rispetto ad un gruppo di controllo, un numero più alto di sintomi fisici, tendono ad utilizzare in misura maggiore le strutture sanitarie e a rispondere in misura minore alle terapie. Secondo alcuni autori, tali effetti post-traumatici sarebbero mediati dalla presenza di una patologia psichiatrica, quale disturbo da stress post-traumatico (DSPT) o depressione. Come riportato dalla letteratura, solo uno studio a lungo termine può comprendere fino in fondo gli effetti sulla salute fisica di un grave evento traumatico, poiché solo con l'età più avanzata, quando il rischio di molte patologie aumenta, e' possibile evidenziare tali effetti da un punto di vista statistico-epidemiologico. Il nostro studio si propone di valutare la relazione tra trauma, DSPT e lo stato di salute in un campione di sopravvissuti al disastro del Vajont, 43 anni dopo l'evento traumatico.
Metodi: il protocollo di ricerca prevede una valutazione tramite intervista diagnostica strutturata (Structured Clinical Interview for DSM- IV) ed una intervista semistrutturata sul trauma e sullo stato di salute. Inoltre ai soggetti viene chiesto di completare alcuni questionari autosomministrati per la valutazione di: 1) sintomatologia psichiatrica (SCL- 58 R); 2) supporto sociale (Multidimensional Scale of Perceived Social Support); 3) alcuni aspetti temperamentali (Tridimensional Personality Questionnaire) e, 4) la presenza di personalità di tipo D (DS-16).

Risultati: le prime elaborazioni statistiche relative ai dati di un campione di 42 superstiti, 13 donne e 29 uomini, hanno permesso di rilevare che non vi è una relazione significativa tra gravità del trauma e lo stato di salute fisica, ovvero successivo sviluppo di malattie somatiche e numero di patologie croniche. I soggetti con DSPT si rivolgono più spesso al medico di base ($p < 0,049$) rispetto ai soggetti che non hanno sviluppato il disturbo. Per quanto riguarda l'incidenza di patologie lamentate dai superstiti con e senza diagnosi di DSPT è stata rilevata una associazione tra DSPT e neoplasie: O.R.: 37.0 (C.I.: 2,3-602,7; $p < 0,001$). Inoltre il numero di sintomi di ipervigilanza (cluster D del DSPT) sembrano correlare con la presenza di patologie croniche e di malattie cardiovascolari. La presenza di personalità di tipo D è associata a maggiori sintomi di evitamento e di iperattivazione e correla con la presenza di patologie croniche.
Conclusioni: la gravità del trauma (numero di lutti, danno economico, essere presenti al momento del disastro) non è risultata associata ad un peggior stato di salute fisica, mentre viene confermato il ruolo di mediatore svolto dal Disturbo da Stress Post-Traumatico nello spiegare la relazione tra trauma ed effetti sulla salute fisica. Infine, lo studio della personalità di tipo D e dei suoi rapporti con lo stress post-traumatico, sembra essere un campo di particolare interesse per i suoi collegamenti tra salute fisica e salute psicologica.

291. Domande in cerca di risposta: la percezione soggettiva di libertà dai sintomi in pazienti in trattamento con stabilizzatori dell'umore

E. Zanelli, G. Fornaro, C. Fizzotti, A. Berti

Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica, Sezione di Psichiatria, Università di Genova

Mediante un questionario somministrato ai pazienti ricoverati presso la Clinica Psichiatrica dell'Ospedale San Martino di Genova e ai pazienti che afferiscono agli ambulatori della stessa Clinica, gli Autori hanno valutato la percezione della terapia con stabilizzatori dell'umore in 75 pazienti, di età compresa tra i 18 e 70 anni, prendendo in esame alcune variabili quali età, sesso, diagnosi, tipo di stabilizzatore in uso, durata del trattamento e dose giornaliera del farmaco. Si è valutato il grado di percezione soggettiva di efficacia della terapia farmacologica, il livello di soddisfazione e l'eventuale effetto sulla qualità di vita del paziente da parte dei periodici controlli ematici. In base ai dati ottenuti, l'80% dei pazienti risulta soddisfatto della terapia con stabilizzatori dell'umore e il livello di soddisfazione appare elevato nei pazienti affetti da Disturbo Bipolare, mentre è ridotto nei pazienti affetti da Disturbo Depressivo Maggiore e Disturbi di Personalità. Nei pazienti appartenenti a queste ultime due categorie diagnostiche la qualità di vita sembra essere negativamente influenzata dalla necessità di periodici controlli ematici. Dall'analisi dei questionari, appare evidente che la percezione d'efficacia degli stabilizzatori dell'umore resta massima in quei disturbi in cui il tono dell'umore è maggiormente soggetto a oscillazioni e switch, mentre è minore nei disturbi dove, invece, sono soprattutto l'aggressività e l'impulsività a costituire il target sintomatologico. La percezione di una maggiore efficacia farmacoterapeutica sembra determinare una più convinta adesione terapeutica e un più alto livello di tolleranza ai disagi determinati dalla necessità di effettuare periodici controlli ematici.

292. Binge Eating Disorder: un'analisi del ritardo nell'intervento terapeutico

T. Zanetti, E. Manzato, M.Leoni, M.Simoni

Centro Multidisciplinare per i Disturbi del Comportamento Alimentare, Azienda Ospedaliera-Universitaria di Ferrara

I pazienti con Binge Eating Disorder (BED) richiedono un aiuto specialistico per il loro Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA) dopo molti anni dall'esordio (in genere 10 anni) e spesso dopo diversi tentativi terapeutici per l'obesità o per la comorbilità associata.
Obiettivi: il presente lavoro ha lo scopo di valutare in un campione di pazienti inviati al Centro Multidisciplinare per i DCA di Ferrara per diagnosi BED la durata di malattia e i percorsi terapeutici avvenuti prima della presentazione al Centro.
Metodi: sono stati considerati 251 pazienti con sospetto BED per il 63% dei quali è stata confermata la diagnosi e il rimanente è risultato affetto da obesità non complicata dal BED. I dati anagrafici, il BMI , la durata di malattia, i precedenti tentativi terapeutici e il loro esito sono stati ricavati da un'intervista semistrutturata svolta in fase diagnostica.
Risultati: i pazienti con BED arrivano all'osservazione clinica specialistica mediamente dopo oltre 8 anni di malattia. Nel frattempo si impegnano in trattamenti monodisciplinari focalizzati alla perdita di peso o alla singola cura della comorbilità psichiatrica associata, con esito negativo o a fisarmonica.
Conclusioni: Dato che i fallimenti terapeutici rendono più difficile un'ulteriore richiesta di aiuto e sono associati ad una maggior possibilità di drop-out è fondamentale indagare correttamente la presenza del BED nei soggetti obesi per indirizzarli ad una cura specifica del BED e della sua comorbilità psichiatrica e migliorare la prevenzione secondaria.

293. Il fenomeno del tatuaggio e del piercing negli adolescenti: correlati psicopatologici e temperamentali

T. Zanetti, P. Santonastaso, S. Belletti, M. Soave, I. Bezze, G. Vidotto, G. Huon, A. Favaro

Dipartimento di Neuroscienze, Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova

Introduzione: tatuaggi e piercing sono fenomeni che appartengono alla storia dell'uomo e della sua cultura. Negli anni settanta e ottanta la diffusione di queste pratiche nella popolazione giovanile è aumentata. Ciononostante pochissimi studi hanno esplorato l'associazione tra questi fenomeni e le caratteristiche psicologiche, psicopatologiche e temperamentali dei giovani. Il nostro studio si propone di studiare la diffusione di tatuaggi e piercing in un campione di adolescenti. Si propone inoltre di valutare la relazione tra queste pratiche e la presenza di comportamenti autoaggressivi, comportamenti di dieta, e uso di tabacco/alcool.
Metodi: il campione è costituito da 818 adolescenti che frequentano le scuole medie superiori (219 maschi e 599 fem-

mine). Tutti i soggetti hanno compilato un questionario anonimo che indagava: la presenza o il desiderio di posedere un tatuaggio o un piercing, la sua descrizione, la percezione del sostegno o di conflittualità familiare, l'autoefficacia, l'assertività, la presenza di comportamenti autoaggressivi, gli atteggiamenti verso l'alimentazione, le caratteristiche temperamentali, l'uso di tabacco e di alcolici.
Risultati: i tatuaggi sono presenti nel 4% degli adolescenti, mentre il 24% possiede almeno un piercing (il piercing al lobo dell'orecchio è stato escluso). Una percentuale più alta, rispettivamente del 62 e del 35% dichiara di desiderare un tatuaggio o un piercing. Il fenomeno è significativamente associato alla pratica del fumo, all'uso ricorrente di alcolici, e all'uso di diete ipocaloriche nelle femmine. Inoltre esiste un'associazione significativa con la presenza di comportamenti autoaggressivi sia di tipo compulsivo che impulsivo. Chi possiede un tatuaggio/piercing percepisce uno scarso supporto sociale e familiare, descrive una famiglia conflittuale, ma manifesta anche una alta autoefficacia. Dal punto di vista temperamentale, gli adolescenti con tatuaggio/piercing riportano una alta Novelty Seeking e una bassa Persistenza.
Conclusioni: il fenomeno dell'uso di tatuaggi/piercing potrebbe rappresentare un modo socialmente accettato di esprimere il disagio adolescenziale. Da questo punto di vista, lo studio di questo fenomeno ci potrebbe permettere la comprensione di problematiche adolescenziali più francamente patologiche, come i disturbi del comportamento alimentare, l'uso di comportamenti autoaggressivi e l'alcolismo giovanile.

294. Consulenze psichiatriche in DEA: uno studio retrospettivo

V. Zanoli, P. Zeppegno, M. Probo, A. Parafioriti, E. Torre

S.C.D.U. Psichiatria, Cattedra di Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Novara

Introduzione: gli studi presenti in letteratura, che si occupano delle consulenze psichiatriche nei reparti d'emergenza, sono scarsamente numerosi e molto eterogenei tra di loro [1 2].
Metodologia: analisi retrospettiva delle consulenze psichiatriche effettuate dalla SCDU Psichiatria presso il DEA dell'ASO Maggiore della Carità di Novara tra il 21/12/2004 e il 31/07/2006, per un totale di 1291 consulenze.
Risultati: Deflessione timica con caratteristiche di endogenicità ($p = 0,002$; $OR = 2,21$; $1,29 < OR < 3,82$) e ingestione incongrua di medicinali ($p < 0,0001$; $OR = 2,82$; $1,74 < OR < 4,59$) sono risultate più frequenti nel sesso femminile, mentre sintomi psicotici positivi ($p = 0,015$; $OR = 2,07$; $1,10 < OR < 3,94$), intossicazione esogena acuta da alcol ($p = 0,002$; $OR = 1,78$; $1,20 < OR < 2,64$) e intossicazione esogena acuta da altre sostanze ($p = 0,015$) nel sesso maschile.
La sintomatologia ansiosa è risultata più frequente tra i 18 e i 50 anni ($OR = 1,99$; $1,53 < OR < 2,60$; $p < 0,0001$), la deflessione timica in età ≥ 61 anni ($OR = 4,37$; $2,57 < OR < 7,39$; $p < 0,0001$), l'agitazione psicomotoria ($p < 0,001$; $OR = 2,74$; $1,53 < OR < 4,85$) e la confusione mentale ($p < 0,0001$; $OR = 20,18$; $10,00 < OR < 41,02$) in età > 70 anni, l'intossicazione esogena acuta da alcol ($p < 0,0001$; $OR = 2,57$; $1,65 < OR < 4,03$) tra i 31 e i 50 anni, mentre l'intossicazione esogena acuta da altre sostanze tra i 18 e i 50 anni ($p = 0,038$).
Conclusioni: la sintomatologia di accesso al DEA presenta caratteristiche diverse in correlazione ad età e sesso, variabili che possono essere ulteriormente indagate per mettere in atto una strategia di prevenzione.

Bibliografia

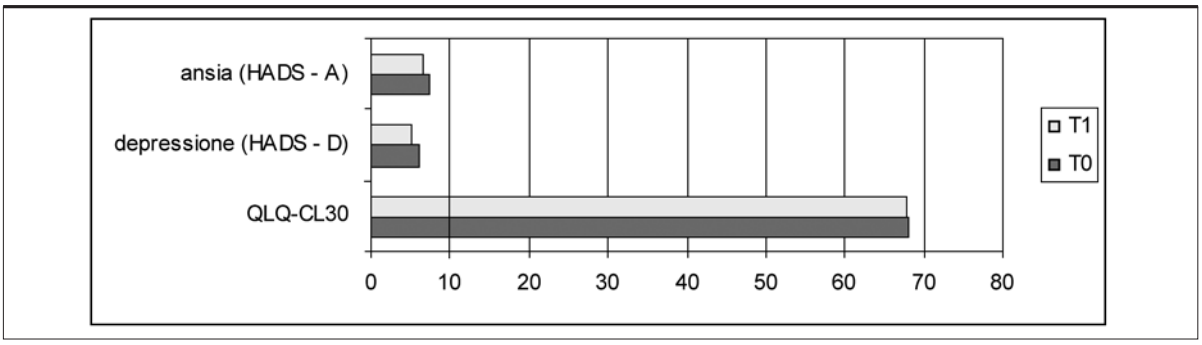
1 Spurrell M, Hatfield B, Perry A. *Characteristics of Patients Presenting for Emergency Psychiatric Assessment at an English Hospital*. Psychiatr Serv 2003;54:240-5.
2 Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. *Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium: general characteristics and gender differences*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2004;39:146-53.

295. Livelli di ansia e depressione in pazienti mastectomizzate sottoposte a radioterapia

P. Zeppegno, P. Airoldi, C. Obezzi, G. Ferraris, M. Probo, V. Zanoli, O. Allera, L. Lavatelli, F. Crini, E. Torre

SCDU Psichiatria, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", NOVARA

Introduzione: scopo del lavoro è quelli di valutare il livelli di ansia e di depressione prima e dopo il trattamento radiante in pz mastectomizzate sottoposte a terapia, in relazione alle caratteristiche cliniche e personologiche delle stesse e ai risultati delle scale di valutazione della qualità della vita (QOL).



Metodologia: protocollo autosomministrato prima dell'inizio del trattamento radiante comprendente: QLQ-CL30, HADS, MBTI, dati clinici e anagrafici. Protocollo finale autosomministrato comprendente: QLQ-CL30, HADS.
Risultati: il campione consta di 24 pz (età media 53,75 anni, DS 11,06 anni) arruolate all'inizio del trattamento radiante. La diagnosi istologica prevalente è quella di Ca duttale infiltrante, N+ in oltre il 60% delle pz. Nella maggior parte dei casi la diagnosi è seguita ad un programma di screening (45,9%) ed è stata comunicata dal chirurgo (54,2%). I punteggi nelle scale di QOL sono risultate sovrapponibili all'inizio e alla fine del trattamento (68% *vs.* 67,7); quelli di ansia (7,4 *vs.* 6,5) e depressione (6,1 *vs.* 5,1) lievemente ridotti al momento del secondo rilievo. Il tipo psicologico maggiormente rappresentato è l'ISTJ (37,5% del campione).
Conclusioni: monitorare i livelli di ansia e depressione nelle pz sottoposte a radioterapia sulla mammella, correlandoli ai dati clinico – anamnestici, è uno srtumento utile per individuare le situazioni potenzialmente a rischio di sviluppare patologie di ordine psichiatrico, per poter intervenire precocemente.

Bibliografia

Burgess et al. *Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study.* BMJ 2005, doi:10.1136/bmj.38343.670868.D3

Mose et al. *Influence of irradiation on therapy-associated psychological distress in breast carcinoma patients.* Int J Radiat Oncol Biol Phys 2001;51:1328-35.

Costantini et al. *Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and depression Scale.* Support Care Cancer 1999;7:121-7.

296. I "forti utilizzatori" dei servizi psichiatrici in DEA: uno studio retrospettivo

P. Zeppegno, V. Zanoli, M. Probo, A. Parafioriti, E. Torre

S.C.D.U. Psichiatria-Cattedra di Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Novara

Introduzione: i "forti utilizzatori" rappresentano una piccola porzione di pazienti che necessitano di consulenza psichiatrica in DEA, ma responsabile di un elevato numero di accessi. Il lavoro si propone di identificare le caratteristiche associate in modo significativo alla condizione di "forte utilizzatore" [1 2].
Metodologia: abbiamo considerato le consulenze psichiatriche effettuate dalla SCDU Psichiatria presso il DEA dell'ASO Maggiore della Carità di Novara tra il 21/12/2004 e il 31/07/2006 e identificato come "forti utilizzatori" i soggetti con numero di accessi ≥ 8.
Risultati: Su un totale di 1291 consulenze ben 243 (18,8%) riguardano "forti utilizzatori", pari, però, solo a 17 soggetti (2,1%) su un totale di 795. La media di accessi per ciascun "forte utilizzatore" è risultata pari a 14,3. La caratteristica "forte utilizzatore" è risultata associata alla fascia d'età 31-40 anni ($p < 0,04$; $\chi^2 = 4,36$), alla sintomatologia ansiosa (OR = 2,05; 1,52 < OR < 2,76; $p < 0,000$) e all'intossicazione esogena acuta da alcol (OR = 3,87; 2,59 < OR < 5,80; $p < 0,0001$) come motivo di accesso in DEA, alla diagnosi di disturbo di personalità ($p < 0,0001$; $\chi^2 = 52,79$) e ad un pregresso ricovero presso la nostra SCDU Psichiatria ($p < 0,0001$; $\chi^2 = 29,31$). Il 94,1% dei "forti utilizzatori" era già seguito dal punto di vista psichiatrico e il 76,5% già in trattamento psicofarmacologico.
Conclusioni: i dati emersi sono in accordo con quelli della letteratura internazionale e forniscono un'importante indicazione sui destinatari di eventuali strategie di prevenzione.

Bibliografia

1 Pasic J, Russo J, Roy-Byrne P. *High Utilizers of Psychiatric Emergency Services.* Psychiatr Serv 2005;56:678-84.

2 Arfken CL, Zeman LL, Yeager L, White A, Mischel E, Amirsadri A. *Case-Control Study of Frequent Visitors to an urban Psychiatric Emergency Service.* Psychiatr Serv 2004;55:295-301.

297. Migrazioni e fattori di rischio di ospedalizzazione psichiatrica. Uno studio caso-controllo. Dati preliminari

M.P. Zerella, R. Giordani, M. Pasquini, L. Tarsitani, G.M. Polselli, M. Biondi

SPDC Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma

Introduzione: le migrazioni, fenomeno in costante aumento, sono caratterizzate da variabili socio-ambientali interagenti che possono mettere seriamente a rischio la salute mentale, determinando in alcuni casi l'insorgenza di disturbi per i quali si rende necessaria l'ospedalizzazione in reparti di psichiatria di emergenza. Il minore accesso a strutture sanitarie non ospedaliere, le difficoltà linguistiche e comunicative, la modalità di presentazione di sintomi e il cosiddetto "bias etnico" degli operatori sembrano sovraesporre i migranti ad interventi in urgenza ed obbligatori. Numerose limitazioni metodologiche, legate principalmente all'eterogeneità etnica, migratoria e culturale dei soggetti studiati, spiegano la presenza in letteratura di dati contrastanti, che rendono difficile delineare le caratteristiche di questi pazienti. Lo studio caso-controllo presentato nasce con l'obiettivo di confrontare un campione di soggetti immigrati di prima generazione, ospedalizzati.
Materiali e Metodi: sono stati valutati consecutivamente i pazienti immigrati ospedalizzati nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Azienda Policlinico Umberto I di Roma nell'arco di un anno. È stato successivamente effettuato un appaiamento di soggetti italiani standardizzati per genere, età e diagnosi di ammissione. Le caratteristiche demografiche, sociali e cliniche e le variabili inerenti alla tipologia del trattamento: durata del ricovero, terapia farmacologica, TSO, contenzione fisica, intervento di servizio sociale, sono state utilizzate per la statistica descrittiva ed inferenziale.
Risultati: non sono emerse differenze statisticamente significative nel confronto tra i due gruppi per quanto riguarda la durata del ricovero, il TSO, il trattamento farmacologico con antipsicotici (mgEq Clorpromazina) durante il ricovero e alla dimissione. Possiamo parlare di tendenza per quanto riguarda il maggior uso di benzodiazepine (mgEq diazepam) durante il ricovero e nel maggior ricorso alla contenzione fisica nel gruppo di pazienti stranieri. Emerge una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi per

quanto riguarda la presenza di precedenti psichiatrici e l'Intervento Sociale.
Conclusioni: non emergono sostanziali differenze nel trattamento dei pazienti stranieri rispetto ai pazienti italiani, ciò probabilmente grazie ad una progressiva acquisizione di "decentramento culturale" da parte degli operatori che ci ha permesso di uscire dall'"etnocentrismo" e di ridurre il "bias etnico".

Bibliografia

Mulder CL, Koopmans GT, Selten JP. *Emergency Psychiatry, Compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to The Netherlands*. British Journal of Psychiatry 2006;188:386-391.

Lay B, Lauber C, Rossler W. *Are immigrants at a disadvantage in psychiatric in-patient care?* Acta Psychiatrica Scandinavica 2005;111:358-356.

298. Confronto fra psicoterapia interpersonale e psicoterapia cognitiva nel trattamento combinato della depressione maggiore con disturbo borderline di personalità

M. Zizza, C. Rinaldi, P. Toffanin, P. Bozzatello, S. Bellino, F. Bogetto

Servizio per i Disturbi di Personalità, SCU Psichiatria 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: il trattamento d'elezione del disturbo borderline di personalità (DBP), secondo le linee guida del'APA, è la terapia combinata. Farmaci di prima scelta sono considerati gli SSRI. Sono stati studiati diversi indirizzi psicoterapici, tra cui quello interpersonale (IPT) e quello cognitivo (CT). La terapia combinata è stata studiata anche per trattare i frequenti casi di comorbilità fra DBP e depressione maggiore, con risultati superiori ai trattamenti singoli. Tuttavia, mancano in questo tipo di pazienti confronti fra diversi indirizzi psicoterapici. Il presente studio si propone di confrontare due terapie combinate con IPT *vs*. CT.
Metodologia: sono stati arruolati pazienti ambulatoriali consecutivi con DBP, che manifestano un episodio depressivo maggiore (DSM-IV-TR). I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: fluoxetina 20-40 mg + IPT; fluoxetina + CT per 24 settimane. La valutazione è stata eseguita con: un'intervista semistrutturata per le caratteristiche cliniche; CGI; HAM-D; HAM-A; BDI-II; SAT-P per la qualità della vita; IIP-64 per i problemi interpersonali. I dati sono stati analizzati con il GLM univariato.
Risultati: si sono evidenziate differenze significative fra i due trattamenti rispetto ad alcuni fattori del SAT-P e alcuni domini dell'IIP-64.
Conclusioni: entrambi i trattamenti sono risultati efficaci, con differenze per quanto riguarda la qualità di vita soggettiva e il funzionamento interpersonale.

Bibliografia

Oldham JM. *Guideline watch. Practice guideline for the treatment of patients with BPD*. Washington, DC: American Psychiatric Association 2005.

Bellino S, Zizza M, Rinaldi C, Bogetto F. *Combined treatment of major depression in patients with BPD: a comparison with pharmacotherapy*. Can J Psychiatry 2006;51:453-60.

299. Volumetria in RMN di Ippocampo, Corteccia del Cingolo Anteriore e Orbitofrontale in pazienti affetti da Morbo di Cushing

F. Zonta[*], T. Toffanin[*], F. Nifosì[*], H. Follador[*], R. Preteroti[*], P. Amistà[**], M. Scanarini[***], G. Perini[*]

[*] *Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova; [**] U.O. di Neuroradiologia, [***] U.O. di Neurochirurgia, Az. Osp. Padova*

Introduzione: Ippocampo, Corteccia del Cingolo Anteriore (ACC) e Orbitofrontale (OFC) sono strutture cerebrali coinvolte nella regolazione dell'umore. Nel Morbo di Cushing (MC) è spesso presente comorbidità con depressione. Modificazioni volumetriche di Ippocampo, ACC e OFC sono state dimostrate nella Depressione Unipolare e Bipolare 1 2. Evidenze consolidate implicano una iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene nei meccanismi di danno neuronale. L'azione neurotossica dei glucorticoidi è correlata ad una riduzione del volume di alcune aree quali Ippocampo, ACC e OFC 3.
Metodologia: per 10 pazienti donne e 10 controlli sono state acquisite sequenze volumetriche in RMN, delimitate le regioni d'interesse e calcolati i volumi utilizzando il softwa**re DCMView.**
Risultati: nelle pazienti si evidenzia una riduzione significativa ($p < ,05$) del volume della sostanza grigia della ACC destra e sinistra e della OFC rispetto ai controlli sani. I dati relativi all'Ippocampo sono in via di elaborazione e saranno presentati durante l'esposizione.
Conclusioni: il MC rappresenta un ottimo modello per investigare la vulnerabilità delle strutture cerebrali all'insulto ipercortisolemico. I nostri dati confermano la riduzione volumetrica di strutture separatamente analizzate in studi su pazienti depressi anche nei pazienti con MC, suggerendo che il danno neurotossico imputabile all'ipercortisolemia possa essere esteso, coinvolgendo diffusamente anche le strutture prefrontali, quali ACC ed OFC, all'Ippocampo strettamente connesse.

Bibliografia

1 Ballmaier et al. Am J Psych 2004;161:99-108.
2 Sassi et al. Biol Psych 2004;56:467-75.
3 Cerqueira et al. J Psychiatr Res 2005;39:451-60.

300. Ambulatorio di psicoterapia psicoanalitica nel servizio psichiatrico. valutazione del lavoro psicoterapeutico in un gruppo di pazienti dopo il primo anno di trattamento

P. Zorzi, C. Cecchetto, M. Civiero, M. Pierri

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione Psichiatrica, Università di Padova

Introduzione: l'Ambulatorio di Consultazione e Psicoterapia Psicoanalitica nasce nel 2002 presso la Clinica Psichiatrica di Padova e offre un servizio di psicoterapie ad indirizzo psicoanalitico di durata medio-lunga (da 6 mesi fino a 3 anni) con frequenza settimanale.

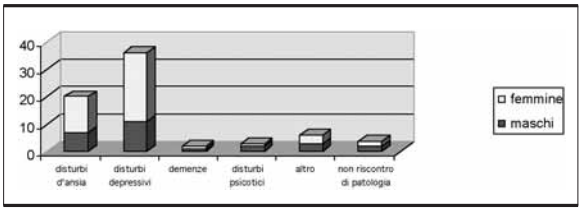
Scopo: il nostro studio ha come finalità la descrizione e la valutazione dell'attività dell'Ambulatorio e la comprensione delle caratteristiche della popolazione che può usufruire di tale trattamento e di una valutazione dell'andamento della psicoterapia, svolta in ambito istituzionale, e la sua influenza sulla sintomatologia, sulla qualità di vita e sugli eventi stressanti.
Metodologia: campione: 23 pazienti che hanno completato un periodo di almeno un anno di trattamento psicoterapeutico Strumenti: cartella clinica, TPQ, SCL-90, Scala di Paykel e Q-les-Q somministrati all'inizio e dopo un anno di trattamento.
Risultati/conclusioni: Scl-90: ad un anno di psicoterapia i sintomi che dimostrano un miglioramento significativo in tutto il campione riguardano gli aspetti ossessivo-compulsivi e quelli depressivi. Analizzando i tratti di personalità del campione si rileva che la popolazione di pazienti caratterizzata da maggiori tratti di dipendenza presenta miglioramenti significativi ad un anno su tutte le aree sintomatologiche. Scala di Paykel: si evidenzia la presenza di una condizione esistenziale di relativa instabilità, caratterizzata da un discreto numero di eventi di vita, la cui media permane alta nel corso del primo anno di psicoterapia. Q-les-Q: ad un anno di terapia vi è un miglioramento significativo dei rapporti sociali.

301. Prime visite presso l'ambulatorio per ansia, depressione e disturbi del comportamento alimentare dell'SCDU psichiatria di Novara nei primi nove mesi del 2006

P. Airoldi, G. Ferraris, P. Prosperini, P. Zeppegno, E. Torre

SCDU Psichiatria, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Novara

Scopo: valutare le caratteristiche della popolazione afferente, nei primi nove mesi del 2006, all'ambulatorio per l'ansia, la depressione ed i disturbi del comportamento alimentare della Clinica Psichiatrica dell'Università del Piemonte Orientale.
Metodologia: analisi descrittiva delle caratteristiche anagrafiche e cliniche.
Risultati: i pz valutati sono stati 71, con una età media di 46,7 anni. Il campione è costituito da una maggioranza di donne (63,4%). Prevalgono gli individui con una scolarità medio – bassa, con un lavoro stabile (42,3%), coniugati (46,5%). Quasi la totalità dei pz giungono inviati dal Medico di Medicina Generale (91,6%). Oltre il 65% dei pz giungono alla prima visita dopo aver già intrapreso un trattamento psicofarmacologico. La diagnosi prevalente è quella di Disturbo Depressivo (50,7%), seguita da quella di Disturbo d'Ansia (28,2%). La terapia più frequentemente prescritta è di tipo antidepressivo e ansiolitico. Per oltre la metà dei pz viene programmata una visita di controllo presso la stessa clinica psichiatrica.



Conclusioni: i dati ottenuti confermano il buon intervento di liaison con la medicina di base, realizzato negli scorsi anni, anche se il 65% dei pz inviati giunge con una terapia psichiatrica già in corso, dato da approfondire ulteriormente. Intendiamo proseguire la nostra osservazione per approfondire l'analisi dei parametri rilevati e il prosieguo della storia clinica dei pz al fine di ottimizzare il funzionamento dell'ambulatorio.

Bibliografia

Menchetti et al, *Integration between general practice and mental health services in Italy: guidelines for consultation - liaison services implementation.* International Journal of Integrated Care 2006;6:1-7.

Balestrieri et al. *pathways to psychiatric care in south-Verona, Italy.* Psychol Med 1994;24:641-9.

302. Efficacia e tollerabilità di quetiapina nel Disturbo Ossessivo Compulsivo: dall'augmentation alla monoterapia

G. Albanesi[*], G. Pacciani[**]

[*] *U. F. Salute Mentale Adulti, ASL, 6 Livorno, Val di Cornia;* [**] *U.F. Salute Mentale Adulti, ASL 11 Empoli*

Introduzione: il trattamento dei pazienti del Disturbo Ossessivo Compulsivo è rimasto per molti aspetti non del tutto soddisfacente con i trattamenti standard, vuoi per minor percentuale di responder rispetto ad altri disturbi, vuoi per una risposta al trattamento comunque lenta e parziale. L'esperienza con quetiapina è nata come augmentaton degli SSRI [1 2], mentre non sono disponibili esperienze di utilizzo di quetiapina in monoterapia nel DOC, che potrebbero meglio far comprendere il livello di efficacia e la componente del disturbo maggiormente sensibile al trattamento.
Metodologia: nel periodo gennaio-luglio 2006 sono stati inseriti nello studio i pazienti con diagnosi Disturbo Ossessivo Compulsivo, secondo i criteri DSM-IV, senza sintomatologia psicotica e senza disturbo della personalità, che hanno fornito il loro consenso alla partecipazione allo studio. Per la valutazione della sintomatologia è stata utilizzata la Y-BOCS e il CGI, somministrate al momento dell'inclusione, dopo un mese di trattamento, dopo tre mesi e dopo sei mesi. Gli eventi avversi sono stati valutati ad ogni visita nel colloquio con il paziente. Il trattamento prevede l'utilizzo di quetiapina, in aperto,in monoterapia, alla dose iniziale di 50 mg, con aumento della dose durante le prime quattro settimane fino alla dose massima di 600 mg die.
Risultati: sono stati arruolati dieci pazienti, di cui sei maschi e quattro femmine, età media 40,3 anni.
Conclusioni: lo studio contribuisce a valutare e chiarire l'effetto antiossessivo-anticompulsivo della quetiapina in monoterapia, senza fattori confusivi o effetti terapeutici aspecifici, individuando gli aspetti della sintomatologia maggiormente sensibili al trattamento.

Bibliografia

1 Amaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Gecici O. *Quetiapine augmentation in patients with treatment resistant obsessive-compulsive disorder: a single-blind, placebo controlled study*. Inter Clin Psychopharmacol 2002;17:115-9.

2 Denys D, van Megen H, Westenberg H. *Quetiapine addition to Serotonin Reuptake Inhibitor treatment in patients with treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. An Open-Label Study*. J Clin Psych 2002;63:700-3.

303. La linea d'ombra della fibromialgia: un'ipotesi di ascolto e sguardo integrato

G. Alinovi[*], S. Pirone[*], A. Perretti[**]

[*] *Dipartimento di Neuroscienze e Scienze del Comportamento, Area Didattico-Scientifica di Psicoterapia,* [**] *Dipartimento di Scienze Neurologiche, Università di Napoli "Federico II"*

La Fibromialgia (FM) rappresenta un'area di confine che, se da un lato, testimonia la relatività delle nosografie rigidamente intese, dall'altro rinforza l'idea della necessità di uno sguardo globale al disagio psicofisico. Proponiamo riflessio-

ni scaturite dall'esperienza,tuttora in corso, di un approccio terapeutico polispecialistico che integra una terapia farmacologia, alla riabilitazione fisica e psichica. La FM è caratterizzata da dolori diffusi, fatica cronica, disturbi del sonno e tender points, per lo più in donne tra 30-50 anni. Non vi sono certezze etiopatogeniche, sebbene studi accreditati chiamino in causa l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. Dai colloqui con le pazienti è emerso che vi è ansia per il dolore cronico invalidante sopportato da almeno10aa, la difficoltà di trovare ascolto anche da parte dei medici per un quadro clinico multiforme con scarsità di "referti obiettivi" e l'inefficacia delle terapie. Ciò si ripercuote sulla vita relazionale, generando aspetti depressivi che devono trovare uno spazio di consapevolezza ed elaborazione. Gli effetti dell'ansia e depressione intervengono, infatti, proprio su quell'asse di adattamento allo stress cui ci siamo riferiti. Si tratta di interrompere un circolo vizioso: da qui la scelta di un gruppo psicoterapico breve. Uno sguardo che delinei un orizzonte di comprensione e cura per questa patologia richiede allo psichiatra l'impegno a svolgere un ruolo unificante tra i diversi specialisti che sono coinvolti nella diagnosi e nella terapia della FM.

304. Disturbo Borderline di Personalità e Disturbo Bipolare II: confronto delle dimensioni di temperamento e di carattere

L. Allasia, M. Fenocchio, F. Crisà, S. Bellino, F. Bogetto

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: i Disturbi Bipolari (DB) sono un gruppo di disturbi a decorso episodico ricorrente, caratterizzati dall'alternanza di fasi di depressione e eccitamento maniacale. Alcuni autori hanno proposto la definizione di Spettro Bipolare per rispecchiarne la grande variabilità clinica, includendovi pazienti con sintomatologia atipica, attenuata o resistente al trattamento.
Recentemente è stato proposto che il Disturbo Borderline di Personalità (DBP), in ragione della labilità affettiva e del comportamento impulsivo che lo assimila ai DB, venga riclassificato come parte dello Spettro Bipolare [1]. A sostegno di questa proposta sono stati condotti studi sia sui tassi di comorbilità che sulle affinità temperamentali fra i due disturbi. I dati emersi sono piuttosto discordanti fra di loro, anche se viene evidenziata una maggiore comorbilità fra DBP e DB di tipo II [2 3].
Al fine di approfondire l'indagine e contribuire a determinare se questi due disturbi possano essere collocati lungo un continuum psicopatologico, abbiamo confrontato il profilo delle dimensioni temperamentali e caratteriali secondo il modello di Cloninger.
Metodi: sono stati arruolati pazienti ambulatoriali consecutivi affetti da DBP e DB di tipo II in stato di remissione, a cui sono stati somministrati la SCID per i disturbi di Asse I e II e il Temperament and Character Inventory di Cloninger. L'analisi statistica è stata condotta applicando il test del t di Student con la correzione di Bonferroni.
Risultati: la raccolta e l'analisi dei dati è tuttora in corso.
Conclusioni: i risultati saranno discussi in riferimento ai dati della letteratura e alle loro implicazioni psicopatologiche e nosografiche.

Bibliografia

1. Akiskal HS. *The bipolar spectrum: the shaping of a new paradigm in psychiatry*. Curr Psychiatry Rep 2002;4:1-3.
2. Gunderson JC, Weinberg I, Daversa MT et al. *Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar spectrum*. Am J Psychiatry 2006;163:1173-8.
3. MacKinnon DF, Pies R. *Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders*. Bipolar Disorders 2006;8:1-14.

305. Terapia breve integrata nell'attacco di panico

N. Anselmi, C. Fini

Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

Introduzione: l'esperienza clinica degli ultimi vent'anni, nonché la ricerca ezio-fisio-patogenetica, fenomenologia e psicologica ha avuto una ripercussione notevole sulla classificazione e sugli approcci terapeutici degli stati di ansia e del disturbo di panico. L'alta incidenza epidemiologica del D.P., la complessità fenomenologia delle manifestazioni cliniche che possono evidenziarsi spontaneamente o prodotte da situazioni stimolo, la manifestazione dei cortei sintomatologici diversi, i rapporti con la struttura caratteriale, con il temperamento e con la fase del ciclo vitale, il decorso acuto e cronico hanno portato al così detto modello evolutivo del D.P. ossia: una predisposizione genetica all'ansia sulla quale interagiscono fattori familiari, psicosociali e cognitivo-comportamentali.
Metodologia: partendo dal modello evolutivo del D.P. è stato elaborato un trattamento integrato, basato sul rapporto medico paziente empatico, intuitivo, creativo e di intensa partecipazione esistenziale, avente come fine la "guarigione" intesa come richiesta precisa e funzionale di adattamento con capacità di mantenere nel tempo i benefici terapeutici. A tale fine il farmaco viene presentato nella sua parzialità funzionale in modo da evitare un uso passivo ed orientare di più il paziente verso un potenziamento delle proprie capacità di controllo nell'approccio al disturbo. L'orientamento interno verso il controllo dei sintomi viene potenziato da un rapporto medico paziente genuino in senso correttivo e psicologicamente consapevole, fondato su aspettative realistiche che scaturiscono da una doviziosa e paziente informazione che si da al paziente circa il proprio disturbo e che indirizza verso un nuovo processo di riorganizzazione e di apprendimento oltre alla messa in prova di modelli comportamentali nuovi.
Risultati: i risultati ottenuti sono soddisfacenti in quanto a breve termine i D.P. scompaiono o si riducono di frequenza e intensità grazie alla terapia farmacologia. Questa condizione ridà fiducia al paziente e rinforza quella nel medico creando la condizione ideale per passare ad una seconda fase, ossia quella che integra la prospettiva comportamentale, emozionale e biologica per affrontare il problema dei sintomi residui e delle recidive a distanza.
Conclusioni: questo lavoro mira ad evidenziare che solo da una informazione realistica possono nascere aspettative realistiche che danno all'individuo che soffre modo di riorganizzarsi con mezzi appropriati per affrontare un quadro sindromico che tende a cronicizzare.

306. Modello osservazionale di cost-effectiveness nell'utilizzazione della quetiapina nel lungo periodo

O. Antonuccio

AUSL 8, Siracusa

Introduzione: l'osservazione fatta nel nostro reparto vuole dimostrare come l'efficacia della quetiapina abbinata all'ottimo profilo di tollerabilità, che si estende anche a valutazioni mediche generali, possa offrire un notevole vantaggio clinico-economico-organizzativo sia nel breve periodo che nel lungo periodo.
Metodologia: l'osservazione è stata di 6 mesi, ed ha coinvolto pazienti in trattamento con quetiapina con diagnosi di Schizofrenia o Disturo Bipolare provenienti da altre terapie con una frequenza di ricoveri ≥ 3 nell'anno 2005. Altro criterio d'inclusione è stato la possibilità di seguire il paziente attraverso gli ambulatori territoriali di nostra competenza. Sono stati inclusi nello studio un totale di 10 pazienti, 6 con diagnosi di Schizofrenia e 4 con Disturbo Bipolare di tipo I. I parametri principali dell'osservazione sono stati la CGI ed il numero di ricoveri nel corso del periodo di osservazione, rispetto al periodo precedente. La valutazione degli effetti collaterali è stata monitorata con analisi ematochimiche bimestrali (prolattina, colesterolo, trigliceridi, glicemia, transaminasi) ed ECG, l'attenzione rivolta al peso corporeo è stata con cadenza mensile.
Risultati: il miglioramento della CGI nelle 3 aree (la gravità della malattia, il miglioramento globale e l'indice di efficacia terapeutica) è stato significativo e nessun discostamento dai valori di normalità è stato registrato relativamente ai parametri vitali, laboratoristici e strumentali, considerati per la valutazione e la tollerabilità. Un solo ricovero è stato registrato dopo lo switch a quetiapina rispetto alla media di 3,5 del periodo precedente.
Conclusioni: l'utilizzo di quetiapina ha dimostrato la neutralità per i valori ematochimici considerati, ha mantenuto i controlli elettrocardiografici nella norma, ed ha consentito di gestire 10 pz con ricoveri ripetuti nel 2005, con un abbattimento notevole nel 2006 [1], dimostrando un notevole vantaggio clinico economico ed anche organizzativo.
Sebbene condotto su una popolazione limitata quest'esperienza potrebbe confermare quetiapina come terapia di 1ª scelta nel lungo periodo [2].

Bibliografia

1 Glich ID, et al. *Long-term maintenance therapy with quetiapine* vs. *haloperidol decanoade in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder*. J Clin Psychiatry 2005;66:638-41.

2 Kasper S, et al. *Maintenance of long term efficacy and safety of quetiapine in the open-label treatment of schizophrenia*. Int Clin Psychopharmacol 2004;19: 281-9.

307. Progetto terapeutico riabilitativo integrato e terapia con quetiapina: due anni di esperienza clinica con 30 casi di schizofrenia cronica trattati in ambito residenziale

R. Auditore, A. Salerno, P. Caponnetto

Comunità Terapeutica Assistita "Villa Chiara"

La terapia farmacologica della schizofrenia, anche se deve essere integrata e completata da altri interventi, rimane il trattamento principale e di base della schizofrenia. Negli USA già da tempo, alla luce dei moderni principi della *evidence-based medicine*, le linee-guida sulla terapia famacologica della schizofrenia prevedono in prima istanza l'utilizzo degli antipiscotici atipici.
Le manifestazioni cliniche della schizofrenia coinvolgono sin dall'esordio l'intera persona nelle sue componenti soggettive, comportamentali e sociali. L'impegno terapeutico di un trattamento in ambito residenziale volge a contenere le manifestazioni sintomatologiche, privilegiando l'integrazione dell'approccio psicologico, pedagogico-riabilitativo, sociale e farmacologico.
Scopo del presente lavoro è verificare se l'integrazione delle diverse modalità terapeutiche gestite all'interno della CTA, possa conseguire dei risultati clinici appezzabili.
Si presentano 30 casi di schizofrenia cronica trattati farmacologicamente con quetiapina, studiati in un arco di tempo di 24 mesi secondo parametri clinico-sintomatologici e n° di ricoveri per acuzie in SPDC.
I soggetti sono stati esaminati in quattro differenti tempi: T 0 (valutazione basale), T1 (dopo 6 mesi), T2 (dopo 12 mesi), T3 (dopo 24 mesi) con scale di valutazione dei sintomi e di funzionamento psicosociale (BPRS, SAPS, SANS, VGF).

308. Studio prospettico sulla qualità di vita in pazienti sottoposti a intervento di osteotomia dei mascellari. Fase preliminare

M. Baiano[*], M. Comi[*], B. Orbitello[*], R.P. Ciano[*], M. Politi[**], M. Robiony[**], M. Balestrieri[*]

[*] *Clinica Psichiatrica, Psicologia Medica e Psicosomatica,* [**] *Clinica di Chirurgia Maxillo-Facciale, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine*

Lo studio indaga la modificazione della qualità di vita a 1 e 2 anni da un intervento di chirurgia ortognatica.
Il protocollo sperimentale prevede un'indagine precedente all'intervento (T0) e tre valutazioni successive (T1, T2, T3), rispettivamente a 2 mesi, 1 anno e 2 anni dall'intervento. Nella fase trasversale dell'indagine, i dati ottenuti relativamente al gruppo dei pazienti verranno confrontati con quelli ricavati dal gruppo di comparazione composto da soggetti di controllo sani. Nella fase longitudinale, si compareranno i dati ottenuti nei pazienti nelle varie fasi della valutazione. Sono stati scelti i seguenti strumenti psicometrici standardizzati: WHOQOL (World Health Organization Quality Of Life), BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination – versione italiana), MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, 2 ed.), LE (Life Events), FA (Family Apgar) e HADS (Hospital Anxiety and Depression

Scale) per la valutazione della qualità di vita, del Disturbo di Dismorfismo Corporeo, di specifici tratti di personalità e di eventuali fattori di stress.
Il reclutamento è ancora in atto. Al momento attuale sono stati arruolati 20 soggetti del gruppo sperimentale e 15 del gruppo di controllo. Sono state eseguite le valutazioni ai tempi T0 eT1.

309. Binge eating disorder e disturbi di personalità

S. Bandini, P. Cotichelli, L. Ferranti, F. Franconi, T. La Ferla, B. Santucci, P. Moretti [*]

Scuola di specializzazione in Psichiatria, [*] Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica, Università di Perugia

Introduzione: si è visto che nella popolazione dei pazienti in sovrappeso esistono delle differenze fondamentali tra pazienti affetti da obesità e pazienti con Binge Eating Disorder (BED) rispetto alla presenza o meno di disturbi di personalità.
Materiali e metodi: gli autori hanno analizzato studi recenti in cui, attraverso la somministrazione della SCID-II, viene valutata una maggiore prevalenza di disturbi di personalità in pazienti con BED rispetto a pazienti obesi. Inoltre vengono analizzati i disturbi di personalità che ricorrono nella popolazione dei pazienti con BED.
Risultati: i dati presenti in letteratura confermano una maggiore prevalenza di disturbi di personalità nei pazienti affetti da BED rispetto a pazienti obesi. Risultano maggiormente rappresentati Disturbi di Personalità del cluster B (Disturbo Istrionico e Borderline) e del cluster C (Disturbo Evitante ed Ossessivo-Compulsivo).

Bibliografia

Van Hanswijck de Jonge P, Van Furth EF, Lacey JH, Waller G. *The Prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity*. Psychol Med 2003;33:1311-7.

Specker S, de Zwaan M, Raymond N, Mitchaell J. *Psychopatology in subgrups of obese women with and without binge eating disorder*. Compr Psychiatry 1994;35:185-90.

Wilfley DE, Friedman MA, Dounchis JZ, Stein RI, Welch RR, Ball SA. *Comorbid psychopathology in binge eating disorder: relation to eating disorder severity at baseline and following treatment*. J Consult Clin Psychol 2000;68:641-9.

310. Valutazione dei livelli plasmatici di magnesio in pazienti ospedalizzati in regime di trattamento sanitario obbligatorio che manifestano agitazione psicomotoria

A. Barra[* **], A. Zendoli[*], A. Ventriglio[*], G. Piemontese[*], S. Papagni[*], M. La Salandra[*], F. Tonioni[* **], A. Bellomo[*]

[*] Università di Foggia, Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Cattedra di Psichiatria; [**] Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Numerosi studi evidenziano una variazione dei livelli plasmatici di magnesio nei pazienti affetti da disturbi psichiatrici. Iamada et al. descrivono alti livelli plasmatici di magnesio in pazienti affetti da depressione maggiore [1]. Nechifor et al. considerano la riduzione del magnesio eritrocitario quale marker biologico della schizofrenia paranoide in fase acuta [2].
Il nostro studio, di tipo retrospettivo, esamina un campione di 100 pazienti ricoverati presso il nostro SPDC in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio che riportano nell'anamnesi attuale una condizione di "agitazione psicomotoria". Gli stessi vengono confrontati con 100 pazienti ospedalizzati in regime di TSV che non manifestano alterazioni significative della psicomotricità. L'obiettivo è verificare l'ipotesi che l'aumento della psicomotricità in una condizione di stress acuto che necessita di un TSO, sia associata ad una variazione dei livelli plasmatici di magnesio rispetto a quanto atteso dall'analisi degli studi precedenti.

Bibliografia

1 Imada Y, Yoshioka S, Ueda T, Katayama S, Kuno Y, Kawahara R. *Relationships between serum magnesium levels and clinical background factors in patients with mood disorders*. Psychiatry Clin Neurosci 2002;56:509-14.

2 Nechifor M, Vaideanu C, Palamaru I, Borza C, Mindreci I. *The influence of some antipsychotics on erythrocyte magnesium and plasma magnesium, calcium, copper and zinc in patients with paranoid schizophrenia*. J Am Coll Nutr 2004;23:549-51.

311. Quetiapina nel trattamento del disturbo bipolare e schizoaffettivo: uno studio sull'efficacia e la tollerabilità

G. Battaglia

C.S.M. n 4 ASL. 6 Palermo

Introduzione: gli studi effettuati sugli antipsicotici atipici stanno rivoluzionando il modo di trattare le psicosi al punto da essere ormai considerati farmaci di prima scelta.
Tra le molecole antipsicotiche, di particolare interesse è l'impiego della quetiapina. Allo scopo di dimostrare quanto appena affermato, è stato condotto uno studio su 15 pazienti (8 maschi e 7 femmine) affetti da disturbo bipolare e schizoaffettivo trattati precedentemente con stabilizzatori dell'umore ed altri neurolettici tipici e atipici.
Metodologia: i pazienti sono stati valutati dal punto di vista clinico all'inizio (T0), dopo tre mesi (T1) e a sei mesi (T2) sostituendo l'antipsicotico precedentemente in uso con un dosaggio medio di 600 mg/die di quetiapina.
Nello studio sono state impiegate la Young Mania Rating Scale (YMRS), la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) e la Clinical Global Impression (CGI).
Risultati: lo studio ha messo in evidenza l'indubbia efficacia clinica della quetiapina sul vasto spettro dei sintomi e una sua maggiore tollerabilità rispetto ai neurolettici classici. Attraverso l'uso delle scale si è riscontrata una riduzione significativa della sintomatologia psicotica a partire da T0. Inoltre si è evidenziata una riduzione degli effetti extrapiramidali e dei valori della prolattina.
Conclusioni: la terapia farmacologia adottata ha mostrato una significativa efficacia. La significatività del miglioramento clinico si è resa evidente sin dalle prime fasi del trattamento e si è mantenuta per tutte le successive valutazioni.

Bibliografia

Keck PE Jr et al. *The Expert Consensus Guidelines Series. Treatment of Bipolar Disorder*. Postgrad Med Special Report 2004:1-120.

Vieta E et al. *Quetiapine monotherapy for mania associated with bipolar disorder: combined analysis of two international, double-blind, randomized, placebo-controlled studies*. Curr Med Res Opin 2005;21:923-34.

Corsini G et al. *Switch da antipsicotici tradizionali iniettivi a quetiapina orale in pazienti psicotici acuti ospedalizzati*. Rivista di Psichiatria 2005;40:342-46.

312. Ricoveri psichiatrici con doppia diagnosi alcol-relata

M. Bellini, B. Mondardini, C. Petio, S. Di Marco

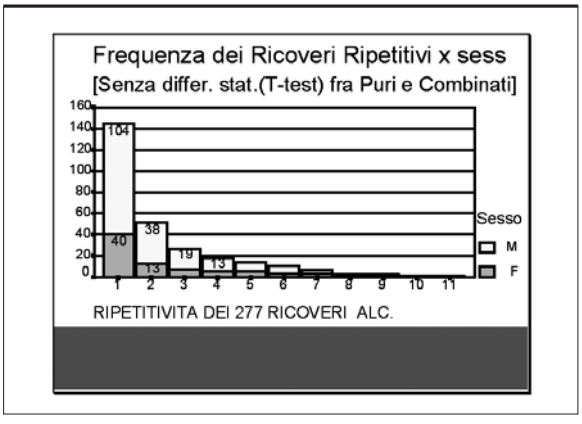
SPDC, Ospedale Maggiore, AUSL di Bologna e Istituto di Psichiatria, Università

Introduzione: i tassi di comorbosità di Disturbo da Uso di Sostanze fra i pazienti psichiatrici variano dal 18% al 64% (Brady 1991, Lin 1998). La gravità psichiatrica conduce sempre più spesso a ricoveri ospedalieri in SPDC di pazienti con tale comorbosità.

Scopo e metodi: abbiamo programmato una ricerca sui ricoveri psichiatrici ospedalieri consecutivi con Doppia Diagnosi (DD), durata 3 anni e completata nel gen. 2005, presso l'SPDC dell'Ospedale Maggiore di Bologna. La metodologia prevede diagnosi DSM-IV con la MINI, una intervista semi-strutturata per variabili tossicologiche e psichiatriche, routine di laboratorio. Dai 364 ricoveri con DD, vengono estratti e presentati i 277 ricoveri (maschili nel 70,8% dei casi) con Abuso o Dipendenza da Alcol.

Risultati: oltre al tasso di prevalenza di ricoveri con DD rispetto a tutti i ricoveri psichiatrici, vengono illustrate le variabili relative al campione globale, quindi comparativamente quelle relative ai 2 sottogruppi costituiti da alcolisti puri e da alcolisti che usano anche sostanze non-alcoliche.
Quindi vengono indagati e studiati statisticamente la ripetitività e la modalità dei ricoveri.
Le sostanze più spesso usate in combinazione sono cannabis e cocaina.

Conclusioni: fra i vari reperti, emerge presenza di precedenti ricoveri psichiatrici in 4 quinti dei ricoveri, e tentato suicidio recente / in atto, in un terzo dei ricoveri.



313. Valutazione delle variazioni ponderali e metaboliche in pazienti trattati con risperidone a rilascio prolungato

A. Bellomo, A. Borelli, C. Maffulli, A. Ventriglio, A. Lepore

Dipartimento Misto di Salute Mentale, A.U.S.L. Fg, Università di Foggia

Introduzione: diversi farmaci antipsicotici determinano un aumento del rischio metabolico e cardiovascolare nei pazienti trattati poiché responsabili di incremento ponderale [1]. Molti dei pazienti in trattamento con atipici, inoltre, mostrano scarsa compliance terapeutica anche a causa dall'aumento di peso corporeo. Le formulazioni di farmaci antipsicotici a rilascio prolungato minimizzano gli effetti collaterali del farmaco, garantiscono livelli plasmatici del principio attivo costanti nel tempo e migliorano la compliance del paziente. Il risperidone a rilascio prolungato, unico antipsicotico atipico disponibile in Italia nella suddetta formulazione, determinerebbe modesti incrementi ponderali e ridurrebbe significativamente i rischi metabolico e cardiovascolare [2].

Materiali e metodo: il lavoro, di tipo retrospettivo, valuta l'incremento ponderale e l'assetto metabolico di 14 pazienti schizofrenici trattati con risperidone a rilascio prolungato confrontandoli con pazienti trattati con aloperidolo decanoato.

Risultati: si esporranno i dati e l'analisi statistica di tale confronto.

Bibliografia

[1] Allison DB, Casey DE. *Antipsychotic-induced weight gain: a review of the literature*. J Clin Psychiatry 2001;62(Suppl. 7):22-31.

[2] Möller HJ. *Long-Acting Risperidone: Focus on Safety*. Clinical Therapeutics 2006;28(5).

314. Criteri diagnostici a confronto in ambito psicosomatico

A. Bellomo[1], P. Porcelli[2], I. Ciannameo[3], A. Petito[4], S. Iuso[5], M. Nardini[6]

[1] Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Università di Foggia; [2] Servizio di Psicodiagnostica e Psicoterapia, IRCCS Gastroenterologico S. Bellis, Castellana Grotte (Bari); [3] Scuola di Specializzazione in Psichiatria, [4] Dipartimento di Scienze Biomediche, Università di Foggia; [5] Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, [6] Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Università di Bari

Sistemi nosografici alternativi a quello del DSM-IV TR, a proposito di Disturbi Somatoformi sono: quello del Multisomatoform Disorder (MSD) proposto dal gruppo di Spitzer e Kroenke (1997); e quello rappresentato dai Criteri Diagnostici per la Ricerca in Psicosomatica (DCPR, Fava, 1995). Lo scopo dello studio è di confrontare la prevalenza di disturbi psichiatrici, di MSD e delle sindromi DCPR in pazienti afferenti alla Psichiatria di Consultazione degli Ospedali di Foggia; e di comprendere le relazioni tra variabili psicosociali e categorie diagnostiche. Sono stati reclutati 66 pazienti sottoposti a strumenti psicometrici (SF-36,

SCL-90 R SOM, SCID, Intervista MSD, Intervista DCPR). Il 15% del campione presenta una diagnosi di disturbo somatoforme secondo il DSM-IV TR. Il 26% del campione soddisfa i criteri per una diagnosi di MSD e il 71% riporta almeno una sindrome DCPR. Questo studio confermano come i DCPR permettano una migliore identificazione delle sindromi psicosomatiche se comparati con i criteri diagnostici del DSM-IV TR dei MSD.

Bibliografia

Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV, Hahn SR, Linzer M, Williams JB, Brody D, Davies M. *Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care*. Arch Gen Psychiatry 1997;54:352-8.

Fava GA, Freyberger H, Bech P, Chistodoulou G, Sensky T, Theorell T, Wise TN. *Diagnostic criteria for use in psychosomatic research*. Psychother Psychosom 1995;63:1-8.

315. Le competenze sociali nel contesto lavorativo: sperimentazione del Cooperative Learning in ambito psichiatrico. Trattamento psicoeducativo di gruppo per pazienti con disturbo borderline di personalità

M. Boaretto, L. Sifari, T. Toffanin, C. Cremonese

Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Psichiatrica, III SPDC, Azienda Ospedaliera, Università di Padova

Introduzione: il gruppo è un nucleo di apprendimento in cui la conoscenza avviene attraverso processi di costruzione sociale, di negoziazione di significati e di confronti: da un lato produce apprendimento, dall'altro genera competenze sociali. Il nostro gruppo si è rivolto a pazienti con disturbo borderline, presso un CSM di Padova. Si è cercato di raggiungere obiettivi sul piano relazionale, tramite l'acquisizione di nuove competenze sociali, e sul piano cognitivo incoraggiando i pazienti a cogliere soluzioni intermedie, a modulare ed elaborare i vissuti al fine di ridurre gli agiti.
Metodologia: l'intervento si differenzia dai tradizionali trattamenti psicoeducativi per la sperimentazione della metodologia del Cooperative Learning sorta in ambito didattico e diffusa anche in contesto aziendale. Gli incontri settimanali, della durata di 60 minuti, sono stati condotti per un totale di 6 mesi.
Risultati e discussione: tale metodologia, che alterna fasi di lavoro individuale a fasi di elaborazione in gruppo, favorisce l'apprendimento di nuove competenze sul piano cognitivo e sociale, promuovendo un buon clima relazionale fra i partecipanti. La valorizzazione delle "intelligenze multiple", la solida strutturazione degli incontri (ruoli, fasi, tempi, compiti, materiale) e l'insegnamento diretto delle abilità sociali rendono il metodo particolarmente idoneo al lavoro riabilitativo in ambito psichiatrico, in particolare con pazienti con disturbo borderline.
Conclusioni: gli attuali sforzi sono indirizzati ad una valutazione sperimentale dell'efficacia dell'intervento: grazie ad una scheda di valutazione sarà possibile monitorare gli apprendimenti e gli eventuali progressi nelle varie fasi del trattamento.

Bibliografia

Gardner, H. *Intelligenze multiple*. Milano: Edizioni Anabasi 1994.

Kagan S. *L'apprendimento cooperativo: l'approccio strutturale*. Roma: Edizioni Lavoro 2000.

Linehan M.M. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline: il modello dialettico.* Milano: Raffaello Cortina Editore 2001.

316. Migranti e servizi psichiatrici: un'indagine presso il CPS di Varese

E. Bolla, G. Alberini, P. Bortolaso, C. Costantini, S. Vender

Università dell'Insubria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Medicina Clinica - Psichiatria

Obiettivi: scopo dello studio è indagare l'attività del nostro servizio ambulatoriale (CPS di Varese) nella presa in carico e cura dei pazienti immigrati.
Metodi: sono stati raccolti i dati relativi alle cartelle aperte nel periodo 1999-2005 per pazienti immigrati da Paesi in via di sviluppo. I dati socio-anagrafici, compresa l'area di provenienza, e i dati inerenti ai contatti con i servizi psichiatrici, alla condizione clinica e agli interventi terapeutici sono stati confrontati con quelli relativi agli stranieri residenti nell'area di competenza del nostro CPS e ai pazienti italiani dello stesso centro.
Risultati: nello studio sono stati inclusi 93 pazienti (5,4% delle nuove cartelle). Rispetto alle attese è risultata maggiore la frequenza di pazienti provenienti dall'America Latina ($p < 0,001$) e minore quella degli asiatici ($p < 0,006$). Rispetto ai pazienti italiani gli stranieri risultano essere più giovani e fra loro vengono diagnosticati con maggiore frequenza disturbi psicotici ($p < 0,001$) e con minore frequenza disturbi di personalità ($p < 0,02$). I pazienti stranieri vengono inoltre seguiti con minore frequenza ($p < 0,05$).
Conclusioni: le variabili culturali, l'area di provenienza e le caratteristiche del fenomeno migratorio influenzano la modalità di accesso e di relazione con i servizi psichiatrici. La maggiore o minore distanza culturale potrebbe essere causa di una non sempre corretta interpretazione dei quadri clinici

317. L'aggressività in SPDC: valutazione per la prevenzione degli agiti aggressivi

G. Bolongaro, M. Cattaneo, V. Di Gennaro, M. Gioni, G. Guggeri, T. Maranesi, S. Orlandi, A, Sileoni

Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio, Presidio Ospedaliero di Saronno, U.O. di Psichiatria, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Saronno (Va)

A differenza di quanto avviene a livello internazionale nell'ambito della trasformazione della assistenza psichiatrica italiana il tema della aggressività è stato a volte ignorato con atteggiamento di onnipotenza difensiva a volte affrontato in termini allarmistici e superficiali.
Per affrontare un tema così a lungo trascurato abbiamo pensato che fosse necessario un approccio teorico e pratico così riassumibile:

1. definizione di un protocollo di qualità per l'attuazione e il monitoraggio della contenzione fisica;
2. rilevazione sistematica di tutti gli agiti aggressivi tramite strumento ad hoc (Staff Observation Aggression Scale-SOAS) per poter ridurre l'inevitabile gap tra ciò che si crede di un certo fenomeno e ciò che avviene realmente nella pratica quotidiana;
3. attuazione di un progetto formativo del DSM articolato lungo percorsi diversi: da quella più tradizionale teorica a quella più innovativa del progetto di ricerca e del gruppo di lavoro multidisciplinare.

Dal gennaio 2005 all'interno dell'SPDC di Saronno dell'Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio, è iniziata una raccolta sistematica di tutti gli episodi aggressivi eterodiretti compiuti da pazienti durante il ricovero. La fase operativa è stata preceduta da una analisi della letteratura che ha permesso l'individuazione dello strumento più adatto alla nostra ricerca (SOAS).

Verranno presentati i dati riguardanti l'intera rilevazione dell'anno 2005 confrontandoli:

– con i dati di alcuni mesi campione dell'anno precedente l'inizio della ricerca sistematica, per evidenziare l'effetto di riduzione del fenomeno nel momento esso viene indagato con attenzione;
– con i dati provenienti dalla letteratura psichiatrica.

Passo ulteriore del progetto sarà quella di definire dei profili di rischio di aggressività a scopo preventivo.

318. Il Servizio di Consulenza per i Medici di Medicina Generale di Bologna: impatto sui percorsi di cura

A. Bombi, M. Menchetti, M. Belvederi Murri, S. Bernardini, D. Berardi

Istituto di Psichiatria P. Ottonello, Università di Bologna

Introduzione: le patologie ansioso-depressive costituiscono un problema rilevante per la sanità pubblica e vengono gestite fra Medicina Generale e Salute Mentale. A Bologna, dal 2002, è stato istituito uno specifico Servizio di Consulenza per i Medici di Medicina Generale (MMG); uno degli obiettivi cui mira tale Servizio è la razionalizzazione dei percorsi di cura, al fine di favorire la gestione delle patologie ansioso-depressive in Medicina Generale e riservare al settore specialistico i casi più gravi.

Metodologia: sono stati presi in esame i dati relativi all'utilizzo dei Servizi Psichiatrici Territoriali e al Servizio di Consulenza nella città di Bologna ed in particolare il numero di prime visite nel periodo di tempo 2002-2006. È stata poi effettuata una comparazione con i dati dell'intera regione Emilia-Romagna.

Risultati: a partire dal 2002, anno di introduzione del Servizio, il numero di pazienti afferiti ai Servizi Psichiatrici Territoriali è diminuito del 17%, mantenendosi costantemente ridotto negli anni successivi. I dati relativi all'intera regione mostrano una tendenza all'aumento del 19% nel periodo 2001-2003.

Conclusioni: l'istituzione di un Servizio di Consulenza a Bologna sembra aver portato una riduzione dei casi di ansia e depressione gestiti a livello dei Servizi Psichiatrici Territoriali; il dato assume maggiore rilievo se si considera la generale tendenza all'aumento dei casi trattati, rilevata nel contesto regionale.

319. Comunicazione verbale e non-verbale in pazienti con diagnosi di psicosi: strumenti di valutazione e possibili indicatori di esito utili negli interventi di riabilitazione psico-sociale

G. Bonelli[*], T. Kotsokosta[*], L. Cerfeda[*], S. Santucci[*], P. Castrogiovanni[*], A. Maio[**], M. Giovanelli[**], R. Cardelli[**]

[*] Università di Siena, Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria; [**]ASL 3 Pistoia

Introduzione: l'inserimento lavorativo di pazienti con disabilità psichica è da considerare uno strumento terapeutico importante che può facilitare il recupero delle funzioni cognitive e l'integrazione sociale del soggetto stesso. Nel presente lavoro ci proponiamo di valutare le abilità comunicative verbali e non in pazienti psicotici che affrontano l'esperienza di un primo inserimento lavorativo

Metodologia: abbiamo preso in considerazione 12 soggetti (11 M:1 F) con diagnosi di psicosi, età media di anni 33 ± ds 5,41 e scolarità media di anni 10,66 ± ds 2,64; sono stati effettuati due controlli, prima e durante l'inserimento lavorativo, mediante la somministrazione di test neuropsicologici specifici (California Verbal Learning Test e altri test; a T1, dopo 12 mesi, è stata valutata anche la Pragmatica del Linguaggio).

Risultati: abbiamo notato che nelle varie dimensioni esplorate tramite il CVLT i pazienti ottengono punteggi migliori dopo l'introduzione di un ausilio semantico da parte dell'operatore, ovvero le performances comunicative verbali migliorano una volta che ad essi venga suggerita in tempo reale una strategia di categorizzazione e quindi di organizzazione e ragionamento. Per quanto concerne l'analisi del Protocollo sulla Pragmatica del Linguaggio risulta una difficoltà nell'intenzione locutoria, nella sequenza linguistica e nella qualità dell'eloquio per ciò che concerne gli aspetti verbali; inoltre la presenza di passività, scarsa iniziativa e collaborazione, eloquio povero di contenuti, con mimica facciale e gestuale piatta o inadeguata, tonalità spesso insufficiente e poca enfasi per quanto riguarda gli aspetti non-verbali

Conclusioni: il paziente psicotico confrontandosi con gli altri e mettendosi egli stesso alla prova nell'ambito lavorativo arriva col tempo ad acquistare una *coscienza di comunicazione,* sia verbale che non, spesso deficitaria o carente in questo tipo di patologia; la valutazione neuropsicologica e anche logopedica è quindi uno strumento valido per lo studio delle funzioni cognitive, fornendo possibili indicatori di esito da prendere in considerazione negli interventi di riabilitazione psicosociale.

Bibliografia

Girillo, MA, et al. *Verbal declarative memory dysfunction in schizophrenia: from clinical assessment to genetics and brain meccanisms.* Neuropsychol Rev 2003;13:43-77.

Milev P, et al. *Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up*. Am J Psychiatry 2005;162:495-506.

Levinson SC. *La Pragmatica*. Bologna: Il Mulino 2004.
Prutting CA, Kirchner DM. *A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language*. Journal of Speech and Hearing Disorder 1987;52:105-19.

320. Valutazione dell'allungamento dell'intervallo QTc in pazienti trattati con farmaci antipsicotici

A. Borelli, A. Lepore, A. Ventriglio, C. Maffulli, A. Bellomo

Dipartimento Misto di Salute Mentale A.U.S.L. Fg, Università di Foggia

Introduzione: molti farmaci antipsicotici hanno mostrato la capacità di determinare un allungamento dell'intervallo QTc dell'ECG esponendo i pazienti trattati al rischio di eventi fatali quali la Torsade de Pointes e la Morte Improvvisa [1-3]. Nella pratica clinica, tuttavia, è stata posta poca attenzione a tale problema.
Materiali e metodo: lo studio, di tipo retrospettivo, valuta circa 250 pazienti in trattamento con antipsicotici tipici e atipici. Vengono descritte le variazioni elettrocardiografiche, i trattamenti in atto, i dati sociodemografici, le comorbilità somatiche e gli eventuali fattori di rischio concomitanti.
Risultati: verranno mostrati i dati sulla prevalenza di allungamento dell'intervallo QTc riscontrata in relazione ai vari trattamenti effettuati.

Bibliografia

1 Glassman AH, Thomas Bigger MD and J. *Antipsychotic Drugs: Prolonged QTc Interval, Torsade de Pointes, and Sudden Death*. Am J Psychiatry 2001;158:1774-82.
2 Kuan-Pin Su, Hui-Chih Chang, and Winston W. Shen. *Prolongation of QTc Interval and Antipsychotics*. Am J Psychiatry 2002;159:1062-3.
3 Vaz Carreiro S, Rocha Martins R, De Carvalho Á. *Psicofármacos e morte súbita*. Acta Med Port 2006;19:151-64.

321. Spettro anoressico-bulimico in un campione non selezionato di donne in gravidanza

C. Borri, M. Mauri, S. Banti, S. Cortopassi, A. Oppo, G.B. Cassano

Clinica Psichiatrica, U.O. 1, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa

Introduzione: il ruolo centrale di un adeguato incremento ponderale in gravidanza e del BMI è oramai riconosciuto.
Scopo: valutazione del ruolo dello spettro della condotta alimentare (ABS-SR) come predittore di depressione postpartum e l'associazione tra disturbi d'ansia lifetime, BMI in gravidanza e basso peso alla nascita.
Metodo: il campione di 369 soggetti è stato valutato dal 3° mese di gravidanza al 12° mese nel postpartum con SCID-I, EPDS, PDPI-R, questionari di spettro lifetime (MOODS, PAS, OBS, ABS-SR), WSAS e STAI-Y.
Risultati: nel gruppo ABS+ l'81,1% dei soggetti ha almeno un disturbo di Asse I, il 59,5% almeno un disturbo dell'umore, il 45,9% almeno un disturbo della condotta alimentare; presenta inoltre punteggi più elevati di spettro MOODS, PAS, e OBS oltre a una maggiore compromissione del funzionamento e ansia di tratto.
Conclusioni: il gruppo ABS+ mostra maggior disagio psicologico di quello ABS- e ricorre di più alla terapia.

Bibliografia

Abraham S. *Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years*. J Psychosom Res 1998;44:491-502.
Abraham S, Taylor A, et al. *Postnatal depression, eating, exercise, and vomiting before and during pregnancy*. Int J Eat Disord 2001;29:482-7.

322. Quetiapina nel trattamento di pazienti schizofrenici acuti: un'esperienza clinica presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) di "Villa Scassi" di Genova

G. Botto

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di "Villa Scassi" di Genova, ASL 3 Genovese, Regione Liguria

Si descrive un'indagine osservazionale retrospettiva fatta su 10 pazienti, affetti da schizofrenia e da psicosi schizoaffettiva, ricoverati in S.P.D.C., in fase acuta di malattia e trattati con quetiapina. L'inserimento dei pazienti è stato fatto secondo il criterio di BPRS, Psycosis Index uguale, superiore a 5.5. Vengono analizzate le caratteristeche famigliari, socio-demografiche, e psicopatologiche.
La quetiapina alla dose iniziale di 200 mg/die, è stata progressivamente aumentata fino a 900 mg/die, (14° giorno). Durante le due settimane di degenza si prendono in esame le condizioni cliniche a G1 (profilo basale), G7 (profilo al 7° giorno di degenza) e G14 (profilo al 14 giorno di degenza), attraverso la somministrazione di Scale di valutazione (BPRS, BPRS-Fattore V-ostilità, MOAS, SAS). l'impiego della MOAS ci ha permesso di valutare la fluttuazione dell'aggressività durate il trattamento.
Quetiapina, utilizzata in un setting acuto, in monoterapia, con uno schema di titolazione rapida (900 mg/die in 4ª giornata) e mantenuta a 900 mg al giorno fino al quattordicesimo giorno (G14), è risultata ben tollerata senza segnalazione di eventi avversi.
Questo studio ha confermato la buona efficacia di quetiapina sulle dimensioni aggressività e ostilità. Inoltre si è riscontrato un miglioramento della nostra percezione clinica all'utilizzo della quetiapina in acuto che poi, nel lungo termine garantisce buona aderenza al trattamento e conseguente buon controllo psicopatologico.

323. Risvegli in melodia

D. Buccomino, G. Drago, F. Mastropierro, M.G. Mazza

CSM Roggiano Gravina, ASP Cosenza

La persona demente vive dentro di sé una condizione di frammentarietà che la porta ad una fragilità nella vita affettiva e relazionale e ad un'instabilità piena di ansia e angoscia.
In termini musicali tali soggetti vivono la rottura di un ordine, la *rottura dell'armonicità*.
Lo studio condotto, nel Centro UVA del CSM di Roggiano Gravina ha avuto come protagonisti 10 pazienti affetti da demenza lieve-moderata con iniziali BPSD inseriti in base al punteggio del MMSE piuttosto omogeneo tra i partecipanti e somministato all'inizio e alla fine dello studio.
L'obiettivo prefisso attraverso la musicoterapia è imparare a relazionarsi a modificare lo stato umorale della persona e a contenere manifestazioni d'ira e stati di agitazione.
L'approccio metodologico si è basato primariamente sulla creazione di una relazione empatica lavorando sulle *parti sane* del malato e valorizzando tutte le *potenzialità* fisiche e intellettive *residue*.
Gli incontri a cadenza settimanale della durata di un'ora e mezza si sono svolti nei locali del centro e diretti da un Musicoterapeuta per una anno.
La musica ha permesso ai pazienti,di esprimere e percepire le proprie emozioni e di comunicarle attraverso il linguaggio non-verbale,di migliorare le prestazioni mnesiche, favorendo un ripristino dei ricordi piacevoli del passato attraverso la rievocazione di canti e balli conosciuti.

Bibliografia

A. Vink, *Melodie dimenticate: la musicoterapica con anziani affetti da demenza*. In: *Musicoterapia in Europa*. Roma: Ed. Ismez.

324. La psicoeducazione quale strumento di riscatto per le famiglie

D. Buccomino, G. Drago, M.G. Mazza, M. Amilcare, G. Lanza, M. Raele, F. Mastropierro

CSM Roggiano Gravina, ASP Cosenza

La psicoeducazione nasce dalla constatazione di come di fatto i familiari siano i più diretti interessati nella cura del paziente in quanto sono quelli che spendono in sua compagnia la maggior parte del tempo. Purtroppo troppo spesso sono logorati dalle richieste e dalle esigenze del loro congiunto e tendono a mettere in atto modalità espulsive nei suoi confronti in quanto convivere con un malato demente è fonte di grande stress.
Abbiamo offerto a 10 famiglie, con congiunti affetti da demenza, la possibilità di partecipare ad incontri settimanali presso il Centro UVA, per addestrarli nella gestione della malattia.
Le famiglie, inserite nel progetto, sono state selezionate in base al punteggio ottenuto alla CBI (Caregiver Burden Inventory).
L'intervento prevede una parte di lavoro da eseguire durante le sedute e una serie di esercizi da svolgere al di fuori dell'incontro con l'operatore. Ogni seduta comprende dimostrazioni pratiche, assegnazione di compiti da svolgere tra una seduta e l'altra per mettere in pratica le abilità apprese nella vita quotidiana. Gli obiettivi del lavoro sono così riassumibili: fornire informazioni sulla malattia, risolvere o controllare i problemi comportamentali, promuovere il benessere della persona; ridurre lo stress di chi assiste; ridurre l'utilizzo di mezzi di contenzione fisica e/o farmacologica.

Bibliografia

Morosini P, et al. *Disabilità sociale e carico familiare*. Rivista Sperimentale di Freniatria, 1988;3:541-63.

325. Quetiapina vs. Valproato, in monoterapia, nel trattamento della fase di mantenimento del Disturbo Bipolare I

D. Buccomino, G. Drago, F. Trotta, S. Cuzzocrea, L. Bruno, M.G. Mazza

CSM, Roggiano Gravina, ASP Cosenza

Obbiettivi: valutare efficacia e tollerabilità di quetiapina in monoterapia *vs.* valproato nel mantenimento della stabilizzazione a lungo termine nel Disturbo Bipolare I in follow-up a 12 mesi.
Metodo: 31 pazienti con diagnosi di disturbo bipolare tipo I (D.S.M. IV TR), già trattati in acuto (6 mesi), nella fase maniacale del disturbo, sono stati osservati per ulteriori 12 mesi.
I pz erano già stati assegnati a due gruppi di trattamento: gruppo A: 16 pz Quetiapina, 600-800 mg/die per i primi 6 mesi, 400-600 mg/die per i successivi 12 mesi; gruppo B: 15 pz Valproato, 1500 mg/die (per 18 mesi). Efficacia valutata con: BPRS, CGI, YMRS (al 6°, 9°, 12°, 15° e 18° mese di follow-up); SAS per EPS somministrata al 6°, 12° e 18° mese; sicurezza e tollerabilità esami ematochimici, ECG e rilevazione di eventuali eventi avversi.
Risultati: nel gruppo "quetiapina" (dose media di 500 mg/die) al 18° mese si è osservato una ulteriore riduzione del 12% del punteggio medio totale della YMRS, rispetto alla valutazione effettuata a 6 mesi. Inoltre non si sono verificati nuovi episodi maniacali o depressivi.
Nel gruppo valproato 2 pz sono virati in fase maniacale ed uno in fase depressiva ed il punteggio medio della YMRS è aumentato di circa il 9% rispetto a quello registrato a 6 mesi.
Conclusioni: i risultati confermano il profilo di efficacia e tollerabilità di quetiapina in monoterapia nel trattamento del disturbo bipolare nel lungo termine. Emerge, infatti, una buona capacità di stabilizzazione della sintomatologia, che protegge i pz dalla possibilità di viraggi sia in senso maniacale che depressivo.

Bibliografia

Vieta E. *Mood stabilization in the treatment of bipolar disorder: focus on quetiapine*. Hum Psychopharmacol Clin Exp 2005.

326. Il riflesso del trasalimento in un campione di soggetti affetti da disturbo d'ansia generalizzato

R. Bussi, A. Bertani, N. Tornaghi, S. Cammino, S. Crippa, R. Mellone, G. Perna, L. Bellodi.

Centro per i Disturbi d'Ansia, San Raffaele Turro Università Vita-Salute, Milano

Il disturbo d'Ansia Generalizzato (DAG) è uno dei più comuni disturbi anche se resta non chiarito negli aspetti eziopatogenetici. Diversi lavori hanno mostrato una relazione fra disregolazione del sistema nervoso autonomo e il DAG. Questa ipotesi è sostenuta sia dal corteo sintomatologico sia da studi psicofisiologici. In particolare alcuni lavori hanno mostrato come la preoccupazione, sintomo core del DAG, sia associata ad una scarsa flessibilità del sistema nervoso autonomo (SNA). La conduttanza appare uno dei marcatori più attendibili del funzionamento del SNA. Obiettivo di questo studio è la valutazione del riflesso di trasalimento in un campione di soggetti affetti da DAG.
Abbiamo reclutato 13 soggetti con DAG e 14 controlli sani. I soggetti sono stati sottoposti alla registrazione della conduttanza cutanea in condizione di riposo, durante e dopo l'esposizione ad uno stimolo incondizionato (SI) di tipo sonoro. Abbiamo utilizzato delle statistiche non parametriche nell'analisi dei dati. Confrontando il gruppo di controlli sani e il gruppo di pazienti, abbiamo osservato una differenza statisticamente significativa fra i due gruppi nella conduttanza al momento dell'esposizione allo SI ($p = 0,04$). Inoltre nei soggetti affetti da DAG la conduttanza non si modifica in modo statisticamente significativo nel tempo viceversa nei controlli sani la conduttanza indica un'abituazione allo SI ($p = 0,001$). I risultati mostrano una tendenza ad una ridotta abituazione allo SI nei soggetti affetti da DAG rispetto ai controlli sani, suggerendo una scarsa flessibilità autonomica. Tale risultato conferma studi precedenti, ipotizzando una processazione disfunzionale dell'informazione che comporterebbe un'erronea discriminazione fra stimoli neutrali ed ansiogeni.

327. Valutazione dell'impatto psicologico dell'intervento di ricostruzione mammaria con protesi e con tessuti autologhi (DIEP-TRAM)

M. Cagol[*], B. Orbitello[*], R. Baraziol[**], L. Perini[*], M. Schiavon[**], R.P. Ciano[*], M. Comi[*], M. Balestrieri[*]

[*] *Clinica di Psichiatria, Psicologia Medica e Psicosomatica, DPMSC, PUGD, Udine;* [**] *SOC Chirurgia Plastica e Centro Ustioni, AOSMM, Udine*

Scopo: lo studio valuta, in pazienti sottoposte ad intervento di ricostruzione mammaria post mastectomia, l'impatto di due diverse tecniche chirurgiche sulla qualità della vita e sull'assetto psicologico. È stata eseguita la caratterizzazione del campione in termini socio-demografici e clinici in relazione al tipo d'intervento e la valutazione dell'associazione tra le strategie di adattamento e il tipo e la durata dell'intervento.

Materiali e metodi: è stata eseguita un'unica fase di raccolta dati, post-intervento, relativa alle variabili socio demografiche e cliniche di base, al tipo e alla durata dell'intervento e alle strategie di coping. Sono stati utilizzati i seguenti reattivi psicometrici: MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, 2ed.), SASS (Social Adaptation Self-Evaluation Scale), SF-36 (Quality of Life), IBQ (Illness Behaviour Questionnaire).
Risultati: sono state arruolate 60 pazienti delle quali 38 trattate con impianto di protesi e 22 con DIEP-TRAM da non più di due anni. É emerso che, a massimo due anni, le pazienti operate mediante impianto di protesi presentano una qualità di vita migliore rispetto al gruppo DIEP-TRAM.

328. Il burnout in dipendenti ospedalieri nelle professioni sanitarie

C. Calandra, C. Guglielmino, E. Pistorio, G. Minutolo, A. Luca

Azienda O.U. "G. Rodolico", Policlinico Catania, U.O. Complessa di Psichiatria

Introduzione: il termine burnout (Freudenberg, 1974) indica una delle possibili manifestazioni dello stress lavorativo. È caratterizzato da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale, colpisce operatori delle helping professions.
Scopo dello studio: è valutare i livelli di burnout tra medici e infermieri ospedalieri in reparti di Anestesia, Pronto Soccorso e Psichiatria della città di Catania.
Metodologia: si indaga il fenomeno attraverso la somministrazione di test: MBI (Maslach Burnout Inventory), SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders), SAD (Scala di autovalutazione per la depressione), SAS (Self-Rating Anxiety State).
Risultati: il campione esaminato presenta un livello medio di Burnout di 5,6 su un livello massimo di 9 (Burnout conclamato), all'interno del quale l'Esaurimento Emotivo (34,2%) e la Depersonalizzazione (34,8%), rappresentano gli aspetti più evidenti, mentre la Realizzazione Personale si mantiene sui valori medi del 30,8%. Uomini e donne hanno livelli di burnout simili, gli infermieri superiori rispetto i medici. Il burnout è presente soprattutto nei reparti di Anestesia-Rianimazione e Pronto Soccorso, più basso in Psichiatria.
Conclusioni: l'analisi dei dati evidenzia le categorie professionali più a rischio e fa comprendere meglio la natura della sindrome per un miglior approccio al problema in modo da adottare eventuali strategie comportamentali ed organizzative in grado di prevenirlo.

Bibliografia

Maslach C, Leiter P. *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*. Trento: Erikson 2000.
Pellegrino F. *La sindrome del burnout*. Torino: Centro Scientifico Editore 2000.

329. Incidenza dei disturbi depressivi nella menopausa: uno studio preliminare

C. Callegari, F. Salvaggio, M. Diurni, A. Gerlini, S. Vender

Università dell'Insubria, Facoltà di Medicina e Chirurgia Dipartimento di Medicina Clinica - Psichiatria

Obiettivi: scopo dello studio è la valutazione dell'incidenza dei disturbi depressivi all'interno di una popolazione di donne in cura presso una Clinica per la Menopausa.
Metodi: alle pazienti afferenti all'Ambulatorio per la menopausa dell'Ospedale Filippo del Ponte di Varese, nel periodo compreso tra l'1 marzo e il 30 aprile 2005, è stato sottoposto uno specifico questionario mentre attendevano la visita specialistica. Il questionario comprendeva informazioni demografiche e anamnestiche; Symptoms Check List; Beck Depression Inventory.
Risultati: sessantaquattro donne sono state incluse nello studio. All'interno dell'SCL-90-R, i punteggi del GSI erano indicativi di una sofferenza psicologica in 13 delle 64 pazienti (20,3%) e il cluster riguardante i sintomi Somatici era quello con l'incidenza maggiore. La pazienti che hanno ricevuto una diagnosi di Depressione utilizzando la BDI sono state 18 (28,1%), di queste tredici (70%) presentavano un'anamnesi positiva per disturbi depressivi. Le donne depresse con storia di precedenti episodi depressivi presentavano punteggi più elevati in entrambe le scale rispetto alle donne al primo episodio depressivo.
Conclusioni: questi dati preliminari mostrano una evidente correlazione tra un'anamnesi positiva per depressione e la possibilità di sviluppare un nuovo episodio depressivo durante la menopausa. Il periodo perimenopausale sembra essere più a più alto rischio per l'insorgenza di un disturbo depressivo rispetto al periodo menopausale.

330. Psicoeducazione e monitoraggio medico durante il trattamento con antipsicotici atipici: focus su quetiapina

P. Calò[*], S. Calò[**], G. Di Sciascio[**]

[*] Dipartimento di Salute Mentale, A.U.S.L. Le/1; [**] Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Obiettivo: vi è un numero considerevole di studi sugli effetti collaterali di tipo metabolico in pazienti in trattamento con antipsicotici atipici, ma pochi riguardo le strategie da adottare. La psicoeducazione nutrizionale si è dimostrata, in alcuni studi, efficace nel controllo del peso in pazienti in trattamento con tali farmaci.
Metodo: lo studio si basa su un campione di 26 soggetti schizofrenici, in trattamento in aperto con antipsicotici atipici (clozapina, olanzapina, quetiapina). Tutti i pazienti erano stati precedentemente trattati con antipsicotici tipici. I parametri del B.M.I. (Body Massa Index), glicemia, colesterolemia e trigliceridemia sono stati valutati ad intervalli regolari (T0, T6, T12) per un anno dall'inizio del trattamento. A tutti i pazienti sono state effettuate due sedute di psicoeducazione nutrizionale, della durata di un'ora, con prescrizione di dieta normocalorica e di diario alimentare, revisionato dall'équipe ad intervalli regolari. I pazienti in terapia con clozapina ed olanzapina hanno comunque mostrato a 12 mesi un aumento del peso corporeo e dei livelli di glicemia e lipidemia, a differenza dei pazienti in trattamento con quetiapina.
Conclusioni: i risultati dello studio sono probabilmente inficiati dal precedente trattamento con antipsicotico di I generazione. Occorrono comunque protocolli adeguati per il controllo dei parametri metabolici, che comprendano, oltre che la scelta del farmaco più adeguato, strumenti di monitoraggio continuo.

331. Dalla self-medication al disturbo da uso di sostanze: il quadro sub-clinico d'esordio

V. Camilleri, M.R. Doria, C. Ceccarini, E. Fui, F. Dima, Masala, A. Oppo, A. Sbrana, M. Miniati, M. Mauri

DPNFB Clinica Psichiatrica, Pisa

Introduzione: il crescente riscontro di disturbi dell'umore in soggetti con uso di sostanze (DUS) ha condotto alla rivalutazione dei rapporti reciproci tra questi ambiti psicopatologici.
Obiettivo: indagare i rapporti tra disturbi dell'umore e DUS, sia in forma piena che di spettro.
Metodologia: 59 pazienti con Disturbi dell'Umore con o senza DUS sono stati valutati con la SCID-IV-1/P, o con i questionari di Spettro da uso di sostanze (SCI-SUBS), umore (MOODS-SR) e panico agorafobico (PAS-SR).
Risultati: l'età di esordio del DUS precede l'esordio dei disturbi dell'umore full-blown in modo statisticamente significativo ($p = 0,001$). Sintomi di spettro dell'umore e panico-agorafobico sottosoglia sono presenti prima dell'insorgenza del DUS. Per lo spettro dell'umore nel dominio "umore depresso" vi è una differenza statisticamente significativa nella frequenza dei pazienti con insorgenza di questa sintomatologia prima (maggiore) e dopo (minore) l'inizio dell'uso di sostanze. Lo stesso si verifica nel dominio "umore maniacale". Analogamente, la presenza di sintomi da "sensibilità alla separazione", sembra precedere l'inizio dell'uso di sostanze.
Conclusioni: i dati confermano l'ipotesi che il DUS ad esordio precoce correla con segni e sintomi di spettro dell'umore e dell'ansia. Il DUS potrebbe rappresentare un tentativo di autoterapia in grado di indurre l'esordio di disturbi dell'umore a piena espressione sintomatologica, su un fondo preesistente di vulnerabilità di spettro.

Bibliografia

Feinman JA, Dunner DL. *The effect of alchool and substance abuse on the course of bipolar effective disorder*. J Affect Disord 1996.

Khantzian EJ. *The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence*. Am J Psychiatry 1985.

Sbrana A, et al. *Acceptability validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Spectrum of Substance Use (SCI-SUBS): a pilot study*. Int J Methods Psychiatr Res 2003;12.

332. Duloxetina in pazienti schizofrenici con episodio depressivo

M. Cannavò, A. Petralia, F. Bonanno, C. Di Rosa, M. Mancini

Università di Catania, Clinica Psichiatrica

Introduzione: un recente studio del National Comorbidity Survey (2005) ha valutato l'entità del fenomeno comorbidità tra disturbi dell'umore e psicosi non affettive nella popolazione generale con una frequenza superiore al 50%. Obbiettivo del nostro studio è stato quello di valutare come l'utilizzo della duloxetina, in pazienti psicotici cronici istituzionalizzati,possa essere efficace sia sull'episodio depressivo che sul versante negativo della patologia.
Metodologia: i soggetti che hanno preso parte allo studio sono 10 (7 m e 3 f), età media 50 ± 12, tempo trascorso ricovero in comunità terapeutica e altre strutture residenziali 5 ± 3. A tutti è stata fatta diagnosi di schizofrenia secondo il DSM IV-TR e ICD-10 e verificata la presenza di un quadro di depressione valutato attraverso la *Calgary Depression Scale for Schizophrenia - CDSS* (Addington et al., 1990). Tutti i pazienti assumono olanzapina 20 mg/die Sono state effettuate ad inizio studio T0, dopo tre mesi T1 e dopo sei mesi T2 la CGI-I, CGI-S, la CDSS, la valutazione dei parametri ematochimici e del peso. I risultati sono stati confrontati (t-student e analisi varianza) utilizzando il programma SPSS.
Risultati e conclusioni: I dati preliminari dello studio sul primo gruppo di pazienti, che ha terminato il periodo di trattamento, appaiono positivi, tali da incoraggiare la ulteriore sperimentazione clinica del farmaco; duloxetina è risultata ben tollerata ed efficace nel ridurre sia la sintomatologia depressiva (diminuzione statisticamente significativa della CDSS) sia gli aspetti negativi della schizofrenia. (BPRS)

Bibliografia

Hanretta AT, Malek-Ahmadi P. *Combined use of ECT with duloxetine and olanzapine: a case report*. J ECT 2006;22:139-41.

Zink M, Knopf U, Mase E, Kuwilsky A, Deuschle M. *Duloxetine treatment of major depressive episodes in the course of psychotic disorders*. Pharmacopsychiatry 2006;39:109-11.

333. Associazione tra 'Complexity of Work' (CW) e Funzione Cognitiva (FC)

S. Caprini[*], A.R. Atti[*], B. Ferrari[*], M. Morri[*], A. Marchiori[*], P. Casadio[*], S. Bernardini[*], E. Dal Monte[**], D. De Ronchi[*]

[*] *Istituto di Psichiatria, Università di Bologna;* [**] *U.O. di Geriatria, Azienda Sanitaria Locale di Ravenna, Ravenna*

Poiché gli uomini investono buona parte della loro vita adulta nel lavoro è stato proposto in letteratura che modificare qualitativamente le attività quotidiane potrebbe essere un modo semplice per intervenire sul processo neurodegenerativo (Andel, 2005).
In questo studio vogliamo valutare il ruolo di CW su FC misurata con il Mini Mental State Examination (MMSE) in 6987 soggetti (61-107 anni) residenti a Faenza e cognitivamente integri (De Ronchi, 2005).
Secondo il Dizionario delle Occupazioni (Dictionary of Occupational Titles, VI ed, Labor, 1977), le caratteristiche del lavoro intrapreso riflettono il livello di CW raggiunto dal soggetto in rapporto a dati, persone, cose. A ciascun partecipante è stato pertanto chiesto che tipo di occupazione avesse principalmente svolto nell'arco della vita, CW è stato quindi dicotomizzato nei 3 ambiti per un totale di 6 raggruppamenti illustrati di seguito:
L'associazione tra CW e FC, calcolata mediante Regressione Logistica (Odds Ratio, 95% Intervallo di Confidenza: OR 95%IC), è risultata positiva nei tre ambiti:
Interessante notare un'inversione di OR in rapporto alle cose includendo nel calcolo l'istruzione: una maggiore CW è anche in tal caso associata a FC migliore se si tiene conto del fatto che a svolgere attività manuali sono più spesso soggetti con livello di istruzione inferiore.

334. Differenze di genere relative alla valutazione dell'immagine corporea in un campione di adolescenti

A. Carano[*], D. Campanella[*], M. Scali[*], D. Sagripanti, M.T. Paoli, D. De Berardis[**], C. Cotellessa[***], R.M. Salerno[***], F.M. Ferro[***]

[*] *Dipartimento Salute Mentale, Civitanova Marche (MC);* [**] *SPDC Ospedale "Mazzini", Teramo;* [***] *Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Istituto di psichiatria, Università "G. d'Annunzio" di Chieti*

Quello dell'immagine corporea è un problema estremamente complesso e ampiamente dibattuto: molti autori ritengono che quello di schema corporeo sia una rappresentazione di un'immagine del corpo alla cui formazione partecipano una serie complessa di afferenze sensoriali, mentre altri autori fanno riferimento unicamente ad un meccanismo neurofisiologico fondato sulle modalità di interazione di sole afferenze propiocettive. Questi modelli operativi rimandano necessariamente alla relazione mente-corpo e quindi all'insieme di sensazioni, vaghe e multiformi, provenienti da ogni singola parte del corpo e che unitariamente raggiungono lo stato di coscienza. Questo fondamentale passaggio consente la costruzione di un "senso di sé" come un tutt'uno inscindibile, conditio sine qua non per la formazione di una idea generale sul proprio corpo. Il corpo non è solo lo schema sintetico di percezioni entero ed esterocettive ma anche

MMSE (incremento = 1)	Dati	Persone	Cose
OR (95% IC)[1]	1,36 (1,31-1,40)	1,33 (1,28-1,38)	0,89 (0,86-0,92)
OR (95% IC)[2]	1,12 (1,07-1,16)	1,10 (1,05-1,14)	1,04 (1,00-1,08)

[1] Agg. per sesso ed età; [2] Agg. per sesso, età, istruzione.

l'espressione simbolica più diretta della nostra identità nonché il più importante veicolo sociale dell'essere al mondo.
Lo scopo del presente studio è la valutazione di eventuali differenze nella percezione della propria immagine corporea in un campione di adolescenti di una scuola media inferiore di San Benedetto del Tronto.
Materiali e metodi: il campione di adolescenti è stato reclutato omogeneamente in una classe di prima media (14 soggetti), in una di seconda media (17 soggetti) e in una di terza media (26 soggetti), per un totale di 57 partecipanti (20 maschi e 37 femmine). L'età media degli adolescenti è di 13,45 (d.s. 2,33) anni. A tutti i ragazzi inclusi nello studio è stata somministrata un' intervista clinica semistrutturata preliminare e una batteria di test autocompilativi: EDI II (Eating Disorder Inventory II), TAS (Toronto Alexithimya Scale), BDI (Beck Depresssion Inventory) e BUT (Body Uneasiness Test). In particolare l'EDI II è uno strumento che permette di indagare il rapporto del soggetto con il cibo e con il proprio corpo, la TAS è una scala a 20 items che valuta il costrutto alessitimico, la BDI valuta la presenza di sintomi depressivi e la BUT permette di indagare le dimensioni psicopatologiche circa le preoccupazioni riferite alle dimensioni del corpo (BIC), la fobia del proprio peso (WP), il controllo compulsivo del corpo (CIS), i fenomeni di evitamento (A) e di depersonalizzazione (D).
Risultati: tutti i soggetti hanno compilato correttamente i test e sono stati valutati i punteggi relativi al campione totale di femmine e dei maschi. I soggetti di sesso femminile evidenziano valori più elevati relativamente alla sottoscala "impulso alla magrezza" dell'EDI-II rispetto ai soggetti di sesso maschile ($p < 0,006$), mentre non sembrano esserci differenze statisticamente significative, nei due sessi, dei punteggi totali alla TAS e alla BDI. La valutazione dei dati relativi alle sottoscale della BUT ha evidenziato punteggi più elevati nelle femmine rispetto ai maschi ($p < 0,001$), ad eccezione per la dimensione "preoccupazione per il corpo" ($p < 0,04$).
Conclusioni: dall'analisi dei dati del nostro studio si evidenzia come la ricerca di un immagine corporea "perfetta" sia una modalità pervasiva sia nei ragazzi che nelle ragazze. In particolare le femmine sembrano raggiungere il loro ideale di perfezione fisica attraverso un rapporto più conflittuale con il cibo mentre i maschi sperimentano l'eccessiva preoccupazione per il proprio corpo manifestando il desiderio di un modello fisico "palestrato". L'immagine corporea, quindi deve essere considerata come un concetto multidimensionale che comprende fattori percettivi, cognitivi e affettivi di cui alcuni aspetti sono legati alla percezione cosciente, mentre altri rimangono a livello inconscio. Infatti, questo nuovo concetto comprende anche l'esattezza o l'errore della percezione cognitiva del sé fisico, la capacità nel riconoscere stimoli provenienti dal di dentro o dal di fuori e un senso di potere delle proprie funzioni corporee.

Bibliografia

Dolto F. *L'immagine inconscia del corpo.* Tr. it. Milano: Bompiani 2001.

Hsu L, Sobkiewcst. *Body image disturbance: time to abandon the concept for eating disorders?* Int J Eating Disorders 1991;10.

Smolak L. *Body image in children and adolescent: where do we go from here.* Body Image Rew 2004;1:15-28.

Cuzzolaro M, Veltrone G, Marano G, Battacchi MW. BUT: *una nuova scala per la valutazione del disagio relativo all'immagine del corpo.* Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza 1999;4:417-28.

335. Effetti dell'Aripiprazolo sui potenziali evocati uditivi e sulla consapevolezza di malattia in un gruppo di 8 pazienti schizofrenici

G. Castellini, S. Antonini, I. Pampaloni, M. Bruscoli, S. Bernardi, M. Paganini, S. Pallanti

Università di Firenze

I potenziali evocati cognitivi ed in particolare la P300 rappresentano un valido sistema per la valutazione delle funzioni cognitive con particolare riferimento alla capacità di allocazione delle risorse attentive ed alla memoria di lavoro [1].
Esistono in letteratura evidenze che dimostrano come alcuni farmaci antipsicotici di nuova generazione possano essere efficaci su deficit neurocognitivi rilevati attraverso i potenziali evocati in pazienti schizofrenici [2]. Questo non solo contribuisce a migliorare l'outcome sociale ma anche ad aumentare la consapevolezza di malattia [3]. Studi preliminari indicano un miglioramento delle funzioni cognitive in pazienti schizofrenici trattati con Aripiprazolo [4].
Questo studio verifica l'effetto dell'Aripiprazolo sulle funzioni cognitive e sulla consapevolezza di malattia su un campione di 8 pazienti schizofrenici.
Al tempo 1, prima dell'inizio del trattamento con Aripiprazolo i pazienti sono stati sottoposti a registrazione dei potenziali cognitivi evocati acustici e sono state somministrate la SCID-CV per la diagnosi secondo DSM-IV, la SAPS, la SANS, la SUMD (Scale for Unawareness of Mental Disorder), la Q-les-Q.
In questo lavoro saranno presentati i risultati del follow-up di un anno su questi pazienti con la valutazione dell'effetto del trattamento con Aripiprazolo sulle funzioni cognitive e sulla consapevolezza di malattia.

Bibliografia

1 Muller TJ, Kalus P, Strik WK. *The neurophysiological meaning of auditory P300 in subtypes of schizophrenia*. World J Biol Psychiatry 2001;2:9-17.

2 Pallanti S, Quercioli L, Pazzagli A. *Effects of clozapine on awareness of illness and cognition in schizophrenia*. Psychiatry Res 1999;86:239-49.

3 Braff DL, Light GA. *Preattentional and attentional cognitive deficits as targets for treating schizophrenia*. Psychopharmacology 2004;174:75-85.

4 Swainston Harrison T, Perry CM. *Aripiprazole A Review of its Use in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder*. Drugs 2004;64:1715-36.

336. Profilo lipidico, glicemia e body mass index in un gruppo di pazienti con disturbi dello spettro psicotico in trattamento con antipsicotici atipici: differenze di genere

S. Castrogiovanni, M. Simoncini, M. Miniati, N. Iovieno, G. Orsolini, F. Dima, C. Bolognese, M. Mauri, G.B. Cassano

Clinica Psichiatrica, U.O. I, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa

Introduzione: i pazienti con disturbi psicotici sono trattati per lunghi periodi con farmaci antipsicotici (APs) atipici, che possono produrre effetti indesiderati come l'aumento di peso, l'alterazione del profilo lipidico e della glicemia.
Obiettivo: confronto per genere del profilo glucidico, lipidico e del BMI, in un gruppo di pazienti con disturbi dello spettro psicotico, al momento in cui sono stati inclusi in un follow-up ambulatoriale con APs atipici o supporto psicoeducazionale per l'alimentazione. L'ipotesi era che i pazienti di sesso femminile fossero 'meno vulnerabili' agli effetti collaterali descritti, a causa di una maggiore attenzione alla forma corporea.
Metodologia: 162 pazienti sono stati valutati trasversalmente per la distribuzione dei seguenti parametri, confrontati per genere: BMI, glicemia, colesterolo totale e frazioni, trigliceridi
Risultati: il campione al baseline era costituito da 67 pazienti di sesso maschile (34,8%) e 95 di sesso femminile (43,5%). Sono emerse differenze statisticamente significative per i parametri ematici del profilo lipidico. Il colesterolo HDL è risultato essere di 43,0 (± 9,3) mg/dl nei maschi *vs.* 39,3 (± 5,4) nelle femmine ($p = 0,004$); i trigliceridi sono risultati 204,9 (± 111,5) mg/dl nel campione dei maschi e di 136,9 (± 67,8) nelle femmine ($p = 0,0001$).
Conclusioni: le pazienti di sesso femminile con disturbi dello spettro psicotico in trattamento con APs atipici presanto un profilo lipidico migliore dei pazienti di sesso maschile.

337. Il counseling nei disturbi bipolari

V. Caudullo, E. Pistorio, A. Luca, C. Calandra

Azienda Ospedaliero Universitaria, Policlinico "G. Rodolico", Catania, U.O. Complessa Clinica Psichiatrica

Introduzione: il counseling è un particolare tipo di scambio comunicativo volto a facilitare il miglioramento della qualità della vita; si interviene nel processo di decisione del paziente per favorirne un cambiamento. Metodologia: abbiamo seguito dieci pazienti bipolari, in cura presso l'ambulatorio della nostra unità operativa, con un approccio basato sul counseling. A tali pazienti è stato somministrato l'Internal State Scale (ISS) per l'autovalutazione dei disturbi depressivi e maniacali e il Quality of Life Enjoyment And Satisfaction Questionnaire (Q-Les-Q) per valutare i vari settori della vita quotidiana.
Risultati: i test sono stati somministrati al primo incontro e dopo sei mesi, evidenziando un miglioramento alle subscale conflittualità e depressione all'ISS e un miglioramento al Q-LES-Q in particolare nelle aree salute fisica e rapporti sociali.
Conclusioni: approcciarsi ai pazienti psichiatrici offrendo loro una relazione d'aiuto basata sul counseling rappresenta un ulteriore strumento per sostenere i pazienti stessi ad affrontare compiti precisi e problemi specifici in diversi ambiti sociali e sicuramente è un'attività che merita di essere approfondita.

Bibliografia

Cecchini MG. *Lo spazio interno del Counseling come spazio d'aiuto*. Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria 2000/2001;41-42:6-11.
Di Fabio A. *Counseling e relazione d'aiuto*. Firenze: Giunti 2003.

338. Correlati neurali degli ecofenomeni nella sindrome di Tourette: uno studio VBM-MRI

A.E. Cavanna[1 2], D. Martino[1 3], B. Draganski[1], N. Harrison[1], S. Servo[2], M.M. Robertson[1], F. Monaco[2], G. Defazio[3], R. Frackowiak[1], H.D. Critchley[1]

[1] Institute of Neurology, Queen Square, London; [2] Clinica Neurologica, Università del Piemonte Orientale Amedeo Avogadro, Novara; [3] Clinica Neurologica, Università di Bari

Introduzione: la sindrome di Tourette (ST) è una malattia neuropsichiatrica caratterizzata dalla presenza di tic motori multipli e di almeno un tic vocale, con insorgenza in età giovanile [1]. I pazienti affetti da ST possono presentare, in associazione ai tic, caratteristici sintomi tic-correlati, tra cui l'ecoprassia (ripetizione automatica e per imitazione di movimenti altrui) [2]. Questo studio ha indagato i correlati neurali degli ecofenomeni nella ST mediante una analisi morfometrica con risonanza magnetica nucleare (VBM-MRI).
Metodi: sono stati reclutati 49 pazienti adulti con diagnosi di ST secondo i criteri DSM- IV-TR, afferenti alla Tourette Clinic, National Hospital for Neurology and Neurosurgery, Londra. Uno specifico questionario clinico, comprendente dati anamnestici e 12 manovre di induzione, ha permesso di diagnosticare la presenza dell'ecoprassia tra i sintomi tic-correlati. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a VBM-MRI.
Risultati: 23 soggetti sono risultati positivi all'ecoprassia. I risultati delle indagini di neuroimaging, controllati per la severità dei tic e per la presenza di comorbidità psichiatriche, hanno rivelato che i pazienti eco-positivi presentavano un volume significativamente maggiore di sostanza grigia a livello dell'area parietale posteromediale (precuneo, PrC) e della corteccia cingolata anteriore (aCC).
Discussione: nei pazienti con ST, la presenza degli ecofenomeni è associata a un maggior volume di sostanza grigia nelle strutture cerebrali coinvolte nell'elaborazione dell'Io (PrC) e delle funzioni esecutive (aCC) [3].

Bibliografia

1 Cavanna AE, Mula M, Critchley HD, Robertson MM, Monaco F. *The psychopathological spectrum of Gilles de la Tourette syndrome*. Ital J Psychopathol 2006;12:433-443.
2 Ford RA. *The psychopathology of echophenomena*. Psychol Med 1989;19:627-635.
3 Cavanna AE, Trimble MR. *The precuneus: a review of its functional anatomy and behavioral correlates.* Brain 2006;129:564-83.

339. Assessment e interventi terapeutici individualizzati per pazienti con Disturbo Borderline di Personalità: l'esperienza del CIRDIP

E. Caverzasi, S. Astori, D. Broglia, J. Camozzo, I. Cirillo, M. Boso, M. Lazzaretti, E. Marraffini, V. Martinelli, M. Nicolasi, F. Sarchi

Centro Interdipartimentale per lo Studio e la Ricerca sui Disturbi di Personalità, Dipartimento di Scienze San. Appl. e Psicocomportamentali, Università di Pavia

La diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (BPD) secondo i criteri del DSMIV include sottotipi clinici molto diversi tra loro. Il BPD può essere concettualizzato come la combinazione di diverse dimensioni psicopatologiche (per es. difficoltà nelle relazioni interpersonali, disturbi del comportamento, disregolazione emotiva ecc.). L'eterogeneità dei criteri del DSM-IV riflette proprio la natura polimorfa di questo disturbo. L'esperienza clinica mostra chiaramente che una terapia efficace del BPD debba essere specifica per il quadro psicopatologico presentato dal singolo paziente. La nostra esperienza indica che interventi terapeutici efficaci possono essere messi a punto dopo il completamento di un approfondito assessment clinico individuale.
Il Centro Interdipartimentale per lo Studio e la Ricerca dei Disturbi di Personalità (CIRDIP) è nato come una sezione del Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali dell'Università di Pavia, con finalità cliniche e formative. L'équipe clinica è composta da due psichiatri con funzioni didattiche e di supervisione, uno psichiatra, sette specializzandi in psichiatria e uno psicologo di orientamento cognitivo comportamentale. L'obiettivo principale è lo sviluppo di un modello operativo per la diagnosi e la valutazione psicopatologica dei pazienti sensibile ai differenti tratti di personalità. L'assessment consiste in un protocollo diagnostico standard che include una serie di sei sedute, condotte da un membro formato dell'équipe, nelle quali il paziente è valutato attraverso colloqui clinici e strumenti quantitativi e qualitativi atti a una valutazione categoriale e dimensionale del BPD. Il risultato di questa valutazione preliminare viene quindi analizzato e discusso tra tutti i membri dell'équipe che insieme individuano un percorso terapeutico adatto al singolo paziente. I possibili interventi terapeutici proposti sono: (a) psicoterapia individuale condotta da un membro dell'équipe, con la supervisione settimanale di uno psichiatra psicoanalista, (b) psicoterapia di gruppo, (c) invio al servizio psichiatrico territoriale o al SERD (d) inserimento in comunità a lungo degenza specifiche per disturbi di personalità (e) ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

340. Dilemmi etici legati alla diagnosi prenatale: metodi di uno studio multicentrico

E. Caverzasi, G. Amadei, S. Astori, A. Berna, I. Bianchi, D. Broglia, I. Cirillo, D. Fiandaca, A. Ramati, F. Sarchi, EDIG Consortium

Centro Interdipartimentale di Studi e Ricerche sui Disturbi della Personalità e sullo Sviluppo di Modelli di Comunicazione Medico-Paziente, Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Università di Pavia (CIRDIP) e Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

Le moderne tecniche offrono la possibilità alle coppie di sottoporsi ad esami di diagnosi prenatale che permettono di conoscere prima del termine della gravidanza se il feto sia affetto da patologie o meno. Questa opportunità pone le coppie di fronte a nuove possibili alternative e conseguenti decisioni che comportano significativi dilemmi etici e possono anche essere fonte di disagio psicologico. Lo studio multicentrico EDIG, che coinvolge centri di sei paesi europei, tra cui il Centro Interdipartimentale di Studi e Ricerche sui Disturbi della Personalità e sullo sviluppo di modelli di comunicazione medico-paziente del Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali dell'Università degli Studi di Pavia (CIRDIP) e il Dipartimento di Psicologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, si pone l'obiettivo di indagare attraverso questionari e colloqui come vengono vissute le fasi precedenti e successive a un esame diagnostico prenatale al fine di individuare gli aspetti di natura etica e psicologica che caratterizzano questi momenti. La diagnosi prenatale pone la coppia di fronte ad interrogativi significativi per la propria vita e a scelte che comportano la messa in gioco dei propri valori. La scelta di sottoporsi a un test diagnostico prenatale, i tempi di attesa e la conoscenza del risultato rappresentano momenti importanti nell'elaborazione di un'idea del proprio futuro. Questo passaggio può essere connesso al confronto con ipotesi e scelte legate a sentimenti conflittuali e a vissuti di colpa. L' inadeguata elaborazione di questi stati d'animo può essere alla base dello sviluppo di seri problemi psicologici e/o di un vero quadro psicopatologico. Problemi irrisolti possono rimanere latenti e creare disagio nella donna e nel partner, ostacolando il mantenimento di una buona relazione di coppia nonché alimentando il rischio di disagio psichico. Questi temi non sono ancora stati sufficientemente studiati e affrontati nell'ambito del counselling genetico prenatale. Di conseguenza una ricerca tesa ad approfondire lo studio delle diverse fasi di questa complessa elaborazione e dei dilemmi etici ad essa connessi è attualmente necessaria, anche ai fini di individuare fattori di rischio psicopatologico. Presentiamo i metodi di questo studio attualmente ancora in fase di svolgimento.

341. Efficacia degli antipsicotici atipici in un campione di soggetti affetti da Schizofrenia cronica in trattamento integrato

A. Centarrì, F. Indelicato, C. Romano

CTA Villa Major

In questo lavoro riportiamo la nostra esperienza di utilizzo degli antipsicotici atipici quetiapina, risperidone e olanzapina per il trattamento di pazienti affetti da schizofrenia cronica (secondo i criteri del DSM-IV). In particolare è stato effettuato uno studio prospettico in aperto di confronto tra gli antipsicotici atipici in uso relativo ad un campione di 30 soggetti di età compresa tra i 32 e i 55 anni e ricoverati presso una Comunità Terapeutica Assistita. Il campione include pazienti in trattamento con Quetapina, Risperidone e Olanzapina, rispettivamente al dosaggio giornaliero medio di 800 mg, 6 mg e 20 mg. Le valutazioni di efficacia sono state effettuate attraverso l'utilizzo delle scale BPRS, SANS e SAPS dopo 36 mesi di trattamento. Dalla registrazione dei punteggi ottenuti alla BPRS dopo 36 mesi di trattamento si evince un miglioramento dell'11,4, 8,3 e 6,1% rispettivamente per quetiapina, olanzapina e risperidone. Alla SANS è stato evidenziato un miglioramento del 13,5, 9,2 e 8,5% rispettivamente per quetiapina, olanzapina e risperidone. Alla SAPS invece il miglioramento è del 10,9, 9,2 e 8,7% rispettivamente per quetiapina, olanzapina e risperidone. In conclusione si può evidenziare come vi sia stato un netto miglioramento della sintomatologia cognitiva e negativa, nonché della sintomatologia positiva della schizofrenia, tanto da rendere gli utenti della comunità più partecipi alle attività riabilitative previste.

342. Case report: M. L. 54 anni, Disturbo bipolare I trattato con Quetiapina

E. Cerrai

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Introduzione: è stato riportato un case report in real-life trattato con Quetiapina
Metodologia: il paziente aveva familiarità positiva per Disturbi dell'Umore; temperamento ciclotimico, tratti anancastici, sensitività interpersonale. Esordio all'età di 17 anni con un episodio depressivo melanconico risoltosi con un ciclo di ECT.
Risultati: il paziente ha goduto di buon equilibrio psicoaffettivo, senza ausilio terapeutico, fino ai 50 anni. Seguono 2 ricoveri per un episodio depressivo con tematiche di autoriferimento e persecuzione, dispercezioni uditive a carattere denigratorio, compromissione del funzionamento socio-lavorativo. Trattato con clomipramina e risperidone ha presentato dopo un breve miglioramento una riesacerbazione con tre ricoveri. Trattato con ciclo di ECT, clomipramina, olanzapina e levomepromazina, il paziente ha avuto un episodio contropolare con introduzione Sali di Litio. Insorgenza di un episodio depressivo e sesto ricovero: trattato con Imipramina (175 mg/die), Sali di Litio (900 mg/die), Quetiapina (600 mg/die), Niaprazina (30 mg/die) e successivamente Citalopram (20 mg/die) ha mantenuto dal maggio 2005 umore stabile, discreti livelli di energia, ripresa dell'attività lavorativa, degli interessi e dei contatti sociali precedentemente interrotti.
Conclusioni: la terapia con Quetiapina 600 mg/g si è dimostrata efficace e ben tollerata.

Bibliografia

Ketter T. *Sustained remission/euthymia during with quetiapine monotherapy for bipolar mania*. Acta Psy Scand 2004;PosterP57:31.

Dando M. Toni. *Spotlight on Quetiapine in Acute Mania and Depression Associated with Bipolar Disorder*. CNS Drug 2006;20:429-31.

343. Quetiapina nel trattamento del Disturbo Schizoaffettivo: uno studio retrospettivo

G. Cerveri, C. Monaci, S. Carfì, C. Mencacci

Az. Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico- Milano

Obiettivo: dello studio è valutare l'efficacia di Quetiapina nel prevenire recidive del Disturbo Schizoaffettivo in soggetti trattati ambulatorialmente.
Metodi: sono stati selezionati 10 soggetti con diagnosi di Disturbo Schizoaffettivo secondo i criteri del DSM IV, trattati ambulatorialmente presso il Centro Psicosociale di via Procaccini di Milano (Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico). I dati sono stati raccolti dalle cartelle cliniche dei soggetti e dagli psichiatri curanti. I soggetti sono stati valutati all'introduzione del trattamento con Quetiapina (To), modifica della terapia avvenuta per efficacia insoddisfacente del trattamento precedente o per presenza di effetti indesiderati, nei primi 6 mesi di terapia (T6) e nei sei mesi precedenti all'introduzione della terapia (T-6). La prima misura di efficacia utilizzata è stata la frequenza di ospedalizzazione per recidive depressive, maniacali o psicotiche. Tramite i dati contenuti in cartella gli psichiatri di riferimento hanno compilato la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), la Clinical Global Impression (CGI) al To, T6 e T-6.
Risultati: i dosaggi utilizzati di quetiapina risultavano compresi tra 400 e 900 mg/die. La sostituzione risultava nella maggior parte dei casi motivata da scarsa efficacia del trattamento precedente sulla sintomatologia depressiva. Il trattamento con quetiapina risultava associato con frequenza elevata a Benzodiazepine e stabilizzanti dell'umore (Acido Valproico). Dei 15 pazienti in trattamento solo 2 hanno presentato una recidiva che ha reso necessario il ricovero in SPDC per agitazione ed anomalie comportamentali, rispetto alle 4 ospedalizzazioni osservate nei 6 mesi precedenti al To. Alla valutazione al T6 i dieci soggetti in trattamento presentavano una significativa riduzione dei punteggi alla CGI e alla HRSD. In tutti i casi la terapia è stata proseguita senza interruzioni fino all'end point dello studio.
Conclusioni: la quetiapina in monoterapia o in associazione con benzodiazepine e/o stabilizzanti dell'umore risulta un trattamento efficace per soggetti con diagnosi di Disturbo Schizoaffetivo.

344. "Competence" and "capacity" nell'anoressia nervosa

L. Ceschin, A. Palleschi, A. Ronzan, A. Veronese, N. Lunardi, P. Santonastaso

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Introduzione: un quesito rilevante in merito all'anoressia nervosa riguarda la valutazione della "competence" e della "capacity". Per "capacity" intendiamo l'idoneità a fornire un consenso al trattamento secondo criteri legali, per "competence" secondo criteri clinici.
Scopo: indagare come il disturbo influenzi la "competence" e la "capacity" con particolare attenzione ai casi di rifiuto del trattamento. Individuare strumenti idonei per la valutazione di tali parametri.
Metodologia: selezione delle pubblicazioni con le parole chiave "comnpetence", "capacity", "anorexia nervosa", "compulsory treatment" in MEDLINE e PUBMED.
Risultati: gli studi condotti evidenziano nelle pazienti anoressiche una sorta di "incapacità focale" relativa alla considerazione del proprio stato di malattia e ad alle decisioni in merito al trattamento. Tale incapacità sembra non inficiare in misura significativa la più globale capacità di comprensione e di ragionamento critico. Gli strumenti psicometrici utilizzati non si mostrano sufficientemente specifici. La "settorialità" dell'incapacità si riflette in una scarsa individuazione della valenza spesso patologica del rifiuto al trattamento e nel conseguente raro ricorso a misure di trattamento coercitivo.
Conclusioni: nel considerare l'opportunità di un TSO si rende indispensabile una corretta valutazione della competence.

Bibliografia

Tan JOA, Hope T, Stewart A. *Competence to refuse treatment in anorexia nervosa*. International Journal of Law and Psychiatry 2003;26:697-707.

Gans M, Gunn Jr WB. *End stage anorexia: criteria for competence to refuse treatment*. International Journal of Law and Psychiatry 2003;26:677-95.

345. Aspetti psichiatrici, aspetti internistici e disabilità in una R.S.A.: riflessioni su dati preliminari

M. Chiappedi, I. Fontana, P. Biserni

Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS, Centro Medico "Santa Maria alle Fonti" di Salice Terme (PV)

Presentiamo i dati preliminari di uno studio da noi condotto presso la R.S.A. del nostro Centro. Abbiamo utilizzato la versione italiana di quattro strumenti validati per misurare: la qualità di vita globale del paziente anziano come da lui percepita (SF 36), il grado di abilità/disabilità come determinato dai sanitari (Barthel Index), le condizioni cliniche globali valutate dal punto di vista internistico mediante la severità clinica e la comorbidità (CIRS) e le condizioni psichiatriche risultanti dall'insieme dei vari domini psicopatologici (Neuropsychiatric Inventory). I dati sinora disponibili permettono di affermare che sicuramente la relazione tra questi quattro parametri è complessa. In particolare non sembra esistere una relazione lineare tra la valutazione clinica e la qualità di vita percepita dal paziente. Riteniamo che numerosi fattori influenzino la percezione della propria condizione di dipendenza e disabilità, al di là dei dati obiettivi: la disponibilità fisica ed emotiva di parenti e amici, la fiducia di poter trovare un aiuto per affrontare i propri problemi di salute, la possibilità di relazionarsi con gli altri in modo adeguato (sia per assenza di eccessive limitazioni fisiche sia per condizioni psichiche sufficientemente preservate), l'aver definito un proprio ruolo che consenta di sentirsi comunque in qualche misura utili e non del tutto passivi sembrano fattori assai rilevanti.

346. Rubor, tumor, calor, dolor ... e psiche?

M. Chiappedi, M. Borgna, A. Amoruso, R. Dolci, A. Grandi

Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS, Servizio di Neuropsichiatria e Riabilitazione per l'Età Evolutiva, Centro Medico "Santa Maria alle Fonti" di Salice Terme (PV)

Per avviare una riflessione sul rapporto tra l'approccio psichiatrico e la patologia internistica e ortopedica, presentiamo il caso di una ragazza di 12 anni giunta alla nostra osservazione per valgismo del ginocchio destro e deformità ingravescenti del rachide in esito di trattamento chirurgico e radiante per sarcoma sinoviale. La valutazione globale ha portato al riconoscimento di una situazione familiare complessa: i genitori sono extracomunitari immigrati da alcuni anni, dopo vicende piuttosto rocambolesche; la madre presenta una storia personale costellata di lutti scarsamente elaborati che sostengono un disturbo dell'umore con caratteristiche prevalentemente depressive; la ragazza presenta un quadro psicopatologico complesso. Oltre alle difficoltà di accettazione delle proprie difficoltà motorie e della necessità di utilizzare ausili e di collaborare alla fisioterapia, infatti, sono emersi vissuti profondi di disistima, il timore dell'abbandono per indegnità (fondato su episodi della sua storia infantile) e una fragilità narcisistica per incapacità di tollerare una immagine men che perfetta del proprio corpo. Questi aspetti condizionavano nel complesso una situazione di aggressività latente e un viraggio depressivo del tono dell'umore, mascherati da una reazione ipomaniacale e dall'uso della buona dotazione cognitiva per raggiungere uno pseudo-adattamento. Diviene evidente l'importanza di integrare questi aspetti nel percorso riabilitativo.

347. L'importanza della diagnosi nei Disturbi Specifici dell'Apprendimento

M. Chiappedi[*,**], M. Zoppello[**], R. Rossi[**], E.M. Scarabello[**], C. Carniglia[*], F. Piazza[**]

[*] *Fondazione don Carlo Gnocchi ONLUS, Servizio di Neuropsichiatria e Riabilitazione per l'Età Evolutiva, Centro Medico "Santa Maria alle Fonti" di Salice Terme (PV);* [**] *Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Età Evolutiva, IRCCS "C. Mondino", Pavia*

Presentiamo il caso di due fratelli gemelli omozigoti in cui la diagnosi di Disturbo Specifico dell'Apprendimento è stata posta all'età di 14 anni e mezzo, nonostante fossero evidenti sin dall'inizio della scuola elementare delle difficoltà di lettura e scrittura. La valutazione era stata richiesta per un quadro di difficoltà nel rapporto con i pari età, con ritiro sociale e tratti depressivi, lasciando le difficoltà scolastiche in secondo piano; il sospetto clinico ha consentito di ampliare la valutazione anche agli aspetti neuropsicologici e di giungere quindi alla diagnosi. I due fratelli presentavano un quadro non sovrapponibile dal punto di vista sia psicopatologico che neuropsicologico (dislessia di grado lieve vs. disortografia e dislessia di grado medio-lieve). La restituzione diagnostica ha permesso loro di modificare le "false credenze" rispetto alle proprie capacità, producendo un incremento della qualità di vita (miglior adattamento scolastico e relazionale) e la ripresa del processo di individuazione. Questo è avvenuto nonostante l'evidente ritardo diagnostico e il conseguente accumularsi di vissuti di frustrazione e inadeguatezza per molti anni. Viene quindi dimostrata l'importanza di una valutazione globale dei soggetti con anamnesi di difficoltà di apprendimento della lettoscrittura, anche al fine di attuare interventi appropriati per gli eventuali aspetti psicopatologici del quadro clinico, che possono essere l'esito di un senso di impotenza appreso.

348. Psico(pato)logia del rachide: riflessioni su un gruppo di adolescenti scoliotici alla luce della letteratura

M. Chiappedi[*], M. Ferretti[**], A. Amoruso[*], L. Capone[**], M. Borgna[*], R. Dolci[*], S. Maltagliati[*], A. Ghisoni[*], F. Piazza[**]

[*] *Fondazione don Carlo Gnocchi ONLUS, Servizio di Neuropsichiatria e Riabilitazione per l'Età Evolutiva, Centro Medico "Santa Maria alle Fonti" di Salice Terme (PV);* [**] *Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Età Evolutiva, IRCCS "C. Mondino", Pavia*

Nella letteratura indicizzata sono relativamente pochi i lavori che valutano in modo sistematico le problematiche psicologiche conseguenti alla scoliosi. Nella maggior parte dei casi, inoltre, è preso in considerazione essenzialmente l'impatto di poche forme di trattamento (in particolare del corsetto tipo Milwaukee). Non sempre è poi tenuta presente la distinzione tra un quadro di disabilità complesso (in cui la scoliosi è un fattore significativo ma non l'unico) rispetto a una situazione in cui l'alterazione del rachide rappresenta l'intera patologia. Infine, la scoliosi e i sintomi ad essa correlati (soprattutto dolore e deficit funzionale) possono essere di per sé la ragione di una consultazione, ma possono anche essere utilizzati dall'adolescente per richiedere attenzione a un disagio psicologico meno chiaramente definibile. Nella nostra pratica clinica, oltre alle valutazioni fisiatriche e ortopediche necessarie, abbiamo creato la possibilità di una consultazione neuropsichiatrica infantile per i soggetti affetti da scoliosi e da disturbi ad essa correlati. I dati di un gruppo di 23 pazienti, presentati con maggiore attenzione per alcune situazioni particolarmente significative, permettono di dimostrare come sia sempre necessaria una attitudine di ascolto e comprensione empatica per cogliere tutti gli aspetti dei problemi lamentati dal paziente adolescente e dai suoi genitori.

349. Spettro di Applicazioni Farmacoterapiche con Quetiapina in Esperienze Residenziali

G. Chibbaro

Siracusa

Introduzione: lo studio ha lo scopo di dimostrare come l'uso di quetiapina rispetti appieno ciò che oggi si richiede ad una terapia farmacologia: efficacia, tollerabilità e capacità di esercitare un miglioramento sulla sfera cognitiva tale da poter programmare un progetto terapeutico-riabilitativo integrato.
Metodologia: l'osservazione è iniziata dal Gennaio 2005 ed i pazienti sono stati valutati con cadenza trimestrale alla PANSS, la SWN invece è stata somministrata solo al baseline ed al end-point. Sono stati considerati per lo studio un totale di 12 pazienti di ambo i sessi di età compresa tra i 21 e i 55 anni, affetti da disturbo psicotico, da disturbo della personalità, e da disturbo bipolare con nucleo psicotico. Il dosaggio medio della quetiapina è stato di 900 mg/die. È stato effettuato, in alcuni casi, lo switch a quetiapina mediante overlap o cross-over rispetto alla precedente terapia antipsicotica [1].
Risultati: lo studio ha evidenziato risultati positivi sia per quanto riguarda l'efficacia durante la fase di scompenso sia nella successiva fase di mantenimento (nessuna riacutizzazione della condizione psicopatologica). È emerso, dalla PANSS [2] e dalla SWN, che la percentuale di miglioramento è stata costante in tutti i periodi dell'osservazione. Altrettanto positivi sono i risultati relativi alla tollerabilità. Non sono state registrate variazioni significative in nessuno dei parametri vitali presi in considerazione.
Conclusioni: il percorso riabilitativo è una pianificazione di trattamento integrato nel lungo termine, che deve mirare al mantenimento dello stato di compenso psicopatologico, ma soprattutto al maggior "recupero funzionale del paziente". L'efficacia dimostrata dalla quetiapina ha permesso l'inserimento di questi pazienti in un progetto riabilitativo personalizzato, con l'obiettivo del reinserimento sociale e familiare. L'analisi effettuata si avvale per alcuni di questi pazienti di un'esperienza di quasi due anni.

Bibliografia

1 Weiden PJ. *Switching antipsycotics: an updated review with focus on quetiapine*. J Psychopharmacol 2006;20:104-18.
2 Sacchetti E et al. *Comparison of quetiapina, olanzapine and risperidone in schizophrenia*. Presented at the 17th European Col-

lege of Neuropsychopharmacology, Stockholm, Sweden, 9-13 October 2004.

350. La prevenzione del burnout: intervento sulle competenze interpersonali dei sanitari. Differenze tra campione e controllo a T0

RP. Ciano[*], A. Angarano[**], M. Comi[*], M. Pascolo[*], M. Balestrieri[*]

[*] *Clinica di Psichiatria, Psicologia Medica e Psicosomatica, DPMSC, PUGD, Udine;* [**] *IRCCS E. Medea, Udine*

Introduzione: in circa un terzo dei sanitari vengono riportati sentimenti di esaurimento emotivo e depersonalizzazione nella relazione con i loro pazienti ed una sensazione di mancata realizzazione personale, parametri questi che definiscono, dal punto di vista clinico, la sindrome del burnout (Pellegrino 2000).
Metodi: il nostro studio riguarda la valutazione di un programma formativo sulle competenze interpersonali dei sanitari del Policlinico Universitario di Udine, quale intervento di prevenzione del burnout. Il campione (100 operatori) ha partecipato ad un training di gruppo sullo sviluppo di abilità di comunicazione e gestione della relazione con pazienti con diagnosi grave. Sia il campione che il gruppo di controllo (72 operatori) hanno effettuato valutazione testistica a T0 (baseline) ed a T1 (dopo sei mesi dall'intervento) con i seguenti strumenti: Scheda Anagrafica, Maslach, TAS, Family Apgar.
Risultati: differenze significative ai test si sono evidenziate a T0 tra gli operatori che si sono iscritti al training (gruppo campione) ed il gruppo di controllo.

351. Studio prospettico sulla qualità di vita in pazienti sottoposti a intervento di osteotomia dei mascellari

M. Comi[*], B. Orbitello[*], R.P. Ciano[*], M. Politi[**], M. Robiony[**], M. Balestrieri[*]

[*] *Clinica di Psichiatria, Psicologia Medica e Psicosomatica, DPMSC,* [**] *Clinica di Chirurgia Maxillo-Facciale, PUGD, Udine*

Scopo: lo studio indaga, in pazienti sottoposti a chirurgia ortognatica, la modificazione della qualità di vita a 1 e 2 anni dall'intervento rispetto al pre-operatorio. Si vuole, inoltre, valutare la presenza di Disturbo di Dismorfismo Corporeo e le caratteristiche personologiche.
Metodi: è prevista un'indagine precedente all'intervento (T0) e tre valutazioni successive (T1, T2, T3), rispettivamente svolte a 2 mesi, 1 anno e 2 anni dall'intervento. I dati ottenuti devono essere confrontati con quelli del gruppo di controllo. Sono stati scelti i seguenti strumenti standardizzati: WHOQOL (World Health Organization Quality Of Life), BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination – versione italiana), MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, 2 ed.), LE (Life Events), FA (Family Apgar) e HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) per la valutazione della qualità di vita, del Disturbo di Dismorfismo Corporeo, di specifici tratti di personalità e di eventuali fattori di confondimento.
Risultati: il reclutamento è ancora in atto. Al momento attuale sono stati arruolati 20 soggetti del gruppo sperimentale dei quali 15 hanno effettuato la valutazione anche al T1.

352. Fobia sociale: psicopatologia di Asse I e di spettro in pazienti affetti da disturbi gastroenterici funzionali

S. Cortopassi[*], C. Nisita[*], G. Corretti[*], F. Paoletti[*], M. Bellini[**]

[*] *Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia, Biotecnologie,* [**] *Dipartimento di Gastroenterologia, Università di Pisa*

Introduzione ed oggetto: i disturbi funzionali dell'apparato gastroenterico rappresentano una frequente causa di accesso con reiterazioni nella pratica medica e specialistica. In assenza di reperti organici spesso questi pazienti vengono etichettati come "psichici" o "psicosomatici". La letteratura scientifica ben delinea in rapporto tra questi, disturbo di panico e disturbi depressivi. Obiettivo del nostro studio era quello di caratterizzare valutare la psicopatologia socialfobica (FS), di Asse I e di Spettro, in pazienti con disturbi funzionali dell'apparato gastroenterico.
Materiali e Metodo: la nostra osservazione preliminare si basa su di un campione di 122 pazienti affetti da disturbi funzionali del tratto gastroenterico (Colon irritabile, Meteorismo, Stipsi Persistente, Dispepsia). Questi sono stati valutati con SCID-IV, e SCI-SHY-sr per la sintomatologia psicopatologica. Il benessere somatico è stato valutato con una scala visuale (graduata 1-100).
Risultati: la componente socialfobica di Asse I è emersa nel 1,6% dell'intera popolazione, mentre la corrispettiva di spettro riguardava il 23,8%. La presenza della diagnosi di spettro riduceva significativamente il benessere somatico. Il sesso femminile presentava un maggior rischio per fobie quali parlare o scrivere in pubblico, e trovarsi al cospetto di autorità.
Conclusioni: l'elevata comorbidità tra spettro FS e disturbi funzionali del tratto gastroenterico e la relazione tra questo tipo di fenomenica sottosoglia e la compromissione del benessere somatico, sottolinea influenza di elementi psicopatologici esclusi dalla diagnosi categoriale sulla qualità di vita di pazienti con problematiche gastroenteriche.
Una corretta valutazione psicopatologica può essere particolarmente utile in caso di disturbi funzionali del tratto gastroenterico, per un completo approccio e trattamento.

353. Persistenza delle patologie residuali con spettro istrionico e ossessivo in pazienti affette da anoressia nervosa: valutazione ed implicazioni cliniche

E. Costa, F. Di Leone, C. Loriedo, M.C Torti, A. Vincenti, G. Baldi, R. Riccardis, V. Meuti

Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

Obiettivo: lo studio si prefigge l'obiettivo di dimostrare eventuali cambiamenti dei tratti di personalità istrionici ed ossessivi in un campione di pazienti affetti da anoressia nervosa.
Metodologia: hanno partecipato allo studio 18 pazienti afferenti al DH per i Disturbi del comportamento alimentare del Policlinico Umberto I. Le pazienti erano tutte di sesso femminile e divise in sottotipi (AN purging tipe e AN restrictive tipe). È stato somministrato l'MMPI-II al loro ingresso nella struttura (T_0) e dopo 6 mesi di trattamento (T_1).
Risultati: la valutazione delle scale Hy e Pt dell'MMPI-II ha mostrato differenze significative ($p < 0,05$). In particolare, i punteggi della Pt subiscono maggiori modificazioni in senso migliorativo rispetto agli Hy.
Conclusioni: secondo recenti studi catamnestici, il 50% delle pazienti affette da Anoressia Nervosa riacquista un peso normale dopo un trattamento adeguato. Spesso, però ciò non si accompagna a una completa remissione del corteo sintomatologico: in particolare i tratti di personalità della sfera istrionica tendono a persistere dopo la guarigione clinica in modo più mercato rispetto alle componenti ossessive. La valutazione dei predetti aspetti si rivela utile per una terapia integrata precoce.

Bibliografia

Cassin SE, von Ranson KM. *Personality and eating disorders: a decade in review*. Clinical Psychology Review 2005;25:895-916.

Cumella EJ, Wall AD, Kerr-Almeida N. *MMPI-2 in the inpatient assessment of women with eating disorders*. Journal of Personality Assessment 2000;75:387-403.

354. Approccio integrato alla bulimia nervosa: un case report

F. D'Agostino[*], M.R. Pizzo[**], G. Giugliano[**], L. Pizza[*]

[*] *U.O.S.M. Sapri, ASL SA/3;* [**] *U.O. Medicina Interna P.O., Sapri Asl SA/3*

Scopi: i pazienti affetti da DCA presentano diverse alterazioni: sia sul piano psicopatologico che somatico. Pertanto è opportuno, in ogni caso, un approccio multidisciplinare. L'UOSM di Sapri, in collaborazione con l'ambulatorio per l'obesità del Presidio Ospedaliero di Sapri, ha pertanto attivato un Servizio per il trattamento integrato dei DCA.
Metodologia: i pazienti obesi, dopo una valutazione antropometrica, sono stati sottoposti a screning utilizzando una ceck-list, e individuando i soggetti cui proporre inoltre un intervento psicoterapico ad indirizzo umanistico.
Risultati: viene riportato il caso di una paziente bulimica di 22 anni, in cui l'intervento proposto ha determinato un netto miglioramento delle abilità relazionali e della stima del sé; con una notevole riduzione della componente ansiosa, della depressione e dell'alessitimia, ed una implementazione dell'insight, anche rispetto al proprio vissuto.
Discussione: la paziente di fronte all'aumento delle pulsioni libidiche, inaccettabili giacchè in conflitto con la propria struttura familiare, dal profilo interrelazionale marcatamente rigido (madre sessuofoba, padre seduttivo, rapporto erotizzato con il fratello maggiore), ha sviluppato una obesità di terzo grado, con irsutismo e amenorrea. È apparso evidente il legame con un vissuto di inibizione relativo alla espressione della propria sessualità. Ed un ulteriore meccanismo di difesa: l'"intellettualizzazione". Iscrittasi in seguito ad una scuola guida (tentativo di indipendenza?) la nostra ha intrapreso con successo la dieta prescritta. Ha poi riferito di avvertire una vocazione mistica, in verità scarsamente supportata da una effettiva aderenza all'ortodossia della dottrina teologica prescelta (meccanismo di difesa dell' "ascetismo"?).
Conclusioni: solo un migliore adattamento personale può favorire la regolazione del peso corporeo. Tale regolazione non potrà considerarsi pienamente riuscita se non dopo l'effettivo conseguimento del proprio dominio su tutti gli elementi della dimensione pulsionale.

355. Dei Meccanismi Inconsci di Difesa e la Qualità della Vita nei Pazienti con Fibromialgia, con e senza Depressione

R.W. de Aguiar, A.P. M. Filippon, B. M. Cardoso, C. Blaya, G. Felício, G. Gus Manfro

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Porto Alegre, RS, Brasil

Introduzione: l'obiettivo di questa ricerca è identificare la prevalenza dei disturbi psichiatrici nei pazienti con fibromialgia del Servizio di Dolore e Cura Palliativa presso il HCPA. Questo lavoro ha anche l'obiettivo di paragonare i livelli di maturità dei meccanismi inconsci di difesa e la qualità di vita (QOL) fra quei pazienti fibromialgici con e senza depressione.
Metodologia: campione di 60 pazienti del Sevizio di Dolore e Cura Palliativa presso l'ospedale (HCPA) con la diagnosi di fibromialgia.
Strumenti: MINI (Brazilian version 5.0.0); DSM IV; HAM-D; BDI; DSQ-40, e WHOQOL. Sono stati paragonati dei pazienti fibromialgici con e senza Disturbo Depressivo Maggiore attuale, per quanto rigarda l'utilizzazione dei meccanismi de difesa e la Qualità di Vita (QOL). È stato utilizzato il Teste T di Student per campioni diversi e considerata una differenza statistica significativa < 0,05.
Risultati: prevalenza del 61,7% di Disturbo Depressivo Maggiore attuale; 53,3% del Disturbo di Ansia Generalizzata; 21,7% con rischio di suicidio; 13,3% di episodio ipomaniacale nel passato; 11,7% di fobia sociale; 8,3% di agorafobia senza storia di Disturbo di Attachi di Panico.
Conclusioni: il Disturbo Depressivo Maggiore ed il Disturbo di Ansia Generalizzata sono delle comorbilità psichiatriche più prevalenti nei pazienti con fibromialgia che visitano l'ambulatorio del Servizio di Dolore e Cura Palliativa presso il HCPA. Dei pazienti con comorbilità depressiva utiliz-

zano più meccanismi di difesa immaturi e hanno una peggiore qualità di vita di quei pazienti con fibromialgia senza depressione.

356. Prevalenza e correlati dell'ansia dentale in un campione di soggetti sottoposti a trattamenti odontoiatrici e/o ortodontici

D. De Berardis[1 2], D. Campanella[1 2], A. Carano[1 3], A. Cicconetti[1], L. Penna[1], V. Lamonaca[1], D. Di Matteo[1 3], C. Conti[1], G. Salini[1], E. Mancini[4], B. Di Giuseppe[2], N. Serroni[2], D. Piersanti[2], P. Di Giuseppe[5], E. Mosca[6], C. Cotellessa[1], R.M. Salerno[1], F.M. Ferro[1]

[1] Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Università "G. d'Annunzio" di Chieti; [2] Dipartimento di Salute Mentale, ASL Teramo; [3] Casa di cura "Villa Serena", Citta S. Angelo, Pescara; [4] Cattedra di Psicopatologia dello Sviluppo, Università di Urbino; [5] CSM Poggio Mirteto, Rieti; [6] Medico Odontoiatra, Ancona

Introduzione: l'ansia dentale, classificata dal DSM IV tra le fobie semplici, è molto frequente da rilevare nei pazienti che si sottopongono a trattamenti odontoiatrici o ortodontici. Studi epidemiologici hanno rilevato che l'ansia o la paura di sottoporsi a trattamenti odontoiatrici possono affliggere il 20-30% delle persone e che in almeno il 15% di queste l'intensità della sintomatologia ansiosa raggiunge livelli problematici. Lo scopo del presente studio è stato quello di valutare la presenza e i correlati dell'ansia dentale in un campione di soggetti che si sottoponevano a trattamenti odontoiatrici e/o ortodontici.
Materiali e Metodi: sono stati valutati 120 soggetti consecutivi (55 femmine e 65 maschi di età media pari a 32,7 ± 10,5 anni) che si sottoponevano a trattamenti odontoiatrici e/o ortodontici presso studi odontoiatrici privati. I questionari usati sono stati: la Dental Anxiety Inventory (DAXI), la Corah Dental Anxiety Scale (CDAS), la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), il Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), la State-Trait Anxiety Inventory (STAI) e la Beck Depression Inventory (BDI).
Risultati: l'analisi delle differenze tra sessi ha mostrato che le femmine avevano punteggi più elevati alla DAXI, CDAS, PSWQ, STAI-S, STAI-T e BDI rispetto ai maschi (p range 0,04 - < 0,001). Inoltre le femmine avevano punteggi più elevati alla TAS-20 e sottoscale rispetto ai maschi. I risultati della regressione lineare multipla stepwise (Tab. III) hanno messo in evidenza come il sesso femminile e punteggi più elevati alla TAS-20 e alla BDI potrebbero essere predittivi di maggiore ansia e aspettative negative nei confronti di un intervento odontoiatrico e/o ortodontico (DAXI totale).
Conclusioni: I risultati dello studio hanno mostrato come le donne risultino più positive per la presenza di ansia dentale rispetto agli uomini. Inoltre i soggetti alessitimici mostravano punteggi più alti a tutte le scale esaminate rispetto ai soggetti non alessitimici. In conclusione, il sesso femminile, la presenza di tratto alessitimico e di vissuti depressivi si associano maggiormente alla presenta di ansia o paura dentale.

357. Fattori psicologici ed interventi chirurgici: uno studio in psichiatria di consultazione

D. De Berardis[1 2], D. Campanella[1 2], A. Carano[1 3], A. Cicconetti[1], L. Penna[1], C. Conti[1], A. Razzani[1], G. Salini[1], E. Mancini[4], B. Di Giuseppe[2], N. Serroni[2], D. Piersanti[2], P. Di Giuseppe[5], G. Marini[6], D. Albanese[6], M. Scesi[6], C. Cotellessa[1], R.M. Salerno[1], F.M. Ferro[1]

[1] Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Università "G. d'Annunzio" di Chieti; [2] Dipartimento di Salute Mentale, ASL Teramo; [3] Casa di cura "Villa Serena", Citta S. Angelo, Pescara; [4] Cattedra di Psicopatologia dello Sviluppo, Università di Urbino; [5] CSM Poggio Mirteto, Rieti; [6] Cattedra di Anestesia e Rianimazione, Università "G. d'Annunzio" di Chieti

Introduzione: l'intervento chirurgico, anche banale, è sempre un evento che può essere considerato stressante per chi vi si sottopone. Quasi sempre è possibile rilevare nei soggetti destinati all'operazione una serie di paure, pensieri ricorrenti, biases cognitivi polarizzati soprattutto sul timore di sperimentare dolore (sia durante l'operazione che nel periodo post-operatorio), sulla paura dell'anestesia (timore di non risvegliarsi, paura di perdere il controllo consapevole delle proprie sensazioni corporee), sulla paura di morire in seguito all'intervento e sul timore di non rivedere più i propri familiari. Per valutare le variabili psicologiche collegate all'intervento chirurgico sono stati valutati 50 pazienti che dovevano sottoporsi ad interventi di Chirurgia Generale.
Materiali e Metodi: sono stati sottoposti a valutazione testistica 50 pazienti (25 maschi e 25 femmine di età media 39,5 ± 10,0 anni) nel periodo immediatamente precedente l'esecuzione di un intervento chirurgico.
Sono stati impiegati i seguenti reattivi psicometrici: 1. Anxiety Specific to Surgery Questionnaire (ASSQ), 2. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), 3. State-Trait Anxiety Inventory (STAI), 4. Beck Depression Inventory (BDI), 5. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS).
Risultati: sono risultati positivi alla TAS-20, quindi alessitimici, 8 soggetti pari al 16,0%. Sono risultati positivi alla BDI, 4 soggetti pari all'8,0%. Non sono state rilevate significative differenze tra sessi per quanto riguarda la paura di sottoporsi a interventi chirurgici. Il confronto tra soggetti alessitimici e non ha mostrato che questi ultimi avevano maggiori punteggi alla ASSQ, STAI-S, STAI-T e BDI rispetto ai soggetti non alessitimici. I risultati di una regressione lineare multipla hanno messo in evidenza come punteggi più elevati alla TAS-20, alla BDI e alla STAI-T unitamente a punteggi più bassi alle sottoscale della MSPSS (Famiglia e Persone significative) potrebbero essere predittivi di maggiore ansia e aspettative negative nei confronti di un intervento chirurgico (ASSQ totale).
Conclusioni: i risultati del presente lavoro hanno messo in evidenza come la presenza di sintomatologia depressiva, di tratti alessitimici, di ansia di stato e di una mancanza di supporto sociale e familiare possano essere fattori predittivi di maggiore ansia preoperatoria e di possibile minore riuscita dell'intervento chirurgico.

358. Variazioni delle funzioni cognitive in pazienti anziani sottoposti a terapia oncologica

S. De Faccio[*], A.M. Minisini[**], B. Orbitello[*], R.P. Ciano[*], A. Piga[**], M. Comi[*], M. Balestrieri[*]

[*] *Clinica di Psichiatria, Psicologia Medica e Psicosomatica, DPMSC, PUGD, Udine;* [**] *Dipartimento di Oncologia, Università di Udine*

Scopo: vari studi hanno evidenziato un declino delle funzioni cognitive nei pazienti sottoposti a terapia sistemica per tumori solidi. Questo lavoro vuole verificare se pazienti oncologici anziani, di età superiore ai 65 anni, trattati con chemioterapia e terapia ormonale, presentano, nel breve termine, una variazione significativa delle prestazioni cognitive rispetto ad un gruppo di controllo.
Materiali e metodi: è stata eseguita una valutazione prima dell'inizio della terapia oncologica, dopo 3 e dopo 6 mesi, con i seguenti reattivi: CAMDEX-R (Cambridge examination for mental disorders of the elderly-revised), HADS (Hospital anxiety and depression scale), ADL (Activies of Daily Living), IADL (Instrumental Activities of Daily Living), GDS-15 (Geriatric Depression Scale- 15). Ad ogni valutazione sono stati poi effettuati controlli dei principali parametri ematici. I pazienti sono stati divisi in 3 gruppi: chemiotrattati, ormonotrattati, pazienti che non hanno ricevuto terapia antiblastica.
Risultati: dal nostro studio è emerso che non esiste una correlazione fra l'assunzione di terapie oncologiche ed un rapido declino cognitivo in pazienti anziani.

359. Comorbilità tra bulimia nervosa e disturbo bipolare

S.M. De Marco, V. Meuti, A. Vincenti, L. Vona, G. Lelli chiesa, F. Di Leone, E. Costa

Centro per i Disturbi della Condotta Alimentare, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

Introduzione: in letteratura è estesamente documentata la comorbilità tra il DB e altri disturbi mentali: fra le categorie diagnostiche che possono presentarsi in comorbilità con lo spettro bipolare vi sono anche i DCA. Questo studio nasce con l'intenzione di verificare la presenza di sintomi dello spettro bipolare in una percentuale statisticamente significativa di pazienti con DCA. In particolare si suppone che uno stato misto sia presente in un campione di pazienti con BN più frequentemente che in una popolazione psichiatrica generale.
Metodologia: per la valutazione della possibile presenza di patologia dello spettro bipolare abbiamo analizzato le scale fondamentali Pd e D dell'MMPI-2. La verifica dell'ipotesi di comorbilità è stata effettuata tramite il test non parametrico del χ^2 di Pearson.
Risultati: 27 pazienti con BN su 76 (35,5%) presentano depressione agiata (D > 70 insieme a Pd > 70); la percentuale di comorbilità diminuisce sensibilmente (13,2%) nella popolazione psichiatrica senza DCA.
Conclusioni: il valore del χ^2 ottenuto (10,14) indica che la possibilità che i risultati ottenuti siano attribuibili al caso è inferiore all'1%. In definitiva si può affermare che è statisticamente significativo che le pazienti BN presentano più frequentemente rispetto alla popolazione generale anche un disturbo dello spettro bipolare, in particolare uno stato misto molto frequente: la Depressione Agitata.
Allo stato attuale è impossibile delineare un modello di comorbilità definitivo, tuttavia la comorbilità tra DCA e spettro bipolare è così elevata da suggerire la presenza di una connessione eziopatogenetica fra le diverse entità nosologiche.

Tab. I. Frequenze di comorbilità osservate.

	Depr. agitata (D > 70 insieme a Pd > 70)	No depr. agitata (D < 70 o Pd < 70)	Totale
Campione BN	27	49	76
Campione PP	10	66	76
Totale	37	115	152

Tab. II. Frequenze di comorbilità attese.

	Depr. agitata (D ≥ 70 e Pd ≥ 70)	No depr. agitata (D < 70 o Pd < 70)	Totale
Campione BN	19 $(-8,5)^2$	57 $(-8,5)^2$	76
Campione PP	19 $(8,5)^2$	57 $(8,5)^2$	76
Totale	38	114	152

Tabella dei valori del χ^2 di pearson.

Gradi di libertà	Probabilità 5%	1%
1	3,841	6,635
2	5,991	9,210
3	7,815	11,345
4	9,488	13,277

Bibliografia

Fairburn CG, Harrison PJ. *Eating disorders*. Lancet 2003;361:407-16.

Perugi G, Akiskal HS. *The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions*. Psychiatr Clin N Am 2002;25:713-37.

Perugi G, Akiskal HS, Lattanzi L, Lecconi D, Mastrocinque C, Patronelli A. *The high prevalence of soft bipolar (II) features in atypical depression*. Compr Psychiatry 1998;39:63-71.

360. Efficacia della terapia combinata Paroxetina e Aripiprazolo in un caso di Disturbo Fittizio

C. Dell'Aversano, R. Mondola, M. Coppola, D. Galletta, M. Morlino

Dipartimento di Neuroscienze, Area Funzionale di Psichiatria, Università Federico II di Napoli

La sindrome di Munchausen [1] si caratterizza per la continua richiesta di assistenza medica per il trattamento di sindromi complesse per le quali si sottopone ad esami diagnostici invasivi e interventi chirurgici. Il DSMIV-TR la include tra i disturbi fittizi. P.F. aa 36 presenta una storia clinica caratterizzata da riferiti sintomi somatici per i quali ha eseguito numerosi ricoveri e molteplici procedure diagnostiche. Il paziente richiede con insistenza interventi medici e strumentali e afferma con convinzione di essere affetto da gravi patologie dalle quali risulta profondamente. Durante il ricovero appare eccessivamente preoccupato per il suo stato di salute e presenta una deflessione del tono dell'umore. Si effettua colloquio clinico, valutazione psicodiagnostica mediante Rorschach e BPRS, si limitano gli interventi diagnostici e si introduce in terapia: Paroxetina 40mg/die e Aripiprazolo 10mg/die. Dall'analisi del protocollo Rorschach è emersa una personalità rigida ed inibita con presenza di difese somatiche e preoccupazioni ipocondriache. In seguito all'introduzione della terapia il paziente ha presentato notevole diminuzione della quota d'ansia, miglioramento del tono dell'umore e riduzione dell'ideazione ipocondriaca come confermato dalla diminuzione del punteggio alla BPRS. L'associazione Paroxetina 40 mg/die e Aripiprazolo 10mg/die è risultata efficace nella gestione terapeutica a breve-medio termine del paziente

Bibliografia

[1] Asher R. *Munchausen syndrome*. Lancet 1951;1:339.

361. I segni precoci dei disturbi della condotta e la promozione della salute emotiva

G. De Plato, J. Masi, M. Casoria

Facoltà di Psicologia, Università di Bologna, AUSL Cesena

La ricerca di questi ultimi anni permette di indagare nuove aree di attività della mente e di individuare indicatori precoci di alterazioni psicopatologiche. Tali indicatori rendono fattibile la possibilità di mirare un programma di promozione della salute emotiva e mentale in età evolutiva. Un Progetto di ricerca con la collaborazione dei servizi dell'età evolutiva dell'AUSL di Cesena sugli indicatori precoci dei disturbi della condotta in età preadolescenziale (10-14 anni), ha permesso di valutare in un campione di circa 300 ragazzi: 1) gli aspetti emotivo-relazionali e comportamentali; 2) l'area cognitiva; 3) l'efficienza dell'integrazione di processi emotivi e cognitivi. I dati su questi 3 aspetti hanno permesso di delineare i profili di funzioni emotivo-cognitive del campione esaminato, sulla base dei quali è stato delineato un programma di promozione della salute emotiva e mentale per la fascia di età 10-14 anni, alla cui realizzazione nell'anno scolastico 2007-2008 parteciperanno oltre ai ricercatori e ai docenti delle scuole anche le famiglie e gli operatori dei servizi interessati.

Bibliografia

G. De Plato, *Emozioni: Disturbi e Indicatori Precoci*. Bologna: Bononia University Press 2006.

Schore Allan N. *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. New York: W.W. Norton and Company 2003.

362. Femminilità e percezione corporea nelle pazienti con anoressia nervosa

V.V. Di Caprio, A. Cassarino, M. Caruso, L. Vona, V. Meuti, R. Riccardis, E. Costa

Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

Introduzione: nella UOC per il trattamento dei Disturbi della Condotta Alimentare del Policlinico Umberto I di Roma si utilizzano interventi psicoterapeutici, farmacologici, nutrizionali e riabilitativi da parte di un équipe multidisciplinare. L'influenza dei trattamenti sul decorso di tali disturbi viene monitorata a 6/12/24 mesi.

Nell'anoressia grave, la condizione estrema di rifiuto del corpo, rappresenta l'unico mezzo di comunicazione, un linguaggio di sintomi. Un corpo privo di femminilità, incapace di sentire desideri tra cui anche quello sessuale. Le pazienti con anoressia nervosa rifiutano un corpo che possa presupporre un'idea di fertilità.

Il presente lavoro intende valutare i tratti di femminilità e la dispercezione corporea in pazienti affette da Anoressia nervosa.

Metodologia: sono state studiate 30 donne, tra 16-30 anni, con BMI > 17 kg/m^2 in regime di degenza con diagnosi di Anoressia Nervosa, alle quali sono stati somministrati i seguenti reattivi:

- MMPI 2 Inventario Multifasico della personalità Minnesota 2: è un test ad ampio spettro costituito per valutare le maggiori caratteristiche strutturali di personalità;
- EDI 2 Eating Disorders Inventory: è uno strumento atto all'autovalutazione di sintomi dei Disturbi della Condotta Alimentare quali Anoressia e Bulimia Nervosa;
- SIS Somatic Inkblot Series: il SIS è un test proiettivo basato sulla interpretazione di tavole che rappresentano stimoli visivi di vario tipo, volti a suscitare le percezioni somatiche dei soggetti ed alla valutazione della autopercezione del corpo.

Risultati: le risultanze dei reattivi mentali evidenziano una correlazione tra la mancanza di desiderio sessuale, tratti alterati di femminilità e un peso con BMI di 17.

Conclusioni: la terapia integrata con recupero del peso corporeo e del ciclo mestruale si è mostrato efficace nella diversa percezione dell'immagine corporea e della femminilità.

Bibliografia

Bruch H. *Patologia del comportamento alimentare*. Milano: Feltrinelli 1977.

Garfinkel PE. *Body awarlness in anorexia nervosa: disturbances in "body image" and "satiety"*. Psychosomatic Medicine 1978.

Lasegue EC. *On hysterical anorexia*. Med Times e Gaz 1873.

363. Studio naturalistico sui livelli di prolattina nei pazienti in trattamento con antipsicotici di seconda generazione

A. Di Florio[*], G. Pigato[**]

[*] *Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Psichiatrica;* [**] *III SPDC, Clinica Psichiatrica, Azienda Ospedaliera, Università di Padova*

L'iperprolattinemia è un effetto avverso molto importante, ma spesso ignorato della terapia con antipsicotici. Gli effetti collaterali endocrini e sessuali causati dall'iperprolattinemia diminuiscono sensibilmente la tollerabilità e l'aderenza al trattamento nei pazienti, anche quando la risposta clinica è buona. I sintomi causati dall'iperprolattinemia comprendono ginecomastia, galatorrea, disfunzione sessuale, infertilità ed anomalie del ciclo mestruale. Nonostante la minor incidenza di effetti extrapiramidali, alcuni antipsicotici di seconda generazione (SGAs) possono indurre un aumento dei livelli sierici di prolattina, come i tradizionali neurolettici. Lo scopo di questo studio è di valutare la frequenza ed il grado di iperprolattinemia in pazienti trattati con diversi SGAs: Clozapina, Olanzapina, Risperidone, Quetiapina e Aripiprazolo. Il protocollo prevede la misurazione dei livelli sierici di prolattina su prelievo svolto al mattino a digiuno, la valutazione dei sintomi legati all'iperprolattinemia tramite gli specifici items della UKU side effects rating scale e la valutazione dell'efficacia tramite i punteggi alla PANSS e alla CGI-S e alla CGI-I nei pazienti in terapia con SGAs ricoverati presso l'SPDC. Il protocollo di monitoraggio prevede inoltre nei pazienti drug-naive rivalutazioni a 4, 8, 12 settimane.
Essendo la ricerca ancora in corso i risultati e le conclusioni saranno presentati in sede congressuale.

Bibliografia

Halbreich U, Kahn LS. *Hyperprolactinemia and schizophrenia: mechanisms and clinical aspects*. J Psychiatr Pract 2003;9:344-53.

Melkersson K. *Differences in prolactin elevation and related symptoms of atypical antipsychotics in schizophrenic patients*. J Clin Psychiatry 2005;66:761-7.

364. L'uso dell'aripiprazolo in ambito ospedaliero: dati preliminari

R. Di Lorenzo, A. Amoretti, M. Forghieri, M. Rigatelli

Università di Modena e Reggio Emilia, Dipartimento di Salute Mentale, AZ-USL di Modena

Introduzione: aripiprazolo è un nuovo antipsicotico, agonista parziale dopaminergico, che si è dimostrato efficace e ben tollerato nel trattamento delle psicosi schizofreniche, in fase acuta e cronica [1-3].
Metodologia: dopo aver raccolto tutti i casi (n=12) trattati con aripiprazolo dall'1-3-05 all'1-3-06 nei due reparti di SPDC del Policlinico di Modena, sono stati valutati: diagnosi, anni di malattia, motivazione, modalità di prescrizione, effetti collaterali, drop-out e i punteggi della Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) e della scala di Valutazione del Funzionamento Globale (VFG), somministrate all'inizio del trattamento e al termine del ricovero.
Risultati: abbiamo riscontrato una percentuale di miglioramento alla BPRS e alla VFG del 67% (più rilevante per i pazienti più gravi) e una differenza statisticamente significativa dei punteggi della VFG ($p < 0,05$, t-test) e della BPRS ($p < 0,001$, t-test) tra l'inizio del trattamento e al termine del ricovero. L'analisi degli items della BPRS ha evidenziato che i sintomi negativi e affettivi sono migliorati in modo statisticamente significativo ($p < 0,001$, t-test).
Conclusioni: Non è possibile trarre conclusioni definitive da questa indagine preliminare, limitata dal numero esiguo del campione e dalla metodologia di lavoro, naturalistica e senza gruppo di controllo. Questi dati suggeriscono altresì l'efficacia di questo farmaco nei casi acuti e gravi o in cui prevale la dimensione autistico-catatonica.

Bibliografia

1 Lieberman JA. *Dopamine partial agonists. A new class of antipsychotic*. CNS Drugs 2004;18:251-67.

2 DeLeon A, Patel NC, Crismon ML. *Aripiprazole: a comprehensive review of its pharmacology, clinical efficacy and tolerability*. Clinic Therapeut 2004;26:649-66.

3 Tamminga CA, Carlsson A. *Partial dopamine agonists and dopaminerigc stabilizers, in the treatment of psychosis*. Current Drug Targets-CNS&Neurological Disorders 2002;I:141-7.

365. Confronto fra il numero dei ricoveri in SPDC di pazienti psicotici dieci mesi dopo l'ultima dimissione e l'inizio di terapia con quetiapina orale in dosaggio flessibile (sino a 800 mg) ed il numero dei ricoveri nei dieci mesi precedenti

E. Di Marco

USL 3 Genovese, SPDC, A.O. S. Martino, Genova

Introduzione: dopo aver valutato in quindici pazienti in un setting ospedaliero acuto (SPDC) l'efficacia e la tollerabilità di uno schema di switch da farmaci antipsicotici per via im e quetiapina per os durante il ricovero si è voluto confrontare il numero dei ricoveri in SPDC di dieci di questi pazienti nei dieci mesi precedenti alla dimissione con prescrizione di quetiapina orale e nei dieci mesi seguenti.
Quetiapina è un derivato dibenzotiazepinico approvato per il trattamento delle psicosi acute e croniche, inclusa la schizofrenia e gli episodi maniacali associati al distubo bipolare.
Metodi: *Disegno dello studio.* Studio retrospettivo della durata di dieci mesi dalla dimissione con prescrizione terapeutica con quetiapina in dosaggio sino a 800 mg pro die
Criteri di inclusione. Pazienti maschi e femmine adulti (età ≥ 24 anni). Dimessi dopo ricovero in SPDC per acuzie maniacale o disturbo schizoaffettivo o riacutizzazione di schizofrenia per almeno sette giorni e trattamento iniziale con aloperidolo e/o clotiapina fiale per via parenterale. Non sono sono state considerate donne in gravidanza o allattamento.
Trattamento. I pazienti hanno assunto terapia con quetiapina sino a 800 mg pro die. Il dosaggio minimo assunto è stato di 600 mg pro die. I pazienti si sono presentati a visita ambulatoriale almeno una volta ogni 20 giorni nei dieci mesi dell'esame.

Valutazione di efficacia. È stato valutato il numero di ricoveri in SPDC nei dieci mesi in esame e sono stati valutati parametri vitali (PA/FC).
Risultati: sono stati inclusi nello studio 10 (8 M/2 F) dei quindici pazienti dimessi con terapia con quetiapina, poiché cinque pazienti erano seguiti presso altri centri. L'età media era di 44 anni (26-53); il peso medio di 72,3 kg (58-83): l'altezza media 172,3 (162-175).7 pazienti sono affetti da Disturbo Schizoaffettivo 2 da Disturbo Bipolare e 1 da Schizofrenia disorganizzata. La durata media della malattia è di 17 anni (3-30).
Sicurezza e tollerabilità. I valori pressori non hanno presentato oscillazioni superiori a 10 mm Hg valori medi da 135 a 125 di PA sistolica e da 85 a 75 mmHg di PA diastolica.
La frequenza cardiaca, sempre ritmica, ha presentato oscillazioni fra valori medi da 70 b/m a 92 b/m. I dieci pazienti presi in esame, nei dieci mesi precedenti l'ultimo ricovero erano stati ricoverati per un totale di 24 ricoveri (1-5) con una media per paziente di 2,4 ricoveri. Il totale i giorni di degenza era stato di 270 (4-20) con una media per paziente di 27 giorni e per ricovero di 11,25 giorni. Nei dieci mesi oggetto dello studio 4 pazienti non sono mai stati ricoverati e gli altri 6 sono stati ricoverati per un totale di 10 volte (1-3) con una media di 1,6 ricoveri per paziente (e di1 ricovero per paziente rispetto al totale dei 10). Il totale di giorni di degenza è stato di 113 (8-16) con una media per i 6 pazienti ricoverati di 18,8 giorni e per ricovero di 11,3 giorni.
Il dosaggio di quetiapina utilizzato è stato da un minimo di 400 mg ad un massimo di 800 mg per paziente. Sette pazienti hanno assunto anche terapia con lorazepam (da 2 a 4 mg pro die) e clordemetildiazepam (da 2 a 5 mg pro die) per periodi variabili da 2 a 8 mesi.
Tra i 6 pazienti ricoverati, 3 avevano sospeso la terapia prima del ricovero (da 8 a 20 giorni prima) e l'avevano ripresa durante il ricovero.
Conclusioni: i nostri dati sostengono che la terapia con quetiapina (da 400 a 800 mg pro die) viene ben tollerata ed accettata dai pazienti e può contribuire a ridurre la necessità di ricoveri in SPDC in tempi medio-lunghi.

Bibliografia

Corsini G, Di Marco, Maura E. *Switch da antipsicotici tradizionali iniettivi a quetiapina orale in pazienti psicotici acuti ospedalizzati*. Sessione Poster SOPSI 2005.
Sachs G, Chengappa KNR, Suppes T, et al. *Quetiapine with lithium or divalproex for the treatment of bipolar mania a randomized double-blind, placebo controlled study*. Bipolar Disord 2004;6:213-23.

366. Disturbi alimentari nei maschi

G. Di Pietro, M. Carrieri

Dipartimento di Neuroscienze e Scienze del Comportamento, Università di Napoli Federico II

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono classificabili in 3 gruppi: anoressia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), disturbi alimentari non altrimenti specificati (DANAS). In questo studio é stata confrontata una casistica proveniente dagli USA con una casistica proveniente dal Sud Italia (Napoli) allo scopo di evidenziare eventuali differenze antropometriche, nutrizionali e psicologiche.
Materiali e metodi: sono stati confrontati i dati provenienti da uno studio retrospettivo americano di 135 pazienti con un gruppo di 31 pazienti afferenti al nostro Dipartimento. Tutti i soggetti erano di sesso maschile. I risultati ottenuti sono stati valutati mediante il test t di Student.
Risultati: si è osservata una percentuale simile dei casi di AN nei due gruppi (22% USA *vs.* 22,6% Italia), mentre la BN è risultata più frequente nel gruppo USA (46% *vs.* 22,6%). Infine i DANAS si sono presentati nel 54,8% nei nostri pazienti contro il 32% nei soggetti USA ($p < 0,05$). L'età di esordio sia nelle BN che nei DANAS è risultata praticamente sovrapponibile nei due gruppi. Non vi sono state differenze statisticamente significative tra il peso massimo e il peso minimo espresso in kg nei diversi gruppi.
Conclusioni: si può affermare che i DCA si presentano con caratteristiche simili anche in situazioni geografiche differenti. Anche per i maschi, come succede per le femmine, tali disturbi sembrano preferire determinate fasce di età.

367. Interventi di efficacia nei DSM tramite psicoeducazione familiare

S. Dimalta, T. Malesevic, L. Sapone

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Manfredonia, ASL FG

È ormai ampiamente documentata l'efficacia degli antipsicotici atipici nel trattamento delle psicosi. Tuttavia, molti pazienti affetti da schizofrenia, che pure beneficiano del trattamento farmacologico, continuano a presentare sintomi residui disabilitanti e riduzione del funzionamento sociale con rischio di ricadute.
Per tale motivo, a partire dall'esperienza di psichiatria di comunità anglosassone, sono stati messi a punto negli ultimi anni interventi di sostegno strutturato per le famiglie dei pazienti con malattie mentali gravi. Infatti, l'importanza di associare al trattamento standard, trattamenti psicosociali ha portato evidenze empiriche di validità, come gli interventi familiari.
Tali interventi psicoeducativi hanno gli obiettivi di: aumentare il livello di informazione dei pazienti e dei familiari sulla patologia e sui trattamenti, prevenire le ricadute dei pazienti monitorando dei segni precoci di crisi, ridurre la tensione all'interno della famiglia attraverso il miglioramento delle abilità comunicative, aumentare le capacità di affrontare le situazioni potenzialmente stressanti mediante il problem-solving.
Questa review ha l'obiettivo di verificare la possibilità di diffondere gli interventi psicoeducativi familiari per la schizofrenia nei Servizi di Salute Mentale italiani e di valutarne l'effetto sull'andamento clinico e sociale di questi disturbi e sul carico familiare.

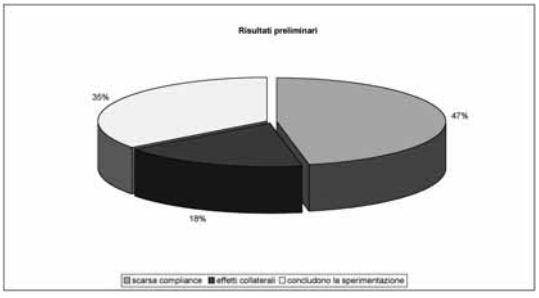
368. Uso di antidepressivi in pazienti dipendenti da oppiacei e comorbili nel divezzamento metadonico

G. Diotallevi, M. Squillacioti, M. Cecconi, G. Ricino, A. Colaianni

Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, ASUR ZT1 Pesaro

Introduzione: lo studio è rivolto a pazienti eroinodipendenti candidati allo scalaggio metadonico con disturbo del tono dell'umore. La depressione è frequente nei dipendenti da eroina [1]. Nello scalaggio metadonico si osservano sintomi depressivi [2] che influenzano prognosi, compliance e facilitano il ricorso ad altre sostanze.
Obiettivi: il progetto intende facilitare il divezzamento da metadone con farmaci per la depressione, costruire procedure replicabili diagnostico-terapeutiche contro lo spontaneismo dei trattamenti, contrastare la stasi del contenitore metadonico. Non è uno studio comparativo di efficacia, ma ricerca di nuove modalità di cura.
Materiali e metodi: lo studio di 14 settimane ha coinvolto 23 pazienti. Test per psicodiagnosi e monitoraggio: SCL-90-R, BDI, HAM-D, GAF, CGI, LDQ. L'ingresso allo studio è a 30 mg/die di metadone con scalaggio a 0 alla 12° settimana, monitorato fino alla 14° con aggiunta di mirtazapina o escitalopram in base alle caratteristiche sintomatologiche.
Risultati: il 35% completa lo studio con riduzione alla HAM-D ≥ del 50% dei punteggi iniziali e miglioramento del funzionamento globale, 18% interrompe per effetti collaterali, 47% esce per scarsa compliance continuando l'antidepressivo e effettuando scalaggio più lento (Fig. 1). I pazienti che interrompono mostrano comunque un miglioramento ai test

Fig. 1.



Conclusioni: i pazienti hanno gradito il progetto dichiarando di tollerare meglio lo scalaggio; l'aderenza è maggiore per chi ha stretto una relazione terapeutica. Tale setting, diverso da altri per i quali i pazienti mostrano assuefazione, ha introdotto un elemento di novità e di destabilizzazione dallo status quo positivo per medici e pazienti.

Bibliografia

[1] Dorus W. *Depression demographic dimension, and drug abuse.* Am J Psychiatry 1989.
[2] Dackis C. *Opiate addiction and depression.* Drug Alchohol Depend 1983.

369. Problematiche psicopatologiche e difficoltà di adattamento ambientale in stranieri ricoverati in SPDC. Studio di alcuni casi clinici

A. Durante, T. Durante, F. Durante, C. Di Florio

S.P.D.C. Ospedale Caserta/A.S.L.CE 1

Introduzione: il generale coinvolgimento della società italiana nell'integrazione con altre culture di soggetti provenienti da paesi comunitari ed extra- comunitari, ha suscitato l'interesse degli esperti di psicologia clinica nello studio dei fattori di integrazione e di quelli di disturbo derivanti dalla trasmigrazione degli habitat e delle peculiarità etniche. Gli autori hanno studiato, in 10 soggetti ricoverati in SPDC in fase acuta, il rilievo di questi fattori, la cui comprensione genera sistemi di assistenza più adeguati.
Metodo: ai soggetti immigrati comunitari ed extra, di età compresa tra i 20 e i 45 anni, ricoverati in fase acuta in SPDC, dopo il colloquio clinico, sono stati somministrati un questionario diagnostico e una serie di reattivi psicodiagnostici (Der Baum Test, Machover e Wartegg Test) per identificare la tipologia diagnostica dei vissuti nonché il livello di integrazione.
Risultati: nella maggior parte dei casi, i vissuti emersi di incapacità, pessimismo ed impotenza e i tratti generalizzati di ansia, aggressività, senso di inferiorità, hanno contribuito alla diagnosi di sindromi reattive di disadattamento, la cui genesi dipenderebbe dal fattore di vulnerabilità individuale che determinerebbe il livello di integrazione.
Conclusione: vista la difficoltà di lingua e la scarsa conoscenza delle culture e degli habitat, l'analisi caratterologica e clinica risulta facilitata da tecniche di esplorazione psicodiagnostiche. Con lo studio si cerca di individuare elementi critici dei fattori di integrazione e di non integrazione derivanti dalle trasmigrazioni di modelli culturali ed etnici.

Bibliografia

Passi Tognazzi D. *Metodi e tecniche nella diagnosi di personalità*, Giunti 2004.
Gabbard GO. *Psichiatria Psicodinamica*. Ed. It. a cura di Salvatore Freni, Raffaello Cortina Editore.

370. Strategie di prevenzione del comportamento suicidario nella provincia di Savona

M. Durante, P. Granelli, A. Guarini, V. Mangraviti, V. Masio, A. Muscella, L. Nicolini, D. Pecoraro, L. Presta, A.M. Scotto, V. Valenti

Dipartimento di Salute Mentale, Savona

Lo studio presentato descrive le diverse strategie di prevenzione del comportamento suicidario nella provincia di Savona, all'interno di un progetto del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL2 savonese, avviato nel 2001 con lo scopo di costruire una banca dati a partire dal 1995 e dar vita nello stesso tempo a interventi preventivi.
Dopo aver delineato i punti strategici di un programma di prevenzione, si sono evidenziate tre linee strategiche su cui il gruppo di lavoo si è impegnato durante la prima fase:

1. strategie di cura per persone in situazione di rischio suicidario, con proposte di misure curative e protettive ogni qualvolta si rilevino segnali di allarme, articolate in diverse aree di intervento;
2. attivazione in sede provinciale della telefonia di soccorso, con descrizione della campagna di reclutamento e di formazione, nell'ottica che il suicidio nasca e si consumi nella solitudine e nella difficoltà di poter gridare ad un altro il proprio dolore e la propria rabbia;
3. programma di collaborazione con i medici di medicina generale attraverso una inchiesta questionario compilata dal medico di famiglia per un totale di 128 medici intervistati, con lo scopo di coinvolgere maggiormente i medici e di favorire un processo di collaborazione ed integrazione.

Le conclusioni tratte evidenziano l'importanza della prevenzione e il bisogno di interventi tempestivi con un approccio biopsicosociale al fenomeno, finalizzati alla riduzione dei comportamenti suicidari.

371. I livelli di HbA_{1A} e comparsa di manifestazioni aggressive in diabete di tipo 1

G. Fanara[*], C. Mento[**], B. Cavallari[***], L. Abenavoli[****]

[*] Psichiatra Dottoranda di Ricerca in Psichiatria; [**] Specializzanda in Psicologia Clinica; [***] Dottoranda in Psicologia Clinica; [****] Specializzanda in Psichiatria Insegnamento di Metodologia Psichiatra

Introduzione: le variazioni patologiche di glucosio, a livello cerebrale, influiscono sui meccanismi psicologici e cognitivi. È stata approfondita [1] la relazione tra l'ipoglicemia patologica degli adolescenti e emozioni negative (aggressività e umore). Per tale motivo lo scopo di questo studio è quello di esaminare il legame tra aggressività e l'ipoglicemia in pz con diabete di tipo I.

Metodologia: sono stati inclusi nello studio 70 soggetti con diabete di tipo I. Lo screening del pz è stato effettuato sia attraverso la registrazione dell' HbA_{1A}, che attraverso specifici strumenti di valutazione delle emozioni negative quali la deflessione del tono dell'umore e le componenti che costituiscono l'aggressività (fisica, verbale, rabbia e ostilità).

Risultati: un primo risultato è stato quello che ha individuato l' HbA_{1A} come componente discrimatoria tra i 70 soggetti; secondariamente dei 60 soggetti con alta ostilità, solo 46 hanno presentato alti livelli di deflessione del tono dell'umore.

Conclusioni: l'ipoglicemia determina modificazioni emozionali come deflessione del tono dell'umore e ostilità. I nostri risultati hanno confermato la forte ed antica relazione tra ostilità e depressione [2]. Questo concetto fa riferimento al fatto che sia l'ostilità che la depressione sono due costrutti associati al benessere emozionale.

Bibliografia

1 Hermanns N, Kubiak T, Kulzer B, Haak T. *Emotional changes during experimentally induced hypoglycaemia in type 1 diabetes*. Biol Psychol 2003;63:15-44.

2 Moreno JK, Selby MJ, Fuhriman A, Laver GD. *Hostility in depression*. Psychol Rep 1994;75:1391-401.

372. Terapia farmacologica della depressione basata sullo studio del genoma: stato dell'arte

I. Felicioni[*], C. Santilli[*], B. Santucci[*], P. Cotichelli[*], P, Moretti[**]

[*] Scuola di specializzazione in Psichiatria, [**] Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica, Università di Perugia

Introduzione: l'efficacia degli psicofarmaci dipende dalle interazioni tra fattori genetici e fattori ambientali. Si può ipotizzare che variazioni a livello di alcuni geni implicati nella risposta farmacologica possono essere correlati con la risposta clinica. Tra questi geni riveste particolare importanza il gene codificante per il trasportatore della serotonina (5HTT). Il 5HTT è la proteina responsabile dell'uptake della serotonina nello spazio sinaptico ed è interessato dal meccanismo d'azione degli antidepressivi, degli ansiolitici e degli antipsicotici. È stato identificato un polimorfismo nel gene che codifica per il 5HTT (SLC6A4) che consiste in un'inserzione (variante l) o delezione (variante s) di un tratto di 44 bp. Alcuni studi hanno dimostrato che la presenza della variante l conferisce una più alta attività trascrizionale del gene stesso.

Materiali e metodi: gli autori hanno analizzato studi recenti in cui viene valutata l'efficacia di trattamenti psicofarmacologici in pazienti depressi in relazione alle varianti polimorfiche del SLC6A4.

Risultati: esiste un'associazione tra la risposta al trattamento psicofarmacologico della depressione e il polimorfismo del SLC6A4. In particolare, la presenza della variante l sembra favorire una maggiore efficacia del trattamento e un minore sviluppo di effetti collaterali. In prospettiva futura la tipizzazione genetica del paziente potrebbe rivelarsi utile per la scelta di una terapia specifica ed individualizzata.

Bibliografia

Lesch KP, Gutknecht L. *Pharmacogenetics of the serotonine transporter*. Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry 2005;29(6).

Levinson DF. *The genetics of depression: a review*. Biol Psychiatry 2006;60:84-92.

Smeraldi E, Serretti A, Artioli P, Lorenzi C, Catalano M. *Serotonin transporter gene-linked polymorphic region: possible pharmacogenetic implications of rare variants*. Psychiatr Genet 2006;16:153-8.

373. Burnout, caratteristiche di personalità e dinamiche relazionali in un gruppo di infermieri psichiatrici prima e dopo l'introduzione della metodica NANDA

G. Ferraris[*], P. Zeppegno[*], C. Obezzi[*], C. De Pieri[**], E. Torre [*]

[*] S.C.D.U. Psichiatria, Cattedra di Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, [**] Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Novara

Introduzione: lo scopo del presente lavoro di ricerca è la valutazione del burnout, delle dinamiche gruppali e della personalità prima (T0) e dopo (T1 = dopo 9 mesi) i corsi di

formazione sulla "metodica NANDA" (per la compilazione della cartella clinica) e il suo utilizzo in un gruppo di infermieri che lavorano presso il DSM Novara Nord.
Metodologia: sono stati reclutati 20 infermieri. Il protocollo di ricerca prevedeva: questionario, MBI, MBTI e Roci. I partecipanti allo studio hanno compilato i test a T0 e T1 (prima e dopo 9 mesi dall'introduzione della nuova cartella).
Risultati: l'analisi dei dati evidenzia una tendenza alla riduzione dei livelli di burnout, un miglioramento delle dinamiche relazionali interne al gruppo e una maggiore rilevanza della funzione sentimento (indice dell'MBTI).
Conclusioni: vi è una tendenza al miglioramento della qualità del lavoro individuale e di gruppo dopo i corsi di formazione e l'utilizzo della "metodica NANDA".

Bibliografia

Imai H et al. *Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care*. Occup Environ Med 2004;61:764-8.
Mann S, Cowburn J. *Emotional labour and stress within mental health nursing*. J Psychiatr Ment Health Nurs 2005;12:154-62.
Keenan G et al. *Establishing competency in the use of North American Nursing Diagnosis Association, Nursing Outcomes Classification, and Nursing Interventions Classification terminology*. J Nurs Meas 2003;11:183-98.

374. Una ricerca sui bisogni dei pazienti e uno strumento artistico quali mediatori istituzionali per la relazione e la comunicazione

M. Ferro Antonio[1], S. Porazzo[2], V. De Amicis[2], G. Sogno[3]

[1] Dipartimento Servizio Salute Mentale, [2] Servizio Salute Mentale, ASL2 Savonese; [3] Divisione Oncologica, Ospedale S. Paolo, ASL2 Savonese

Finalità: il lavoro propone una riflessione sull'integrazione fra il Servizio Oncologico dell'Ospedale San Paolo di Savona e il Dipartimento di Salute Mentale che da cinque anni lavorano insieme.
Il progetto presuppone l'utilizzo integrato di uno strumento classico di ricerca e di uno strumento artistico quali mediatori istituzionali.
Metodo: lo strumento artistico creato è il "quaderno dell'ascolto" un grosso libro che propone poche pagine scritte e molte da riempire suddivise i poesie, esperienze e racconti. Esso rappresenta un'occasione in cui chi legge può riflettere ma anche scrivere, disegnare, portare osservazioni sull'esperienza di malattia. Il quaderno è stato collocato nella sala d'aspetto su un leggio a disposizione e uso dei pazienti e dei loro famigliari.
Lo strumento di ricerca utilizzato è il NEQ è stato proposto e somministrato a 168 pazienti da una psicologa dal febbraio al marzo 2006.
Risultati: i risultati ottenuti confermano le precedenti ricerche realizzate in ambito nazionale. In particolare si è evidenziato un bisogno di sostegno psicologico inconsapevole, la difficoltà di comunicazione dei vissuti, il desiderio dei pazienti di essere ascoltati.
Conclusioni: lo studio ci ha permesso di giungere alla considerazione che l'espressione delle emozioni evocate e stimolate dal quaderno dell'ascolto ha incontrato maggiori difficoltà di avvio.
Per contro, la somministrazione del questionario ha ottenuto una risposta e una comprensibilità più immediata.

375. Progetto Mito

C. Festa, K. Zanella, C. Cremonese

Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Psichiatrica, III SPDC, Azienda Ospedaliera, Università di Padova

Introduzione: a partire da precedenti esperienze di gruppi per pazienti condotte nel 3° SPDC di Padova, dal 2004 è stato avviato un gruppo verbale in cui viene proposta la narrazione di racconti mitologici appartenenti a varie culture.
Numerosi dati in letteratura hanno rilevato che il materiale simbolico, in particolare i miti, sembrano anche soddisfare il bisogno specifico di riavvicinarsi alla natura, alla società, a sé stessi. L'attività ha cadenza settimanale ed ha lo scopo di favorire i processi di pensiero di tipo identificatorio con l'eroe/eroina e di distacco dalle problematiche contingenti, inoltre possono essere elicitate le capacità relazionali dei singoli.
Metodologia: le fasi del gruppo sono suddivise come segue:
– primi 10': presentazione e lettura* del mito;
– 30': disegno dell'evento o personaggio che il paziente preferisce;
– ultimi 20': sono possibili tre modalità conclusive:
1. * inizialmente non viene rivelato il finale affinché i pazienti abbiano la possibilità di proporre una loro conclusione;
2. a partire dai disegni realizzati costruire possibili varianti al racconto;
3. proporre il "processo all'eroe" dividendo il gruppo in due sottogruppi: "in accordo" e "contrari" (S. Manes, 1999).

Risultati: il gruppo mito, è stato accolto con grande interesse dall'utenza sempre eterogenea del 3° SPDC, così che anche pazienti dimessi han chiesto di continuare a parteciparvi in regime di DH: il punto di forza di quest'attività è stata la possibilità di creare, grazie ai racconti mitologici, confronti trasversali, e quindi dialoghi tra i vari punti di vista.
Conclusioni: considerati i risultati di tale esperienza si sta prendendo in considerazione l'idea di riproporla anche al CSM del 3° Servizio di Padova ma questa volta considerando un gruppo più stabile.

Bibliografia

Jung CG, Kerényi K. *Prolegomeni allo studio scientifico della mitologia*. Torino: Bollati Boringhieri 1972.
Zolla E. *Archetipi*. Marsilio 1981.
Manes S. *68 nuovi giochi per la conduzione dei gruppi*. FrancoAngeli 1999.

376. La scrittura espressiva: processi responsabili del benessere psico-fisico

G.M. Festa

Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Costruire delle storie fa parte di un fisiologico processo umano che aiuta ad interpretare le esperienze di vita e a stabilire un adeguato controllo su queste.

Grazie a tale abilità si facilita l'organizzazione degli eventi attraverso coerenti integrazioni cognitive ed emozionali e una funzionale capacità di rievocazione mnemonica.
Quando viene meno questo processo, soprattutto durante esperienze dolorose di vita, diminuisce la facoltà di elaborazione di ciò che è accaduto, favorendo l'insorgere di pensieri ruminativi automatici e/o fin'anche allontanando dalla coscienza tali ricordi.
La scarsa o mancata organizzazione di tali stati emotivi e cognitivi, in relazione ad esperienze vissute e percepite soggettivamente come traumatiche, può cronicizzarsi col tempo attorno alla sua carica "disorganizzante" e "terrifica" e generare stati di malesseri che possono travestirsi da disturbi mentali o fisici.
Un ampia mole di ricerca ha dimostrato che esprimere per iscritto le proprie emozioni traumatiche produca un significativo miglioramento sia nel benessere fisico sia in quello psichico [1 2].
Ma quali sono i processi che sono responsabile di questi miglioramenti? Sono state avanzate numerose ipotesi teoriche. Alcuni autori sostengono che tradurre in parole le proprie esperienze traumatiche risulta benefico per la salute perché smorza l'effetto dell'inibizione emozionale [3] altri che produca un adattamento cognitivo [4 5], altri ancora che l'esposizione allo stimolo doloroso produca graduali diminuzioni dell'arousal [6].
Credo che per spiegare tali meccanismi, soggiacenti agli effetti benefici della scrittura espressiva, non si possa ascrivere esclusivamente all'espressione emozionale (catarsi) il fattore chiave nella spiegazione di tale fenomeno. Penso che siano significativi nel produrre miglioramenti dello stato di salute soprattutto l'insieme di altri fattori. I processi cognitivi legati ai ricordi traumatici, grazie alla scritturo-terapia, generano assimilazione ed accomodamento di quegli "eventi", attraverso una narrazione ordinata e l'attivazione di processi di significazione. Ciò produce la riduzione di quell'alone disturbante gli stati cognitivi ed emozionali.
La tecnica della scrittura espressiva emozionale attiva una rielaborazione dei vissuti traumatici pensati e percepiti emozionalmente, attraverso la traduzione e l'assegnazione di strutturazione linguistica per iscritto. La costruzione di narrative, attraverso le "regole" costitutive di tale forma di espressione e comunicazione, generano una logica maggiormente lineare, stati di coerenza, flessibilità, adeguate attribuzioni di significati e una funzionale stabilità temporale.

Bibliografia

1. Smyth JM. *Written emotional expression: effect sizes, outcome type, and moderating variables*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1998:66:174-84.
2. Pennebaker JW, SEAGAL JD. *Forming a story: the health benefits of narrative*. Journal of Clinical Psychology 1999;55:1243-54.
3. Pennebaker JW. *Cognition, inhibition, and disease*. In: Berkowitz L, ed. *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press 1989;22:211-44.
4. Park CL, Blumberg CJ. *Disclosing trauma through writing: testing the meaning-making hypothesis*. Cognitive Therapy and Research 2002;26:597-616.
5. Smyth JM, True N, Souto J. *Effect of writing about traumatic experience: the necessity for narrative structuring*. Journal of Social and Clinical Psychology 2001;20:161-72.
6. Foa EB, Kozak M. *Emotional processing of fear: exposure to corrective information*. Psychological Bulletin 1986;99:20-35.

377. Functional and structural neuroimaging studies in eating disorders

G.M. Festa, C. Saraceni

Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

The recent advances in neuroimaging techniques has allowed the detailed investigation of brain structure and function in several psychiatric disorders.
Very few neuroimaging studies in Eating Disorders (EDs) have been performed. In the past decade are increasing and have yielded new and exciting insights into the underlying neurobiological mechanisms of these disorders.
The recent functional studies in these patients have demonstrated abnormal activations in Anorexia Nervosa (AN) respect to healthy persons. Researches have found that cognitive preoccupation with food and body image may activate some regions such as cingulated girus, frontal, temporal, occipital, parietal and medial prefrontal areas in AN. Neuroimaging studies are also showed abnormalities of basal ganglia function. In addition, patients with AN were found to have metabolic hyperactivity in the caudate nucleus related to global hypometabolism.
Some structural studies in AN have showed brain gray and white matter and brain phospholipids volume loss. Investigators have also found in this disorder associations with Cerebral Spinal Fluid (CSF) spaces enlargement. Most study noted a tendency for ventricular and cortical sulci enlargement. In some studies it was described that the pituitary gland has a smaller height and cross-sectional area than normal. Researchers have found also bilateral reduction in hippocampal volume.
Fewer studies have been done in patients with Bulimia Nervosa (BN).
Functional neuroimaging investigations have demonstrated may be disturbances of thalamic and hypothalamic serotonin metabolism. In BN patients several mild right-left asymmetries possibly related to alterations of mental state (vigilance, depression, etc.) have been revealed.
Some structural studies suggested brain atrophy potentially related to chronic dietary restriction.
Some cerebral abnormalities may depend on the state of malnutrition and hormonal changes associated with EDs rather than reflecting a disease-specific trait. Additionally very large variety of factors may influence regional brain function including mental state, age, and possibly also gender.
Further investigations are needed in this research area with adequate controls. Neuroimaging systematic examinations should be valuable approach to identify trait-related pathophysiological mechanisms that may be involved in the aetiology and maintenance of these disorders and to develop more effective pharmacological and psychological methods of treatment.

References

Breweron TD. *9th annual meeting of the eating disorders research*. Expert Opin Investig Drug 2004;13:73-4.

Connan F, Murphy F, Connor SE, Rich P, Murphy T, Bara-Carill N, Landau S, Krljes S, Ng V, Williams S, Morris RG, Campbell IC, Treasure J. *Hippocampal volume and cognitive function in anorexia nervosa*. Psychiatry Res 2006;146:117-25.

Frank GH, Bailer UF, Henry S, Wagner A, Kaye WH. *Neuroimaging studies in eating disorders*. CNS Spectr 2004;9:539-48.
Hendren RL, De Backer I, Pandina GJ. *Review of neuroimaging studies of child and adolescence psychiatric disorders from the past 10 years*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:815-28.
Herholz K. *Neuroimaging in anorexia nervosa*. Psychiatry Res 1996;62:105-10.
Lask B, Gordon I, Christie D, Framptom I, Chowdhury U, Watkins B. *Functional neuroimaging in early-onset anorexia nervosa*. Int J Eat Disord 2005;37(Suppl.):49-51.
Santel R, Baving L, Krauel K, Munte TF, Rotte M. *Hunger and satiety in anorexia nervosa: fMRI during cognitive processing of food pictures*. Brain Res 2006;1114:138-48.
Stamatakis EA, Hetherington MM. *Neuroimaging in eating disorders*. Nutr Neurosci 2003;6:325-34.
Steinglass J. *Habit learning and anorexia nervosa: a cognitive neuroscience hypothesis*. Int J Eat Disord 2006;39:267-75.
Tamatakis EA, Hetherington MM. *Neuroimaging in eating disorders*. Nutr Neurosci 2003;6:325-34.

378. Neurobiological psychotherapy

G.M. Festa, C. Saraceni

Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Current psychotherapy approaches are almost always embedded in rigorous and empirically derived data on efficacy. A fundamental understanding about the mechanism of action of psychotherapy by an appreciation of bi-directional nature of the relationship between the mind and the body is emanating from modern procedure of neurosciences. Neuroimaging techniques, using fMRI and PET, measure brain function and metabolism in specific brain areas.
Only in the last 10 years studies measuring the effects of psychotherapy on brain function have been performed. The most neuroimaging studies in psychiatric disorders were used in relationship of pharmacological treatment effectiveness.
In the last years Kandel's innovative experiments have demonstrated that psychological processes of learning may lead to biological changes in brain structures and synaptic connections. The psychotherapy involves changes in learning processes and so in brain function.
Current studies on changes brain functions relating to psychotherapy are performed on several psychiatric disorders: phobia, anxiety, depression, obsessive-compulsive and borderline personality disorders. In order to do, functional neuroimaging techniques were used in psychiatric subjects to measure, before and after psychological treatment, regional brain activity and the results showed systematic changes of brain activation under the influence of psychotherapy.
It was found that some of the brain changes accompanying successful psychotherapy resembled those seen with pharmacotherapy for several psychiatric disorders.
These results are very important because showed plasticity of neural networks and the biological mechanisms modified by psychological treatments. Thus the traditional split between pharmacological treatments and psychological procedures has been rendered obsolete because both therapies lead to brain biological changes, and so may be right to call clinical psychological intervention as neurobiologial psychotherapy.

The biological study of psychotherapy has fundamental role for understanding the mechanism of disease pathogenesis in following the success of therapeutic interventions.
The must studies in this area have been performed with cognitive-behavioral psychotherapy showing that this treatment can lead to adaptative regional brain metabolic changes.
Further researches will be perform with different psychotherapeutic techniques to evaluating brain changes and its clinical effectiveness on mental disorders. In future systematically explorations with neuroimaging much clinical utility may be gained from the identifications of pretherapeutic brain marker predictors of treatment outcome, from track patients' progress and likelihood for relapse.

References

Bacr L. *Behavior therapy: endogenous serotonin therapy?* J Clin Psychiatry 1996;57(Suppl. 6):33-5.
Beutel ME. *Functional neuroimaging in psychotherapy research*. Bundesesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2006;49:749-58.
De Raedt R. *Does neuroscience hold promise for the further development of behavior therapy? The case of emotional change after exposure in anxiety and depression*. Scand J Psychol 2006;47:225-36.
Etkin A, Pittenger C, Polan HJ, Kandel ER. *Toward a neurobiology of psychotherapy: basic science and clinical applications*. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2005;35:1385-98.
Linden DE. *How psychotherapy changes the brain – the contribution of functional neuroimaging*. Mol Psychiatry 2006;11;528-38.
Mundo F. *Neurobiology of dynamic psychotherapy: an integration possible?* J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry 2006;34:679-91.
Paquette V, Levesque J, Mensour B, Leroux JM, Beaudoin G, Bourgouin P, Beauregard M. *"Change the mind and you change the brain": effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia*. Neuroimage 2003;18:401-9.
Roffman JL, Marci CD, Glick DM, Dougherty DD, Rauch SL. *Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy*. Psychol Med 2005;35:1385-98.
Rybakowski J. *Neurobiological aspects of psychotherapy theory and practice*. Psychiatr Pol 2002;36:5-15.
Gureje O. *The current status of psychotherapy*. West Afr J Med 2004;23:97-103.

379. Anxiety disorders and psychotherapy: neurobiological aspects

G. M. Festa, C. Saraceni

Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Anxiety disorders are among the most frequent disabling psychiatric conditions, with a cerebral correlates that is not clear.
This review examines recent attempts to measure brain function in patients with anxiety disorders and the effects of psychotherapy on regional brain metabolic activity. The source of data was a medline search of papers published in English from 2000 to 2006, with the following key words: anxiety disorders, neuroimaging, psychotherapy.

Advances in neuroimaging techniques have led to a greater understanding of neurocircuitry of these psychiatric disorders. Functional neuroimaging studies have been performed on several anxiety disorders: phobia, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder.
During childhood is probably that insecure attachment, behavioral inhibition, family criticism and/or traumatic event could play a significant role in the development of these disorders. These psychological factors interact with brain activities and can to bring on neural alterations. It was hypothesized that these psychological conditions could lead to dysregulate emotional and neurobiological processing. Neuroimaging studies have indicated some of neuro-substrates of anxiety disorders: frontal cortex, amygdala, hippocampal structure, anterior cingulated cortex and prefrontal cortex. Researches have proposed, in these psychiatric disorders, that deficient frontal cortical function might not be able to suppress attention/response to anxiety-inducing stimuli, and exaggerated amygdala responses might stimulate an abnormal fear responses, while deficient hippocampal function might induce an automatic reactivation of fear learning-memory. Moreover the anterior cingulated cortex, especially the dorsal and rostral components, is suggested to be the key neurobiological substrate for distress resolution in these disorders. The activation of the prefrontal cortex may reflect the use of metacognitive strategies aimed at self-regulating the fear triggered by a phobic stimuli.
The most neuroimaging studies on psychological treatment of anxiety disorders are been performed with cognitive-behavioral therapy (CBT), showing that this treatment can lead to modify the dysfunctional neural circuitry associated with these disorders. In specific were found the following brain activity changes accompanying successful CBT: activation decreased in the dorsolateral and medial prefrontal cortex, hippocampal gyrus, anterior cingulate, orbitofrontal cortex; posterior brain activity (parietal cortex and cerebellum) related to action-monitoring function increased. Moreover after successful treatment, a significant decrease was found in the right head of the caudate nucleus that tended to correlate with clinical improvement.
These data showed that psychotherapy has the potential capacity to modify the pathophysiological mechanisms that may be involved in the aetiology and maintenance of anxiety disorders.
Further studies in this area, with larger patients number, will be perform with a broader range of psychotherapies, as psycho-dinamic, interpersonal, etc., with the goal of improving clinical decision-making and treatment effectiveness on these disorders.

References

den Boer JA. *Social anxiety disorder/social phobia: epidemiology, diagnosis, neurobiology, and treatment*. Compr Psychiatry 2000;41:405-15.

Corrigan FM. *Psychotherapy as assisted homeostasis: activation of emotional processing mediated by the anterior cingulate cortex*. Med Hypotheses 2004;63:968-73.

Linden DE. *How psychotherapy changes the brain—the contribution of functional neuroimaging*. Mol Psychiatry 2006;11:528-38.

Nakao T, Nakagawa A, Yoshiura T, Nakatani E, Nabeyama M, Yoshizato C, Kudoh A, Tada K, Yoshioka K, Kawamoto M, Togao O, Kanba S. *Brain activation of patients with obsessive-compulsive disorder during neuropsychological and symptom provocation tasks before and after symptom improvement: a functional magnetic resonance imaging study*. Biol Psychiatry 2005;57:901-10.

Nakatani E, Nakgawa A, Ohara Y, Goto S, Uozumi N, Iwakiri M, Yamamoto Y, Motomura K, Iikura Y, Yamagami T. *Effects of behavior therapy on regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive disorder*. Psychiatry Res 2003;124:113-20.

Paquette V, Lévesque J, Mensour B, Leroux JM, Beaudoin G, Bourgouin P, Beauregard M. *"Change the mind and you change the brain": effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia*. Neuroimage 2003;18:401-9.

Rauch SL, Shin LM, Phelps EA. *Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research—past, present, and future*. Biol Psychiatry 2006;60:376-82.

Roffman JL, Marci CD, Glick DM, Dougherty DD, Rauch SL. *Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy*. Psychol Med 2005;35:1385-98.

Saxena S, Bota RG, Brody AL. *Brain-behavior relationships in obsessive-compulsive disorder*. Semin Clin Neuropsychiatry 2001;6:82-101.

Shin LM, Orr SP, Carson MA, Rauch SL, Macklin ML, Lasko NB, Peters PM, Metzger LJ, Dougherty DD, Cannistraro PA, Alpert NM, Fischman AJ, Pitman RK. *Regional cerebral blood flow in the amygdala and medial prefrontal cortex during traumatic imagery in male and female Vietnam veterans with PTSD*. Arch Gen Psychiatry 2004;61:168-76.

380. La Teoria dei Sistemi Complessi nell'organizzazione psicobiologica umana

G.M. Festa

Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Seguendo la teoria delle dinamiche non lineari dei sistemi complessi [1], che si basa su una serie di principi matematici che regolano il funzionamento di sistemi fisico-chimici ma allo stesso modo anche di quelli biologici, il funzionamento del "Sistema-Uomo" si può ritenere regolato in accordo a tali principi.
Tale teoria è retta da tre caratteristiche principali: autorganizzazione, non linearità, pattern emergenti e ricorrenti [2]. I sistemi sono governati dalla proprietà dell'autorganizzazione che tende verso una massimizzazione della complessità e che deriva dall'equilibrio fra continuità e flessibilità, generando a sua volta coesione, stabilità temporale e ordine. In base al principio di non linearità, minime variazioni possono determinare modificazioni notevoli ed imprevedibili che coinvolgono molte funzioni di uno o più sistemi. Le proprietà dell'emergenza e della ricorrenza fanno riferimento al flusso costante di stati che evolvono nel tempo e agli effetti di tali stati che influenzano ulteriormente la formazione degli stessi.
Secondo tale prospettiva, la "patologia" potrebbe intendersi come la mancata capacità di muovere verso la complessità e modificare le restrizioni del sistema e basarsi sulla probabilità matematicamente prevedibile delle attività delle componenti del sistema.
Il "Sistema-Uomo" (SU) può essere considerato dunque un sistema complesso e costituito da un insieme di sistemi. Il Sistema Nervoso Centrale (SNC) e Sistema-Mente (SM), il Sistema Nervoso Vegetativo (SNV), il Sistema Endocrino

(SE), il Sistema Immunitario (SI), il Sistema Ambiente (SA) e il Sistema Genetico (SG) si sviluppano, organizzano e influenzano reciprocamente, in quanto sono sistemi aperti e dinamici, ossia legati agli altri sistemi e costantemente soggetti a cambiamenti in funzione del variare di questi.
In base a quanto detto fin'ora, deriva la convinzione che attribuire l'esclusività a fattori di un solo sistema, nella genesi e mantenimento di diverse patologie o dello stato di salute è sicuramente un vizio, che cela le sempre presenti "proprietà interattive" che accompagnano tali stati e strutture.
Il mio discorso prova, invece, a sollecitare una epistemologia in cui qualsiasi quadro clinico è tendenzialmente determinato da perturbazioni di un sistema sempre sollecitante e sollecitato dagli altri sistemi. L'essere uomo è un sistema con circuiti a retroazione e qualsiasi sistema, da quello del Sistema-Mente (ad es. conflitti intrapsichici) a quello Immunitario (ad es. sensibilità agli allergeni) e così via per gli altri, se disregolato, per periodi prolungati di tempo e alti livelli d'intensità, può produrre cambiamenti funzionali e/o strutturali e generare la transizione dallo stato di salute a quello di malattia in uno o più sistemi [3]. Da ciò ne conseguono due assunti fondamentali: 1) non esistono terapie psicologiche che non agiscano su processi biologici sia del Sistema-Mente sia contemporaneamente sugli altri sistemi; 2) il trattamento terapeutico del Sistema-Uomo, a prescindere dal tipo di terapia adottata, deve indirizzarsi e tendere sincronicamente verso il ristabilimento di adeguate retroazioni regolatorie multiple e incrociate fra i sistemi che costituiscono l'essere umano; 3) in base al principio di non linearità, l'introduzione di un trattamento, anche se di breve durata o di "leggera intensità", può produrre grandi modificazioni all'interno dell'assetto del Sistema-uomo.

References

1. Prigogine I, Stengers I. *Order out of chaos*. New York: Bantam 1984.
2. Globus G, Arpaia JP. *Psychiatry and new dynamics*. Biological psychiatry 1993;35:352-64.
3. Weiner H. *The dynamics of the organism: implications of recent biological thought for psychosomatic theory and research*. Psychosomatic Medicine 1989;51:608-35.

381. Un modello interdisciplinare per la cura dei bisogni globali del paziente obeso

A. Filippo[*], E. Barrese[*], E. Becci[*], F. De Rose[*], F. Zottola[*], I.R. Talarico[**], N. Perrotta[**]

[*] Dipartimento di Salute Mentale, A.S. 4 CS; [**] Azienda Ospedaliera di Cosenza

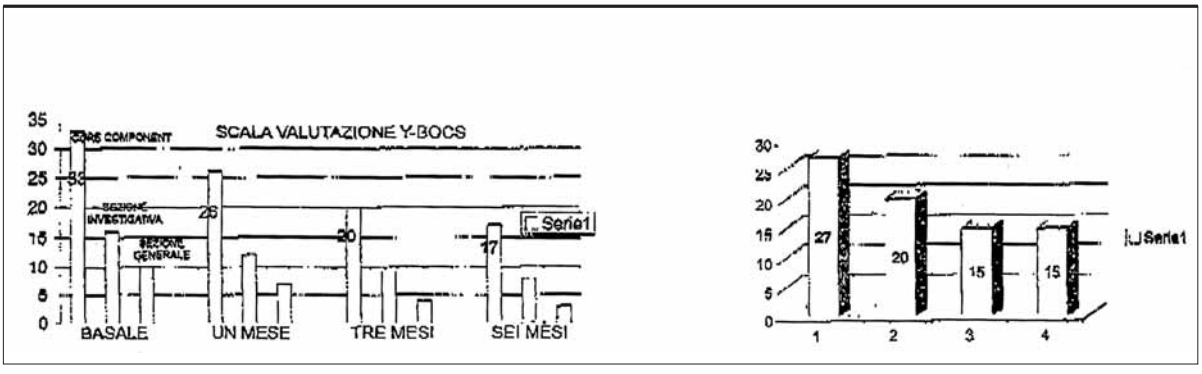
Introduzione: diversi studi evidenziano la presenza di tratti di personalità passivo-dipendente associati a bassi livelli di autostima nei pazienti affetti da obesità patologica con disfunzioni nella gestione dei fattori relazionali associati. Con le finalità di una presa in carico e trattamento integrato dei bisogni globali del paziente obeso, si è costituito a Cosenza un'équipe multidisciplinare formata da chirurgo generale con esperienza in chirurgia mini invasiva, endocrinologo, dietologo, psichiatra, psicologo.
Metodologia: il percorso diagnostico-terapeutico prevede diverse fasi: visita endocrinologica con esami ematochimici e strumentali e prima selezione dei pazienti e successive consultazioni del chirurgo, dietista, psichiatra e psicologo con somministrazione di questionari specifici. Nel corso di un anno, n 65 pazienti (35 F-30 M), eleggibili al trattamento concomitante sono stati seguiti attraverso il sostegno psicoterapeutico e il trattamento medico integrati.
Risultati: l'esperienza di lavoro dimostra una difficoltà dei soggetti obesi ad esprimere l'aggressività nella gestione dei rapporti interpersonali. In sostanza, si tratta di persone condizionate da un indeale dell'io che genera maladattività. Concomitano abbassamento dell'autostima e scarsa autonomia.
Discussione e conclusioni: considerare l'obesità patologica come un disturbo della persona nella sua globalità consente di lavorare secondo un'ottica di insieme favorendo una maggiore consapevolezza della malattia, migliore capacità di ascolto e migliore qualità relazionale alla vita del paziente.

382. Efficacia della lamotrigina nel DOC resistente

A. Filippo, A.F. Buchignani, D. d'Epiro, M. Falcone, G. Scoti, A. Strati

SPDC P.O. "Beato Angelo" Acri (CS)

Lo scopo dello studio realizzato in SPDC è stato quello di verificare l'efficacia della lamotrigina su pz con diagnosi di DOC resistente, già in terapia con SSRI. A tal proposito,



suffragati da studi che confermano la buona risposta di questo farmaco sulla sintomatologia di pazienti con DOC resistente, in virtù anche della sua attività di azione sul sistema serotoninergico, riportiamo i dati conseguiti.
Il campione dello studio è composto da 11 pz, 5 maschi e 6 femmine, di età compresa fra i 21 e 64 anni con assenza di patologie organiche rilevanti, tutti i pazienti presentavano comorbilità per un disturbo dell'umore, già in trattamento con SSRI. Il dosaggio medio è stato di 100 mg/die (la titolazione è avvenuta seguendo lo schema tradizionale ed il dosaggio riportato è stato raggiunto nell'arco di un mese e mezzo circa). L'efficacia è stata valutata attraverso la riduzione del punteggio con le seguenti scale: MADR-S, Y-BOCS, MOC-I in basale, a 1, 3 e 6 mesi. Tutti i pazienti, oltre alla lamotrigina assumevano su SSRI (sertralina 100 mg/die, paroxetina 40 mg/die).
Nel corso delle visite di controllo, oltre all'esame clinico è stata effettuata un'intervista specifica per valutare l'adesione del paziente ed eventuali eventi avversi. I risultati dello studio sembrano confermare la maggiore efficacia della lamotrigina rispetto alle terapie effettuate in precedenza in pazienti con diagnosi di DOC resistente. In 7 pazienti si è verificato un miglioramento della sintomatologia (vedi grafici scale di valutazione) mentre in altri 3 è stata mantenuta l'equivalenza dei punteggi globali. In un paziente, infine, è stata necessaria la sospensione per la comparsa di una reazione avversa cutanea benigna a tipo papuliforme insorta dopo pochi giorni dell'assunzione del farmaco, attenuatasi e poi scomparsa nell'arco di due giorni dalla sospensione.

Bibliografia

McDougle CJ, Gordman WK, Price LH. *The pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder*. Pharmacopsychiatry 1993;26(Suppl):24.
Jenike MA. *Augmentation strategies for treatmant-resistant obsessive compulsive disorder*. Harv Rev Psychiatr 1993;1:17-26.
Maxoutova E. *Lamotrigine: perspective of using in psychiatry*. Epilepsia 1997;38:66.
Kumar TCR. *Lamotrigine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in obsessive compulsive disorder*. Australian & New Zeland J Psychiatry 2000;3:527-8.

383. Cancro e depressione delirante: il trauma della perdita. Caso clinico

A. Filippo[*], F. De Rose[*], F. Zottola[*], E. Barrese[*], E. Becci[*], A. Ambrosio[*], A. Piattelli[**], S. Palazzo[**]

[*] *D.S.M., A.S. 4 Cosenza;* [**] *U.O.C. Oncologia Medica, A.O. Cosenza*

È noto da tempo che eventi traumatici e/o stressanti favoriscono l'insorgenza di sentimenti depressivi. Parimenti, è ipotizzata la trasformazione neoplastica delle cellule in coincidenza o a seguito di eventi altamente frustranti o dolorosi, a conferma che la malattia "cancro" è un disturbo globale della persona. Il trattamento integrato psiconcologico avendo come scopo la cura dei bisogni globali del paziente, contribuisce al ridimensionamento delle frustrazioni e all'attivazione delle parti vitali. Il percorso diagnostico-terapeutico di una donna di 63 aa in follow-up per mastectomia radicale sx da CA mammario, evidenzia l'insorgenza di depressione delirante (deliri di colpa e mistici) nonostante l'assenza totale di recidive della malattia. Sentimenti depressivi di minore entità sono emersi anni prima, dopo la perdita del coniuge. Il caso si segnala per la psicopatologia della paziente che reagisce alla malattia oncologica accentuando le spinte passive, regredendo psichicamente e difendendosi dall'angoscia di morte attraverso la sturtturazione di soluzioni "magiche" contenute nei deliri mistici. Nella presa in carico di soggetti privi di risorse culturali consistenti (la paziente è analfabeta) è utile conoscere i meccanismi di difesa dell'io più arcaici. La strategia terapeutica si giova, infatti, di psicoterapia supportiva associata, in questo caso, a terapia farmacologia con AP (risperidone) e SNRI (venlafaxina) avendo come obiettivo la cura dei sintomi nel rispetto della persona.

384. L'approccio psiconcologico integrato come intervento elettivo nella depressione dolore e difficoltà relazionali del paziente oncologico: l'esperienza di Cosenza

A. Filippo[**], A. Piattelli[*], F. De Rose[**], C.M. Mastroianni[*], F. Zottola[**], A. Strati[**], A. Ambrosio[**], S. Palazzo[*]

[*] *U.O.C. Oncologia Medica Azienda Ospedaliera Cosenza;* [**] *Dipartimento di Salute Mentale, A.S. 4 Cosenza*

Diverse ricerche hanno dimostrato come la sintomatologia depressiva (SD) può aggravare patologie organiche, acuire sintomatologie algiche e compromettere le relazioni significative del paziente oncologico con conseguente dilatazione dei tempi di cura.
31 paz neoplastici F 24/M 7 (range 24-77) M età 50,5 (diagnosi/stadio malattia eterogenei), affetti da SD (con livelli sopra la media min 88% - max 100%), sono stati seguiti attraverso l'intervento psiconcologico integrato. Il percorso diagnostico-terapeutico prevedeva: assessment psiconcologico individuale e sistemico e programmazione di interventi psiconcologici a doppio binario: psicoterapia supportiva e trattamento farmacologico.
A distanza di sei mesi, l'assessment e l'EO evidenziano una significativa riduzione della SD e un miglioramento della vita relazionale dei pazienti.
La psicoterapia supportiva veniva espletata a cadenza settimanale concomitante al trattamento psicofarmacologico avvalsosi soprattutto dall'utilizzo di antidepressivi SNRI come la venlafaxina (a dosaggi fino a 150 mg/die) ben tollerata e dotata di azione antalgica.
La complessità della patologia oncologica richiama strategie terapeutiche complesse: la psicofarmacoterapia, con antidepressivi dual action combinata con interventi di supporto psicosociali individuale e sistemici, migliorano insieme qualità di vita e benessere nel paziente oncologico in un'ottica pluralistica/multidisciplinare.

385. L'azione adiuvantibus dell'escitalopram nella depressione psicotica di una donna affetta da linfedema

A. Filippo, A. Strati
SPDC P.O. Acri (CS)

Introduzione: l'obiettivo dello studio è stato quello di verificare l'azione antidepressiva dell'escitalopram somministrato ad una paziente con depressione psicotica in comirbidità a linfedema con posologia 10-20 mg/die.
Materiali e metodi: caso clinico di una donna di 57 anni, coniugata, al primo ricovero presso il nostro SPDC, con un quadro d'ingresso di inibizione psicomotoria, povertà espressiva e rallentamento ideico. I temi concettuali erano rappresentati da contenuti deliranti olotinici con temi di colpa e autoaccusa. Una patologia di base con edemi distrettuali significativi di stasi linfatica (linfedema) costituiva un correlato organico aggiuntivo. Lo schema terapeutico iniziale era costituito da benzodiazepine (delorazepam 30 gtt in due somministrazioni giornaliere, olanzapina 10 mg serali ed escitalopram 10 mg/die. Nei giorni successivi si riducevano progressivamente le benzodiazepine fino alla sospensione e si aumentava l'escitalopram a 20 mg/die riducendo dopo un mese a 5 mg l'olanzapina. MADRS ed HAMILTON le scale di valutazione psicodiagnostiche somministrate in base-line, a due mesi ed a sei mesi.
Conclusioni: l'iniziale difficoltà di accesso al disagio psichico con un quadro di chiusura e resistenza era dopo un mese sostituito da una franca e palese apertura relazionale, da un recupero delle caratteristiche personologiche, da un maggiore contatto di realtà, da una buona adesione al trattamento e da una ritrovata proggettualità.

Bibliografia

Montgomery SA, Loft H, Sanchez C, et al. *Escitalopram (S. enantiomer of citalopram): clinical efficacy and onset of action predicted from a rat model*. Pharmacol Toxicol 2001;88:286.
OlverJS, Burrows GD, Norman TR. *Third- generation antidepressants: do they offer advantages over the SSRIs CNS*. Drugs 2001;15:941-54.

386. Day Hospital Psichiatrico: dalla cronicità all'acuzie

G. Fiore [1 3], A.M. Pagano [1], M.A. Iandolo [3], M. Petrosino [1], A. Siciliano [1], B. Speranza [2], A. Tridente [3], A. Iannone [1]
[1] U.O. di Salute Mentale "F", DSM ASL SA2; [2] U.O. di Salute Mentale, DSM 52 ASL NA1; [3] Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Scienze del Comportamento, Università di Napoli "Federico II"

Il frequente ricorso all'assistenza ospedaliera in ambito psichiatrico e gli alti costi di gestione hanno suggerito la possibilità che programmi di trattamento in DH funzionino da alternativa al ricovero per acuti.
L'Unità Operativa di Salute Mentale "F" (U.O.S.M. "F") della ASL SA2 dispone di un Day-Hospital (DH) sito all'interno del presidio ospedaliero "Ospedale Amico" di Mercato San Severino (SA), dotato di 5 posti letto con presenza infermieristica 24 h/24 h e medica nelle ore diurne con pronta disponibilità notturna e festiva.
Utilizzando i database della UOSM "F" relativi alle attività espletate dal 1999 al 2005 e l'anagrafe informatizzata dei pazienti afferenti al CSM,sono state create delle banche dati e sono state analizzate le due macrocategorie "disturbi dell'umore" e "psicosi non affettive" in rapporto con l'afflusso in DH; sono stati infine confrontati i valori relativi ad i dati di attività del 2005 con quelli medi del periodo 1999-2004.
L'analisi dei dati del 2005 relativi ai pazienti psicotici evidenzia un incremento delle giornate di degenza in Day Hospital e in Night Hospital ed una contestuale riduzione di interventi urgenti e di ricoveri ospedalieri. Nel gruppo dei pazienti affetti da disturbi dell'umore è stato riscontrato un decremento di DH e NH nel 2005 rispetto alla media dei 6 anni precedenti.
Il nostro lavoro suggerisce che il DH rappresenti un valido strumento nella gestione dell'acuzie e che il suo utilizzo possa determinare una drastica riduzione sia dei ricoveri ospedalieri che degli interventi in urgenza che non richiedano l'ospedalizzazione.

387. Antidepressivi e antipsicotici: vecchie e nuove generazioni a confronto

G. Fiore[* **], S. Magara[**], A. Mirabella[**], A.M. Pagano[*], M. Petrosino[*], C. Sarappa[**], A. Siciliano[*], A. Iannone[*]
[*] U.O. di Salute Mentale "F", DSM ASL SA2; [**] Dipartimento di Neuroscienze e Comportamento, Area Funzionale di Psichiatria, Università di Napoli "Federico II"

Introduzione: il bacino di utenza del territorio del Distretto Sanitario "F" della ASL SA2 comprende 67.350 abitanti. La farmacia centrale del territorio utilizza un database di raccolta delle prescrizioni farmacologiche effettuate da medici di base o specialisti.
Metodologia: abbiamo estrapolato dal database della farmacia centrale del Distretto "F" della ASL SA2 le prescrizioni di antidepressivi, antipsicotici e litio rilasciate nell'anno 2005, considerando la prima prescrizione di ogni farmaco ed interfacciandola con i dati identificativi dei pazienti, al fine di ottenere informazioni circa la tipologia di farmaco utilizzato.
Risultati: nel Distretto "F" della ASL SA2 sono state emesse 4758 prescrizioni dei farmaci considerati, di cui 3849 di ADP (81%), 429 di APS tipici (9%), 379 di APS atipici (8%), 101 di litio (2%). La classe degli SSRI costituisce il 65% degli ADP prescritti, seguita dai TCA (13%), dalla venlafaxina (10%), trazodone (6%), mirtazapina (5%), altri ADP (1%). Gli SSRI paroxetina (701), escitalopram (619), citalopram (466), sertralina (403) sono gli ADP più frequentemente prescritti, seguiti da venlafaxina (392), amitriptilina (267), trazodone (230), mirtazapina (193), fluoxetina (142), fluvoxamina (133). Nell'ambito degli APS, 143 prescrizioni includono aloperidolo, 113 clotiapina, 102 olanzapina, 99 risperidone, 83 quetiapina, 46 clozapina.
Conclusioni: i dati da noi analizzati confermano come i più recenti antidepressivi (SSRI, NASSA, SNRI) siano preferiti ai triciclici, categoria all'interno della quale la sola amitriptilina viene utilizzata frequentemente. Le percentuali di prescrizione degli antipsicoti tipici e atipici (54% vs. 46%) si pongono in netto contrasto con il trend osservato per gli ADP in quanto gli APS di prima generazione risultano ancora maggiormente utilizzati rispetto a quelli di più recente introduzione.

388. Trattamento di una caso di anoressia nervosa con olanzapina

A.L. Fiorellini, G. Gigli, P. Schiavone

Unità per la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare, Casa di Cura "Parco dei Tigli", Villa di Teolo (PD)

Negli ultimi anni ci si è interrogati sull'efficacia dei neurolettici atipici nel trattamento dell'Anoressia Nervosa, per quanto riguarda il recupero e il mantenimento del peso nelle pazienti che presentano marcata ruminazione anoressica e decorso cronico di malattia. In discussione è la possibilità dei neurolettici atipici di alleviare i sintomi come la grave preoccupazione per il cibo, la distorsione dell'immagine corporea, la qualità ossessivo compulsava e ritualistica del comportamento alimentare, la rigidità del pensiero e la perdita dell'esame di realtà.
L'olanzapina, in particolare, è stata oggetto di numerosi studi, soprattutto casi clinici e trial non controllati e recentemente anche un trial controllato e randomizzato (Mondray et al., 2005) ne ha evidenziato il ruolo terapeutico nel ridurre l'intensità della sintomatologia anoressica.
In questa presentazione verrà descritto il caso di una ragazza di 17 anni con diagnosi di Anoressia di tipo restrittivo, giunta in ricovero dopo un trattamento ambulatoriale della durata di 2 anni, che presentava un pensiero anoressico in forma di ruminazione ossessiva e una grave resistenza nei confronti del cambiamento. Verrà esposta la storia clinica della paziente, il programma di cura a cui è stata sottoposta durante la degenza, e le tappe fondamentali che hanno segnato l'andamento del quadro sintomatologico con un follow-up di 4 mesi dalla dimissione; la valutazione psicometria, ripetuta ogni 15 giorni, si è avvalsa di una batteria testistica comprendente SCL-90, EDI, BAT e BDI.
Dall'osservazione clinica e dai punteggi riportati alla batteria testistica, si è potuto constatare un'azione terapeutica su diverse aree psicopatologiche con una netta diminuzione dell'angoscia nei confronti dell'assunzione di cibo e dell'aumento di peso. La riduzione della sintomatologia anoressica e il generale miglioramento raggiunto attraverso la somministrazione di olanzapina suggeriscono che i nuovi neurolettici atipici possono risultare importanti strumenti terapeutici nelle pazienti con Anoressia Nervosa che non rispondono alle terapie convenzionali e che tendono alla cronicizzazione.

389. Efficacia antidepressiva della duloxetina in monoterapia in un campione di pazienti affetti da Disturbo Depressivo Maggiore

C. Fizzotti, A. Berti, I. D'Orta, G. Fornaro, E. Zanelli

Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica, Sezione Psichiatria, Università di Genova

La duloxetina, antidepressivo di recente introduzione nella farmacopea e sul mercato, appartiene alla classe degli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina e della Noradrenalina. Gli Autori presentano uno studio effettuato su un campione di pazienti affetti da Disturbo Depressivo Maggiore al fine di saggiare l'efficacia della duloxetina in monoterapia. Sono stati valutati 15 pazienti, 9 donne e 6 uomini, di età compresa tra i 18 e i 70 anni, afferiti agli Ambulatori e ai reparti di degenza della Clinica Psichiatrica dell'A.O. San Martino di Genova. La duloxetina è stata titolata fino a un massimo di 120 mg/die. È stato quindi indagato l'andamento della sintomatologia depressiva al momento dell'ingresso nello studio e, in seguito, dopo 15 giorni, 1 mese, 2 mesi, 4 mesi. Per meglio facilitare la valutazione, sono state utilizzate due scale: la HAM-D per i sintomi depressivi e la GAS per il funzionamento globale. In questa sede, verranno presentati i risultati di tale studio e commentati in riferimento ai dati della letteratura internazionale.

390. Trattamento dello stalking con risperidone a rilascio prolungato: due case reports

C. Fizzotti, W. Natta, A. Berti

Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica, Sezione Psichiatria, Università di Genova

Lo stalking ("Sindrome delle Molestie Assillanti" nella traduzione in italiano) può essere considerata una patologia emergente, anche per la sempre maggiore attenzione che viene dedicata al fenomeno dai mezzi di informazione e dagli organi di legislazione. Secondo le definizioni internazionali, esso consiste in una serie di atti e/o comunicazioni ripetute nel tempo, per la durata di almeno un mese, che sono indesiderate dalla vittima e che generano in essa paura. Come si può immaginare, dietro lo stalker (il molestatore), possiamo identificare una vasta gamma di quadri psicopatologici, che vanno dal Disturbo Ossessivo-Compulsivo al Disturbo del Controllo degli Impulsi, dal Disturbo Delirante a quadri di Parafilia o Disturbi di Personalità Dipendente o di altra natura. Nel seguente lavoro, vengono presentati due quadri clinici distinti, ma accomunati dalla presenza di contenuti di pensiero deliranti, compromissione della funzionalità sociale, nonostante l'età relativamente giovane, lunga durata del comportamento di molestie. In entrambi i casi, inoltre, gli aspetti deliranti e i comportamenti talora aggressivi, hanno condotto alla scelta di una terapia a base di un antipsicotico atipico in formulazione long acting per garantire una maggiore compliance farmacologica.

391. Studio volumetrico in RM dei ventricoli laterali nel Morbo di Cushing: validazione e risultati preliminari

H. Follador[*], F. Nifosì[*], T. Toffanin[*], F. Zonta[*], M. Tessari[**], V. Gallo[**], P. Amistà[**], M. Scanarini[***], G. Perini[*]

[*] *Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova;* [**] *U.O. di Neuroradiologia,* [***] *U.O. di Neurochirurgia, A.O. Padova*

Introduzione: anomalie dei ventricoli laterali (VL) sono state riscontrate in diversi disturbi psichiatrici [1]. È stato ipotizzato che una dilatazione degli spazi liquorali rappresenti l'effetto più macroscopico di un danno neurotossico generalizzato sul SNC. Evidenze consolidate attestano che

il processo che conduce al danno neuronale sia prevalentemente rappresentato da una iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene [2]. I pazienti affetti da Morbo di Cushing (MC) rappresentano un ottimo modello per investigare l'associazione tra l'ipercortisolemia, lo stress e le strutture cerebrali [3].
Questo lavoro si articola in due fasi: 1- validazione della metodologia attraverso il calcolo dell'interrater e intrarater reliability. 2- calcolo dei volumi ventricolari confrontati tra i due gruppi e contestuale calcolo del volume cerebrale totale (VCT).
Metodi: dieci pazienti di sesso femminile affette da MC e dieci controlli sono stati studiati mediante MRI.
Risultati: intrarater e interrater reliability sono state calcolate sui dati dei volumi delimitati e misurati da due operatori (F.H. e Z.F.). Coefficienti ottenuti: 0,99 intrarater e 0,97 interrater per i VL, 0,98 intra e 0,98 inter per il VCT.
I risultati sul confronto tra i volumi verranno esposti durante la presentazione.
Conclusioni: il software utilizzato si è dimostrato estremamente affidabile vista la elevata replicabilità delle misurazioni. Inoltre l'utilizzo di tale tecnica può essere allargato alla misurazione di altre strutture al fine di ricercare quali regioni del cervello si dimostrino più sensibili al danno neurotossico.

Bibliografia

1. Salokangas et al. Br J Psych 2002;43:58-65.
2. McEwen. N Engl J Med 1998;338:171-79.
3. Starkman et al. Biol Psych 1999;46:1595-602.

392. La ricerca in SPDC: una sfida possibile

M. Fontana[1], M.G. Bevacqua[2], M. Ventriglia[2], M. Ribolsi[3], R. Squitti[2], S. Cesaretti[2], P.L. Zuppi[1], D. Cabezas[1], P.M Rossini[1-3]

[1] Dipartimento Neuroscienze, SPDC; [2] Lab. Neurobiol., AfaR, Ospedale Fatebenefratelli, Roma; [3] Neurologia Clinica, Università Campus Biomedico di Roma

La ricerca in un dipartimento di emergenza pone problematiche complesse in particolare quando l'urgenza coinvolge la popolazione affetta da disturbi psichici. Ai problemi legati alla particolare tipologia del paziente si aggiungono, infatti, i limiti derivanti dalla eterogeneità della popolazione, dalla durata del ricovero, dalla difficoltà di effettuare un wash-out farmacologico ed un follow-up valido e significativo. Nonostante queste limitazioni, negli ultimi anni ci siamo proposti di utilizzare gli strumenti clinici, quotidianamente a nostra disposizione, per descrivere la tipologia del paziente ricoverato in SPDC. Uno dei problemi maggiormente evidenti in psichiatria è l'accuratezza e la validità della diagnosi clinica. La messa a punto di test molecolari che aiutino nella formulazione della diagnosi sarebbe di evidente importanza nel trattamento di queste malattie fortemente invalidanti. A tal fine siamo impegnati in diversi progetti, in collaborazione con il Laboratorio di Neurobiologia, che hanno come comune obiettivo l'approfondimento dei meccanismi eziopatologici delle malattie mentali quali: schizofrenia, disturbi dell'umore e depressione, al fine di individuare dei parametri biochimici o genetici che aiutino nella formulazione di una diagnosi accurata e nella scelta del trattamento terapeutico adeguato. Un altro limite da considerare è l'aspetto bioetico della ricerca clinica che, nel caso di una struttura SPDC, si presenta alquanto complesso.

393. Quetiapina e disturbo borderline di personalità: efficacia e sicurezza della titolazione rapida

M. Fontana[*], M. Ribolsi[**], M. Zannoni[*], D. Caira[*], T. Mattioni[*], P.L. Zuppi[*]

[*] SPDC, Dipartimento di Neuroscienze, [**] AFaR, Dipartimento di Neuroscienze, Ospedale Fatebenefratelli

Introduzione: la quetiapina è un antipsicotico atipico; recentemente ne è stato proposto l'impiego in patologie diverse dalla schizofrenia, come nel disturbo borderline di personalità (DBP). La necessità di trattamento farmacologico nel DBP si ha nelle fasi di scompenso, durante le quali i pazienti possono presentare episodi dissociativi o disturbi del comportamento. Scopo del lavoro è la dimostrazione dell'efficacia e sicurezza della titolazione rapida della quetiapina nel DBP in episodio psicotico breve.
Materiali e metodi: sono stati reclutati otto pazienti, di età compresa tra i 27 e i 31 anni, con diagnosi di DBP secondo i criteri del DSM-IV R. È stata fatta una valutazione mediante BPRS all'ingresso e dopo 2, 4 e 12 settimane. Abbiamo iniziato la titolazione rapida della quetiapina secondo la tecnica dello stop and start, ovvero tramite brusca sospensione della precedente terapia e rapida titolazione secondo il seguente schema posologico: I giorno 200 mg/die; II giorno 400 mg/die; III giorno 600 mg/die.
Risultati: tutti i pazienti hanno presentato un miglioramento della sintomatologia e una riduzione dei punteggi alla BPRS già alla II settimana. Tale dato si confermava nei controlli successivi. Non sono stati osservati significativi effetti collaterali.
Conclusioni: le caratteristiche della quetiapina ne fanno un farmaco assai promettente nel trattamento in acuto nel paziente borderline. Le ridotte dimensioni del campione e i limiti metodologici dello studio rendono i nostri dati preliminari, rendendo necessari ulteriori studi su un maggiore numero di pazienti.

394. Anche nella clinica di tutti i giorni le domande di difficile risposta: riflessioni a margine di un caso clinico

G. Fornaro, E. Zanelli, E. Rasore

Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica, Sezione di Psichiatria, Università di Genova

Gli Autori presentano nel contributo il caso clinico di un giovane anagraficamente adulto (ha 22 anni) ma che, per certi aspetti, può anche collocarsi nel contesto adolescenziale, ricoverato presso la Clinica Psichiatrica dell'A.O. San Martino. Il quadro clinico, certamente complesso, sembra avere le sue origini in una storia di gravissimi e precocissimi lutti in età infantile, cui sono seguite anomalie compor-

tamentali la cui lettura psicopatologica è di significato psicotico. La ricostruzione della storia e delle vicissitudini del paziente permette alcune riflessioni sulle correlazioni esistenti in questo senso tra disturbo clinicamente rilevato e suo significato affettivo in una situazione esistenziale indubbiamente particolare per l'imponenza e la quantità di life events presenti. Verranno presentati per la discussione del caso, oltre i risultati di un'osservazione clinica orientata nell'ottica di una psichiatria clinica integrata, valutazioni psicometriche d'intelligenza e di personalità.

395. Psicopatia e funzioni cognitive

F. Franconi[**], T. La Ferla[**], P. Cotichelli[**], B. Santucci[**], M. Piccirilli[*], P. Moretti[*]

[*] *Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica,* [**] *Scuola specializzazione in Psichiatria, Università degli Perugia*

Introduzione: la psicopatia è un disturbo caratterizzato da: superficialità, grandiosità, impulsività, irresponsabilità, mancanza di rimorso, di empatia e di obiettivi, tendenza al comportamento antisociale nell'adolescenza e nell'età adulta, tendenza alla menzogna patologica ed alla manipolazione.
Materiali e metodi: ricerca su medline dei termini: psychopathy, frontal lobe, con i limiti: Review.
Risultati: la causa primaria del disturbo sarebbe genetica piuttosto che sociale, il nucleo fondamentale del disturbo è la disfunzione emozionale. A livello molecolare tale contributo è sconosciuto, ma determinerebbe l'alterazione di strutture quali amigdala e Corteccia Orbitale Frontale (COF). A livello cognitivo, ciò si tradurrebbe in due tipi di deficit. Il primo tipo riguarda l'incapacità a formare associazioni stimolo-rinforzo, legati alla peculiare mancanza di paura ed empatia. Si ipotizza che ciò riduca l'abilità di socializzazione del bambino ed aumenti il rischio che questo adotti un comportamento antisociale al fine di ottenere ciò che vuole. La disfunzione nella capacità di modificare l'associazioni stimolo-risposta in rapporto ai cambiamenti contingenti è un fattore di rischio per la frustrazione e conseguente aggressività reattiva.
Le alterazioni della COF sono secondarie alla disfunzione dell'amigdala. La riduzione di input afferenti verso la COF potrebbe, nel tempo, determinare una minore responsività della stessa e ridurre la probabilità di evitamento del rischio.

Bibliografia

Blair RJR. *The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behaviour.* Brain and Cognition 2004;55:198-208.
Blair RJR, Peschardt KS, et al. *The development of psychopathy.* Journal of Child Psychology and Psychiatry 2006;47:262-76.

396. Studio di riabilitazione applicata. Dai posti letto ai posti di lavoro

F. Franza, A. Battista, G. Dinelli, S. Parpajola, R. Vinciarelli, C. Viti, U. Dinelli

CdC "Park Villa Napoleon", Preganziol (TV); CdC "Villa dei Pini" Avellino

Il recente utilizzo, attento e mirato dei nuovi "antipsicotici atipici" in protocolli terapeutici integrati a disposizione per il trattamento della schizofrenia ha consentito di controllare altrimenti l'inevitabile processo di cronicizzazione, la sequenza delle recidive, la dispersione o la scomparsa dell'utenza, gli eventi anticonservativi che costituiscono tuttora i transiti più difficili e non ancora superati dell'agire psichiatrico. Negli ultimi anni, inoltre, si è prestata sempre maggiore attenzione ai fattori economici nella sanità, ai costi delle cure e dell'assistenza psichiatrica, mentre minore, se non addirittura assente è stato l'interesse per lo studio del reddito e più in generale della capacità economica dei pazienti e in particolare di quelli schizofrenici.
Metodo e risultati: nel nostro studio abbiamo valutato alcuni pazienti schizofrenici (23 pz: 19 m, 4 f) inseriti in progetto riabilitativo che comprendeva la somministrazione di antipsicotici atipici (prevalentemente clozapina, ma anche risperidone e quetiapina) e la introduzione in un percorso di formazione-lavoro protetto finalizzato ad una concreta reintegrazione sociale e lavorativa, con la collaborazione del S.I.L. di Mestre. I risultati, sorprendenti, hanno evidenziato come il lavoro, con gli orari, gli adempimenti, le relazioni, la remunerazione, muova e organizzi un sistema che diventa terapeutico e fornisce al miglioramento clinico caratteristiche di stabilità e durata.
Conclusioni: le evidenze raccolte dimostrano che il trattamento avanzato degli aspetti bio-psico-sociali della schizofrenia permette di conseguire risultati e retribuzioni di qualità che consentono al paziente l'inserimento sociale.

397. Depressione ed ansia: un connubio sempre più inscindibile. Esperienze terapeutiche con Duloxetina

L. Fusco

UOSM Teano, ASL 1 CE

Gli studi dei vari Autori e la pratica clinica attuale riconoscono ormai che la comorbidità fra disturbi depressivi e disturbi ansiosi è la regola invece che un'associazione casuale, tanto da riconoscere una Dimensione Ansia-Depressione. Con tale premessa si è voluto svolgere uno studio in aperto di otto mesi su sei pazienti, tre con diagnosi iniziale di Depressione Maggiore con ansia, tre con diagnosi iniziale di Ansia Generalizzata accompagnata da umore depresso, impiegando nel trattamento la duloxetina, antidepressivo SNRI con ottima efficacia sulle sindromi ansiose. La valutazione della sintomatologia nel tempo è stata eseguita con la scala HAM-D a 17 items valutando nel contempo quella ansiosa mediante la fattorializzazzione della stessa scala secondo Cleary e Gay per ansia e somatizzazione su 6 items. I risultati ottenuti con i punteggi della RS ma soprattutto con l'esame clinico, hanno mostrato una buona remissione della

sintomatologia in tutti i sei pazienti a prescindere dalla diagnosi iniziale e, quindi,dalla prevalenza dell'uno o dell'altro quadro sindromico mostrando l'azione a largo spettro della duloxetina e confermando l'assunto iniziale della frequente presentazione associata nei pazienti dei due disturbi.

398. Trapianto d'organo da vivente: ipotesi psicodinamiche e considerazioni cliniche

F. Gabrielli, M. Dellepiane, F. Tombesi, I. Fontana*

*Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica, Sezione Psichiatria, Università di Genova; * U.O. di Chirurgia Generale e dei Trapianti, Azienda Ospedaliera Universitaria S. Martino, Genova*

Introduzione: gli Autori si propongono di analizzare un campione di soggetti sottoposti a trapianto di rene da vivente, con attenzione alle dinamiche correlate all'atto della donazione stessa, e a possibili strategie per migliorare la qualità di vita, anche sul piano psichico, di donatore e ricevente.
Metodo: il campione, relativo a 90 casi di trapianto di rene da vivente, dal luglio 1987 al dicembre 2004, presso l'U. O. di Chirurgia Generale e dei Trapianti dell'A. O. Universitaria San Martino di Genova, consta di 180 soggetti, 90 donatori e 90 riceventi.
Il gruppo dei riceventi, 67 maschi e 23 femmine, ha età compresa tra 5 e 66 aa. (età media 30,4 aa.); il gruppo dei donatori, 24 maschi e 66 femmine, ha un'età compresa tra 20 e 68 aa (età media 48,3 aa.).
Risultati: il gruppo dei donatori è composto da soggetti più anziani (età media 48,3 contro 30,4); inoltre include più soggetti di sesso femminile, 73,3 %, rispetto al gruppo ricevente, 25,5% (Fig. 1).
Le madri costituiscono il 46,6% dei donatori, i padri sono il 16,6% e le sorelle il 13,3%.
Altro gruppo consistente tra i donatori è rappresentato dalle mogli, l'11,1%, mentre la percentuale di fratelli, mariti, zii e zie è rispettivamente il 6,6, 2,2, 1,1, 1% (Fig. 2).
Conclusioni: la donazione da vivente presenta aspetti psicodinamici e relazionali particolari che rendono necessario valutare le motivazioni alla donazione e l'iter che conduce all'identificazione del candidato alla donazione, precedenti psicopatologici, caratteristiche di personalità, eventuali complicanze fisiche e psicopatologiche, effetto di farmaci concomitanti, conflitti preesistenti ed emergenti, ed utili sembrano una valutazione psichiatrica sistematica e follow-up delle condizioni psichiche di donatore e ricevente.

Fig. 1.

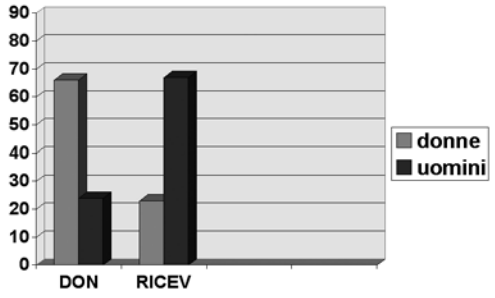
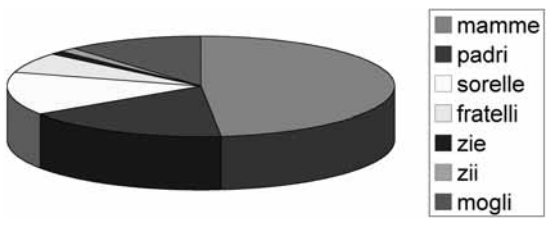


Fig. 2.



Bibliografia

Watanabe T, Hiraga S. *Influence on family psychodynamics on spousal kidney transplantation.* Transplantation Proceedings 2002;34:1145-7.

Fukunishi I, Sugawara Y, Takayama T, Makuuchi M, Kawarasaki H, Kita Y, Aikawa A, Hasegawa A. *Psychiatrics problems in living-related transplantation (II): the association between Paradoxical Psychiatric Sindrome and guilt feelings in adult recipients after living donor liver transplantation.* Transplantatiom Proceedings 2002;34:2632-3.

399. Influenza dell'uso di stimoli condizionati "prepared" sul processo di condizionamento classico

E. Galimberti, S. Biffi, U. Catenazzi, L. Bellodi, G. Perna

Centro per i Disturbi d'Ansia, Università Vita-Salute, San Raffaele Turro, Milano

La Teoria della Preparedness suggerisce che alcuni stimoli con particolare valenza emotiva, definiti "prepared", seguano leggi di apprendimento differenti rispetto a stimoli neutri. Per verificare questa ipotesi è stato somministrato a 32 soggetti sani un protocollo di condizionamento pavloviano discriminativo aversivo che utilizza la conduttanza cutanea come variabile dipendente. Il protocollo prevede l'associazione tra uno stimolo visivo (SC) e uno stimolo acustico aversivo (suono puro a 100dB, 250 Hz), utilizzato come stimolo incondizionato (SI). Il test prevede tre fasi: abituazione, acquisizione ed estinzione. Esso prevede due condizioni sperimentali: nella prima lo SI viene associato ad uno SC "prepared" (espressioni facciali di rabbia), nella seconda lo SI viene associato ad uno SC neutro. Le analisi indicano sia nella fase di acquisizione ($Z = 2,75$, $p < 0,04$), sia in quella di estinzione ($Z = 2,75$, $p < 0,005$) una magnitudo media della SCR significativamente maggiore in risposta a SC "prepared" rispetto a SC neutri. I risultati ottenuti indicano una maggiore forza di condizionamento e una maggiore resistenza all'estinzione nella condizione sperimentale che usa SC "prepared". Si può concludere quindi che, in un paradigma di condizionamento aversivo applicabile in diverse aree cliniche, in particolare quella dei Disturbi D'Ansia, la scelta degli stimoli condizionati sembra influire sull'andamento del processo di apprendimento condizionato.

400. Processi di condizionamento classico e acquisizione subliminale: studio pilota

E. Galimberti, R. Menotti, S. Ozino, L. Bellodi, G. Perna

Centro per i Disturbi d'Ansia, Università Vita-Salute, San Raffaele Turro, Milano

Nonostante numerosi studi condotti, non è ancora chiaro quale sia il ruolo della consapevolezza nel processo di apprendimento condizionato. L'obbiettivo è valutare se un soggetto possa apprendere una risposta autonomica condizionata quando non è consapevole della relazione fra stimolo condizionato (SC) e incondizionato (SI), poiché l'acquisizione del condizionamento avviene in maniera subliminale. A questo scopo è stato somministrato a 19 soggetti sani un protocollo di condizionamento discriminativo aversivo subliminale che utilizza una "procedura di mascheramento" dello SC. La conduttanza cutanea e la frequenza cardiaca vengono utilizzate come variabili dipendenti. I risultati indicano che i livelli di attivazione vegetativa (SCR e HR) alla comparsa dei CS+ soprasoglia non sono significativamente maggiori rispetto alla presentazione dei CS- soprasoglia ($Z = ,46$; $p < ,64$). Questo suggerisce che una procedura di acquisizione subliminale possa interferire nello sviluppo di un condizionamento aversivo. Un'ipotesi è che esista una relazione causale fra consapevolezza dell'associazione SC-SI e la comparsa della risposta condizionata. Una seconda ipotesi è che affinché si instauri un'acquisizione subliminale lo stimolo, inizialmente neutro, debba possedere una valenza emotiva. Per verificare questa ipotesi, sarebbe necessaria una procedura sperimentale in cui lo stimolo neutro venga sostituito con uno fear-relevant e verificare eventuali differenze nell'apprendimento condizionato.

401. L'influenza dell'uso di stimoli condizionati Fear-relevant e stimoli condizionati Fear-irrelevant sui processi di condizionamento

E. Galimberti, E. Favaron, S. Biffi, L. Bellodi, G. Perna

Centro Disturbi d'Ansia, Università Vita-Salute, Ospedale S. Raffaele, Milano

Allo scopo di valutare la teoria della Preparedness (secondo cui alcune associazioni di stimoli condizionati (CS) e stimoli incondizionati (SI) seguono regole di apprendimento differenti rispetto ad altre) sono stati reclutati 32 volontari sani e sono stati sottoposti a un paradigma di condizionamento discriminativo classico avversivo che usa come variabile dipendente la conduttanza cutanea (SCR). L'esperimento prevede due condizioni sperimentali: nella prima (15 CTR, età media 31,5 ± 9,10) lo stimolo incondizionato viene associato ad un CS+ fear-relevant (espressioni facciali di rabbia) e nella seconda (17 CTR, età media 28,7 ± 11,3) viene associato ad uno stimolo fear-irrelevant (colore blu). Lo SI (tono puro, 250 Hz e 100 dB e 1s) e la struttura del test rimangono identiche in entrambe le condizioni e prevede tre fasi: abituazione, acquisizione ed estinzione. I risultati sono compatibili con la Teoria della Preparedness, infatti, è stato riscontrato: 1) maggior "forza" di condizionamento in risposta a CS "prepared" durante la fase di acquisizione ($Z = 1,98$, $p < 0,04$); 2) il processo di estinzione inizia più precocemente ed è più veloce in risposta a CS+ fear-irrelevant rispetto a CS+ fera-relevant ($Z = 2,75$, $p < 0,005$). Nell'allestimento di un paradigma di condizionamento avversivo applicabile in diverse aree cliniche, quindi, la scelta degli stimoli condizionati è una variabile fondamentale perché sembra influire su aspetti importanti dell'apprendimento condizionato.

402. Disturbo bipolare ii e declino cognitivo: un caso di pseudodemenza

D. Galletta, A. Di Genova, M.M. Cozzolino, M. Carrieri, F. Pirarella, M. Casiello

Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Psichiatrica, Università di Napoli "Federico II"

Come evidenziato da tempo in letteratura gli effetti a lungo termine del disturbo bipolare determinano in circa un terzo dei pazienti, un declino del funzionamento cognitivo. Assumono però un possibile ruolo confondente le terapie croniche con neurolettici e stabilizzatori del tono dell'umore in grado di compromettere le funzioni cognitive.
Aldo, un pensionato di 65 anni, in trattamento dal 1991 per un Disturbo Bipolare II. Dopo un lungo periodo di discreto compenso, offuscato da un tentativo di suicidio, manifestava nel 2005 una riacutizzazione della sintomatologia. La condizione clinica si presentava come sindrome affettiva bipolare mista con aspetti psicotici del pensiero e del comportamento e con elementi di declino cognitivo. La riacutizzazione era stata associata dai sanitari del DSM di competenza ad una situazioni di stress familiare dovuto al coinvolgimento della moglie del pz. in un grave incidente stradale. Aldo era in trattamento con stabilizzatori del tono dell'umore, neurolettici, ansiolitici e neurotrofi. I sanitari avendo constatato una sensibile compromissione delle funzioni cognitive inviavano il pz. presso la Clinica Psichiatrica dell'A.O.U. "Federico II" di Napoli per una valutazione psicodiagnostica e neuropsicologica. Venivano somministrati i seguenti test: MMPI-2; Rorschach; il WCS- Test, il Trial Making A e B; Test di Rey per l'apprendimento verbale e uditivo; Barratt impulsiveness scale 11 e la F A B. I risultati non evidenziavano particolari danni organici, come confermato dalla negatività delle tecniche di neuroimaging; tuttavia i deficit riscontrati erano compatibili con un *quadro di decadimento cognitivo* riportato in letteratura per i pazienti affetti da disturbo bipolare ed in trattamento con farmaci con potenziale influenza sulle performances neuropsicologiche.

403. L'impatto sessuale delle terapie psicofarmacologiche nelle dipendenze patologiche

S. Garbolino, R. Tartaglia, G. Faro, C. Rosso

Società Italiana Sessuologia Clinica (SISPSe), Sezione Speciale SIP

Introduzione: ipazienti affetti da disturbi da uso di sostanze assumono spesso terapie psicofarmacologiche per gli aspetti di comorbidità psichiatrica. Gli Autori analizzano l'impatto sulla sessualità legato alle terapie farmacologiche con neurolettici atipici.

Metodologia: su un campione random di 36 pazienti in terapia con olanzapina, quetiapina e risperidone vengono somministrati questionari di autovalutazione sulla sfera sessuale associati alle valutazioni psichiatriche e sessuologiche.
Risultati: nella maggior parte dei pazienti si assiste a disturbi della sfera sessuale con significativi tassi di riduzione del desiderio sessuale. Tra i diversi farmaci la quetiapina appare avere il minor impatto sulla funzione sessuale.
Conclusioni: si sottolinea l'importanza di valutare le terapie farmacologiche circa la loro collateralità sessuale in quanto tale aspetto è fondamentale nella stabilità e prosecuzione dei trattamenti riabilitativi dei pazienti tossicodipendenti.

Bibliografia

Palha. *A study of the sexuality in opiate addicts*. J Sex Marital Ther 2002.

404. Uno studio sull'efficacia di duloxetina su un campione di pazienti afferenti alla struttura SPDC di Caserta

F. Gentile

ASL, CE1, Caserta

I disturbi di area affettiva sono a volte misconosciuti in quanto rappresentati frequentemente da sintomi organici sine materia.
Scopo dello studio è la valutazione retrospettiva dell'efficacia della duloxetina in monoterapia per disturbi affettivi con sintomatologia ansiosa o depressiva di varia gravità.
Dalla ricerca sono stati esclusi i casi clinici che presentavano in atto o in anamnesi disturbi di area psicotica: soggetti di età superiore ai 72 anni ed inferiore ai 18; soggetti con patologia organica conclamata; abituali fruitori di sostanze da abuso: soggetti con sintomi attribuibili a gravi life events o lutto conclamato.
Ciascun paziente è stato sottoposto a valutazione con HRSA o HAM-A, con HAM-D e con il primo item della CGI all'atto della prima visita. Con le sole scale di Hamilton dopo 45 giorni e dopo 120 giorni. Al termine dei quali è stata completata la compilazione della CGI. La somministrazione della duloxetina, ha permesso di documentare, al termine del periodo di osservazione, una riduzione del punteggio totale di -22,7 alla HAM-D. Sono stati valutati l'indice di "gravità della malattia", interpretato come valore iniziale dello stato di malattia, e quello di "miglioramento globale" alla CGI come indice di fine del trattamento.

405. Valutazione dell'efficacia clinica di Quetiapina in pazienti con patologia psicotica

L. Giaccotto

Centro di Salute Mentale di Lugo (DSM di Ravenna)

Obbiettivo: scopo del lavoro e verificare l'efficacia clinica di Quetiapina in un gruppo di pazienti con patologia psichiatrica di tipo psicotico (diagnosi di schizofrenia, di disturbo schizo-affettivo e di psicosi maniaco depressiva).
Metodologia: 10 pazienti adulti con diagnosi di Schizofrenia o Disturbo Affettivo, ed in cura con neurolettici per il trattamento della patologia psichiatrica, sono stati inseriti nella valutazione ed assegnati ad una terapia con quetiapina. La titolazione di quetiapina è stata effettuata secondo lo schema proposto in scheda tecnica ed il dosaggio medio giornaliero è stato assegnato sulla base del giudizio clinico in un range compreso tra 800 mg e 950 mg (dose media pari a 865 ± 58 mg/die).
La valutazione di efficacia è stata effettuata mediante somministrazione della scala CGI (gravità della malattia e miglioramento globale).
Conclusioni: l'introduzione di quetiapina al dosaggio giornaliero medio di 865 ± 58 mg/die nel trattamento di tali pazienti, ha evidenziato nel tempo una riduzione della sintomatologia psicotica ed una maggior compliance, contribuendo ad un generale miglioramento del quadro clinico.

406. Disturbi d'Ansia e sintomatologia somatica non-specifica in giovani utenti afferenti al Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di L'Aquila

N. Giordani Paesani, A. Tomassini, V. Bianchini, E. Di Giovambattista, P. Di Fabio, V. Marini, R. Mei, R. Rosati, U. Pignataro, R. Pollice

Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila

Introduzione: il periodo dell'adolescenza risulta essere il periodo a maggiore rischio per esordio del Disturbo di Panico (DP). Le manifestazioni cliniche del DP nell'adolescenza sono principalmente somatiche, sebbene gli adolescenti manifestino anche la componente cognitiva tipica del disturbo dell'età adulta [1]. Studi sulla popolazione adulta riportano un'associazione, nel 50-65% dei pazienti con diagnosi di DP, di depressione maggiore, che in un terzo dei casi precede l'esordio del Disturbo d'Ansia (DA). Nella popolazione giovanile, si è riscontrata una forte associazione tra il disturbo da uso di alcol e disturbi dell'umore, non è stata osservata nessuna relazione tra l'uso di alcol e DA [2]. Il nostro studio si propone di valutare la presenza di sintomi d'ansia e depressivi in una popolazione di giovani utenti con sintomi somatici non riconducibili a patologia organica, afferenti al Pronto Soccorso (PS) dell'ospedale S. Salvatore dell'Aquila. Si vogliono, inoltre, indagare le correlazioni tra sintomi fisici, visite specialistiche ed esami diagnostici effettuati, ansia di tratto e sintomatologia riferibile all'ansia e alla depressione. È stata, infine, effettuata una valutazione sull'uso di sostanze alcoliche.
Metodologia: lo studio è stato effettuato su una popolazione di giovani utenti, con un età compresa tra 17 e 30 anni, afferenti consecutivamente al Pronto Soccorso (PS) del Presidio Ospedaliero S. Salvatore dell'Aquila in seguito all'insorgenza di un quadro clinico caratterizzato prevalentemente da sintomi somatici non riferibili a patologia organica. È stato, inoltre, valutato un campione di controllo costituito da soggetti di età compresa tra i 17 e i 30 anni afferenti all'Unità Operativa di Medicina dello Sport del Presidio Ospedaliero "San Salvatore" dell'Aquila, per l'accertamento di condizioni fisiche ottimali per la pratica di sport a livello agonistico. Il riconoscimento di segni e sintomi dello spettro ansioso-depressivo è stato effettuato attraverso la som-

ministrazione di strumenti di *screening* standardizzati, quali la la Self-rating Anxiety State (SAS) e la *Self-rating Depression Scale* (SDS). L'ansia di tratto è stata valutata attraverso la *State Trait Anxiety Inventory* formaY2 (STAI-Y2). Il CAGE è stato somministrato per la valutazione dell'abitudine all'uso di sostanze alcoliche.

Risultati: la valutazione della sintomatologia somatica non riferibile a patologia organica, ha messo in evidenza che il campione clinico, rispetto a quello di controllo, mostra una frequenza significativamente maggiore di sintomi fisici tranne per la "Sudorazione". Il campione clinico,inoltre, differisce significativamente dal campione di controllo per il numero di sintomi somatici, per il numero di visite specialistiche ed di esami strumentali e di laboratorio effettuati in passato per la sintomatologia presentata. La valutazione psicopatologica ha evidenziato che il campione clinico, rispetto a quello di controllo mostra punteggi significativamente più elevati sia alla SAS, sia alla SDS che alla STAI-Y2. L'abitudine alle più comuni sostanze alcoliche, è risultata significativamente più rappresentata nel campione clinico rispetto a quello di controllo.

Conclusioni: nella maggior parte dei soggetti con sintomatologia somatica prevalente non viene considerata la presenza di una sintomatologia psichiatrica con una successiva misdiagnosi ed un trattamento inadeguato [3]. Tale evidenza assume un significato di priorità all'interno di una popolazione di giovani adolescenti dal momento che i DA sono considerati importanti fattori di rischio per lo sviluppo di una futura e più grave psicopatologia, per una comorbidità con un disturbo da abuso di sostanze e per un deterioramento del funzionamento psicosociale e della qualità della vita [2]. La nostra esperienza, inoltre, conferma la necessità di uno screening precoce, soprattutto in questa popolazione di giovani pazienti, al fine di instaurare trattamenti adeguati e tempestivi che possano evitare il peggioramento della sintomatologia e le complicanze ad essa associate.

Bibliografia

1. Demiryoguran NS, Karcioglu O, Topacoglu H, Kiyan S, Ozbay D, Onur E, Korkmaz T, Demir OF. *Anxiety disorder in patients which non- specific chest pain in the emergency setting*. Emerg Med J 2006;23:99-102.
2. Goodwin RD, Lieb R, Hoefler M, Pfister H, Bittner A, Beesdo K, Wittchen HU. *Panic attact as a risk factor for severe psychopathology.* Am J Psychiatry 2004;161:2207-14.
3. Huffman JC, Pollack MH. *Predicting panic disorder among patients with chest pain: an analysis of theliterature*. Psychosomatics 2003;44:222-36.

407. La presa in carico terapeutica di pazienti con Disturbo di Personalità nella realtà territoriale di un Dipartimento di Salute Mentale

S. Giuliani, M. Buresta, A. Mearelli, G. Pagliarani, R. Paradisi, G. Parroni, L. Santolini, M. Serafini, I. Silvestrini, L. Mencarelli, A. Fossati*

*DSM di Senigallia, ZT4 ASUR MARCHE, * Università Vita-Salute, HSR Milano*

I pazienti con Disturbo di Personalità (DP) costituiscono per un Dipartimento di Salute Mentale un grosso problema presentandosi il più delle volte in situazioni d'urgenza con aspetti di tipo comportamentale. Alla ricerca di una modalità operativa capace di dare risposte a queste problematiche il nostro DSM ha costituito un ambulatorio dedicato in grado di offrire un pacchetto diagnostico-terapeutico atto a favorire una presa in carico di questa tipologia di pazienti.

Questo studio esamina 75 pazienti afferiti al nostro ambulatorio con sospetto di diagnosi DP. Sono stati rilevati parametri clinico-demografici ed è stata fatta la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF), quindi i pazienti sono stati sottoposti all'intervista SCIDII, versione 2.0 per discriminare la presenza di DP (58 DP, 17 NonDP). Inoltre, hanno compilato scale autosomministrate: Barratt Impulsivity Scale 11 (BIS-11), Aggressive Questionnaire (AQ), Attachment Style Questionnaire (ASQ), Temperament and Character Inventory (TCI).

Lo scopo di questa ricerca è quello di mettere in luce le differenze fra pazienti con e senza diagnosi DP in chiave terapeutica e per ottenere ciò sono state utilizzate come metodiche statistiche il T-test, il Mann-Whitney Test ed i Chi-Square tests.

Si sono evidenziate differenze con valori maggiori nel gruppo DP per quello che riguarda il n° di ricoveri (Mann-Whitney ,011), il n° di tentati suicidi (t-test ,014), la diagnosi di Disturbi da Uso di Sostanze (Pearson Chi-Square.006), il n° di Disturbi di Asse I (Mann-Whitney ,012) e la VGF (Mann-Whitney < ,0001). Si sono rilevate differenze statisticamente significative con valori maggiori nel gruppo DP per la BIS-11 totale (t-test ,003) per le sue sottoscale di impulsività motoria (t-test ,002) e di instabilità attentiva (t-test ,012) e per la AQ totale (t-test ,001) e le sue sottoscale di rabbia (t-test ,001) ed ostilità (t-test ,005). Per le sottoscale alla ASQ si hanno variazioni con punteggi minori nei DP in Fiducia (t-test ,007), e maggiori in Bisogno di Approvazione (t-test ,041), e in Preoccupazione per le Relazioni (t-test ,003). Le dimensioni caratteriali della TCI mostrano valori più bassi nei DP per autodirezionalità (t-test ,004) e cooperatività (t-test ,023) e più alti per trascendenza (t-test ,009). Si sono trovate diversità negli interventi terapeutici: il gruppo DP con maggior utilizzo di Antidepressivi (Pearson Chi-Square ,027) con maggior numero di farmaci usati (Mann-Whitney ,021) con più presa in carico psichiatrica (Pearson Chi-Square ,026) ed interventi socioriabilitativo (Pearson Chi-Square ,018).

Questi risultati confermano come i pazienti con diagnosi di Disturbo di Personalità siano complessi sintomatologicamente (più diagnosi di asse I presenti), con aspetti preoccupanti (più aggressivi, più impulsivi, con maggior condotte di abuso, con maggior suicidalità), deteriorati (per i valori alla VGF ma anche alle dimensioni caratteriali della TCI) ma allo stesso tempo con un assetto di attaccamento che rende più difficile la presa in carico (minor fiducia, maggior preoccupazione per relazioni e bisogno di approvazione). È chiara anche una maggiore complessità terapeutica sia farmacologica che propriamente organizzativa che interessa sia l'ambiente ospedaliero (maggiore necessità di ricovero) che territoriale (necessità di intervento socio-riabilitativo). Tali dati oltre a fare una fotografia della complessità dei DP mettono in luce la necessità di un'équipe preparata ovvero sensibile ai proteiformi aspetti e pronta agli attacchi alla terapia ma soprattutto integrata all'interno del DSM vista la necessità di un intervento multiplo ma non parcellizzato.

408. L'efficacia della psicoterapia analitica a tempo determinato vs. il trattamento psichiatrico di routine: uno studio prospettico longitudinale

I. Iandoli, C. Manoussakis, M. Porcellana, E. Sarotti, P. Marinaccio, S. Paletta, G. Invernizzi, C. Bressi.

Clinica Psichiatrica, Università di Milano, Fondazione IRCCS; Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

Introduzione: scopo dello studio prospettico randomizzato è valutare l'efficacia della Psicoterapia Analitica a Tempo Determinato (PAT) nel trattamento di pazienti affetti da disturbi d'ansia e dell'umore rispetto ad una casistica di controllo trattata con Terapia Psichiatrica di Routine(TP)
Metodologia: 48 pazienti, divisi in due gruppi di trattamento, hanno completato il trial clinico randomizzato e hanno raggiunto i tempi previsti per il follow-up al termine della terapia (T1).
Risultati: lo studio di correlazione al T1 evidenzia nei due gruppi differenze statisticamente significative per quanto riguarda le seguenti variabili: l'Indice di Gravità generale del test SCL 90-R (Mean 0,62 in PAT *vs.* 1,05 in TP; F = 5,22, p = 0,02), la gravità della malattia (CGI-S) (Mean 2,17 in PAT *vs.* 3,13 in TP; F = 10,14, p = 0,00).
Conclusioni: la PAT si dimostra un valido intervento nel determinare miglioramenti significativi sia sulla sintomatologia clinica sia sul funzionamento relazionale nei pazienti affetti da Disturbi dell'umore e Disturbi d'ansia.

Bibliografia

COCHRANE Collaboration: Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S. *Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders.* John Wiley & Sons 2006.
Leichsering F, Rabung S, Leibing E. *The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders.* Arch Gen Psychiatry 2004;61:1208-16.

409. Comunicare e non solo

C. Irollo, F. Saccà, G. De Mattia

UOSM 38 S. Maria C.V. (CE)/DSM ASL CE/2

Introduzione/Scopo: questo lavoro esamina il ruolo che ha un intervento, finalizzato all'aumento della capacità di avere un atteggiamento assertivo, su un globale miglioramento del clima lavorativo e personale. Esso è stato svolto a seguito di un corso di formazione tenuto per l'UOSM 38 di S. Maria Capua Vetere.
Metodologia: le situazioni didattiche impiegate sono state: lezione frontale, brainstorming, metodo dei casi e test. L'ipotesi sostenuta è: migliorare la capacità assertiva dei soggetti porta ad una trasformazione positiva della qualità del lavoro e del clima organizzativo. Abbiamo scelto il test sull'assertività, adattato da Liberman, al fine di ottenere un dato quantitativo segnandone il livello al T^0 così da confrontarlo con il livello al T^1, registrato dopo 4 mesi in un incontro di follow-up.
Risultati: al corso di 10 lezioni della durata di 2 ore con cadenza settimanale, ha partecipato volontariamente il 60% degli operatori parasanitari dell'ente. I risultati quantitativi mostrano un aumento del grado di assertività al T^1, quelli qualitativi rispondono all'ipotesi sottesa.
Conclusioni: con questi risultati abbiamo ottenuto un reingineering, inteso come un ripensamento di fondo, e il ridisegno dei parametri delle prestazioni (qualità, servizio). Questo è, a nostro avviso, il più forte segnale di cambiamento ottenuto ed è su questo elemento innestato che progetteremo nuovi interventi.

Bibliografia

Auteri E. *Management della risorse umane*. Guerini e associati.
Birkenbhil Vera F. *L'arte di intendersi*. Franco Angeli.
Casula C. *I porcospini di Schopenauer*. Franco Angeli.

410. Studio sullo stigma nei familiari di pazienti psichiatrici

G. Janiri, A. Amoretti, C. Giubbarelli, S. Po, F. Mazzi

U.O. di Psichiatria, Policlinico di Modena e Modena Est, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: lo stigma è ancora associato a buona parte delle patologie psichiatriche gravi, determinando sofferenza, bassa qualità di vita e limitate opportunità socio-economiche. La stigmatizzazione spesso colpisce anche i familiari e gli operatori sanitari tanto che si è parlato di "stigma associativo". [Casacchia & Roncone, 2005; Crisp et al., 2000] Phelan et al. hanno ipotizzato una multifattorialità dello stigma; Struening et al. hanno descritto la sensazione dei familiari di pazienti di sentirsi svalutati dalla comunità in cui vivono.
Metodologia: il presente studio indaga lo stigma avvertito dai familiari di pazienti psichiatrici, ospedalizzati o seguiti ambulatorialmente, attraverso l'autosomministrazione della scala di svalutazione di consumatori.
Risultati: sono stati raccolti in prima battuta 43 questionari che hanno messo in evidenza gli item relativi ad accettazione, solidarietà e fiducia nei confronti dei pazienti psichiatrici. Gli item che trovano meno d'accordo i familiari sono invece relativi all'isolamento e alla "ghettizzazione" dei pazienti.
Conclusioni: da quanto emerso, lo stigma non è sentito come un problema rilevante da parte dei familiari di pazienti psichiatrici, favorendo quindi un miglior iter diagnostico-terapeutico nei pazienti.

411. Impiego di Aripiprazolo nella patologia psichiatrica

G. Janiri, A. Amoretti, S. Po, C. Giubbarelli, A. Disavoia, F. Eleuteri, F. Mazzi, M. Rigatelli

U.O. di Psichiatria, Policlinico di Modena e Modena Est, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: aripiprazolo è un agonista parziale del recettore D2 con scarsi effetti collaterali motori. Oltre all'impiego nelle psicosi e nel disturbo bipolare, è utilizzato con effetto di "augmentation" nelle depressioni resistenti o con sintomi psicotici.
Materiali e metodi: sono stati valutati 30 pazienti affetti da Disturbi dell'Umore o Psicosi, trattati con Aripiprazolo, ri-

spettivamente a dosaggi di 5 mg e 15 mg. A tutti è stata somministrata la scala di valutazione psicometrica "CLINICAL GLOBAL IMPRESSIONS".
Risultati: 18 pazienti erano affetti da un Disturbo dell'Umore, 12 da Psicosi. La maggioranza era di sesso femminile, con un'età media di 42 anni. La maggior parte dei pazienti assumeva una politerapia (antidepressiva o neurolettica).
Discussione: il miglioramento è stato evidente nell'80% dei pazienti con Disturbo dell'Umore e nel 90% di quelli con Psicosi, l'efficacia terapeutica è stata moderata o notevole nel 95% dei pazienti del primo gruppo e nell'85% del secondo.
Conclusioni: a bassi dosaggi (5 mg) e in aggiunta alla terapia antidepressiva, Aripiprazolo ha determinato un miglioramento del quadro psicopatologico. Ciò parrebbe confermare l'esistenza di una relazione tra sintomi depressivi e regolazione dopaminergica, soprattutto per quel che riguarda l'attività psicomotoria e la motivazione.

Bibliografia

Papakostas G, Petersen T, Kinrys G, et al. *Aripiprazole augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors for treatment-resistant major depressive disorder*. J Clin Psychiatry 2005;66:1326-30.

412. Analisi dei profili personologici in donne che vengono sottoposte a interruzione terapeutica di gravidanza

T. Kotsokosta, G. Bonelli, P. Castrogiovanni

Università di Siena, Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria

Introduzione: l'interruzione terapeutica di gravidanza è da considerarsi un atto terapeutico e preventivo dell'insorgenza di quadri psichiatrici di varia gravità, il che dipende anche dall'anamnesi psichiatrica personale, dalla rete sociale di supporto, dall'eventuale presenza di tratti temperamentali ecc.
Metodologia: abbiamo preso in considerazione 16 soggetti di sesso femminile che venivano sottoposti a interruzione terapeutica della gravidanza, di età pari ad anni 35,18 ± ds 5,19 e di scolarità pari ad anni 11,62 ± ds 2,70; 9 soggetti riferivano anamnesi psichiatrica negativa, 4 la riferivano positiva per Dist. Ansia, 1 per Dist. Umore e 2 soggetti non hanno fornito informazioni a riguardo. A tutti i soggetti sono stati somministrati dei questionari psicopatologici (Experiential World Inventory – *cut-off di riferimento pari a 50* – e Stait-Trait Anxiety Inventory 1 e 2 – *corretti per età*).
Risultati: l'analisi dei questionari STAI-1 e 2 mettono in evidenza valori patologici per l'Ansia di Stato; l'inventario personologico EWI rileva valori al di sopra del cut-off di riferimento nelle scale Corpo ed Iperestesia; tali dati potrebbero essere verosimilmente compatibili con la presenza di sentimenti di ansia acuta, alterata percezione della propria immagine corporea, aumentato arousal agli stimoli esterni, umore flesso nei soggetti che stanno per sottoporsi a interruzione terapeutica di gravidanza.
Conclusioni: ulteriori indagini sono necessarie per verificare se elementi psicopatologici possono essere considerati degli indicatori di patologia in atto o futura in soggetti che vengono sottoposti a interruzione terapeutica di gravidanza.

Bibliografia

Bonneau G, El-Meligi AM. *Inventario del mondo esperienziale (EWI).* Firenze: O.S. Organizzazioni Speciali 1981.
Spielberger CD. *Inventario per l'ansia di stato e di tratto – forma Y.* O.S. Firenze: Organizzazioni Speciali 1989.

413. Memoria visuospaziale e funzioni esecutive: la valutazione neuropsicologica quale metodo per la diagnosi differenziale nell'ambito di quadri appartenenti allo spettro del PTSD

T. Kotsokosta, G. Bonelli, P. Castrogiovanni

Università di Siena, Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria

Introduzione: scopo del presente studio è quello di valutare la memoria visuospaziale e le funzioni esecutive in soggetti con diagnosi appartenenti allo spettro del PTSD.
Metodologia: abbiamo preso in considerazione 36 soggetti (16M:20F) di età media pari ad anni 43,02 ± ds 13,68 e di scolarità pari ad anni 12,44 ± ds 3,60; a 9 soggetti è stata fatta diagnosi di PTSD, a 10 di Dist. Depressivo, a 10 di Dist. Adattamento Acuto e a 4 di Dist. Adattamento Cronico. A tutti è stata somministrata una batteria di test neuropsicologici volti alla valutazione della memoria visuospaziale a breve e a lungo termine (Span e Supra Span di Corsi, rispettivamente) e delle funzioni esecutive (Figura Complessa di Rey, nelle tre prove: copia, immediate recall, delay). Un'ulteriore analisi è stata effettuata in seguito, ponendo un limite temporale pari a un anno di distanza dall'evento traumatico, in modo da indagare sulle possibili interferenze della variabile tempo sulle abilità visuospaziali dei soggetti presi in esame.
Risultati: la memoria visuospaziale a breve termine risulta nei limiti inferiori della norma nei soggetti con diagnosi di PTSD e Dist. Depressivo, quella a lungo termine solo in quelli con diagnosi di Dist. Adattamento Cronico; la processazione spaziale della Figura Complessa di Rey risulta nei limiti inferiori della norma nella prova in copia per tutti i gruppi presi in esame, in particolare modo nel Dist. Adattamento Cronico, trend che viene confermato per quest'ultimo anche nella prova di rievocazione immediata, con le restanti categorie diagnostiche che ottengono punteggi nella norma. Analizzando i dati in base alla distanza temporale dall'evento traumatico (abbiamo considerato due gruppi: > o < 1 anno) si nota una compromissione della memoria visuospaziale a breve termine in entrambi i sottogruppi, mentre nella norma è quella a lungo termine; le funzioni esecutive risultano nei limiti inferiori della norma solo nella prova in copia per i due gruppi, nella norma nelle prove a memoria.
Conclusioni: l'assessment neuropsicologico potrebbe essere uno strumento utile nella diagnosi differenziale nell'ambito dello spettro PTSD; ulteriori indagini sono necessarie per valutare in quale misura la distanza temporale dall'evento traumatico influenzi le performances cognitive nelle varie categorie diagnostiche.

Bibliografia

Galletly C, et al. *Working memory in post-traumatic stress disorder – an event-related potential study.* J Trauma Stress 2001;14:295-309.
Denes D, Pizzamiglio L. *Manuale di Neuropsicologia. Normalità e patologia dei processi cognitivi*. Bologna: Zanichelli Ed., 1996.

414. Confronto di Sintomatologia, Personalità e Risposta a breve termine al trattamento in pazienti con Bulimia Nervosa e con BN sotto-soglia

I. Krug[1 3], E. Tedeschini[1 2], S. Jiménez-Murcia[1], C.M. BuliK[3], F. Fernández-Aranda[1], G.P. Guaraldi [2]

[1] Department of Psychiatry, University Hospital of Bellvitge, Barcelona, Spain; [2] Università di Modena e Reggio Emilia, Italia; [3] University of North Carolina at Chapel Hill, USA

Obiettivo: confrontare sintomatologia, personalità e risposta a breve termine a un trattamento gruppale in pazienti con diagnosi di Bulimia Nervosa (BN) e BN sotto-soglia.
Metodo: 78 pazienti consecutivi di sesso femminile (39 BN *vs.* 39 BN sotto-soglia) ammessi nell'Unità di Alimentazione dell'Ospedale di Bellvitge (Barcellona). Entrambi i gruppi hanno frequentato lo stesso gruppo psicoeducativo breve (6 sessioni). Prima e dopo il trattamento i pazienti sono stati valutati utilizzando i test: EAT-40, EDI-2, SCL-90-R, BITE, SAD, TCI-R e altri parametri clinici e psicopatologici.
Risultati: con l'eccezione di alcuni parametri clinici e psicopatologici [Depressione ($p = 0,029$) e ansietà sociale ($p = 0,045$) più alti nei pazienti con BN] non ci sono differenze significative in nessuna delle altre scale per quanto riguarda i tratti di personalità e i parametri psicopatologici. Alla fine del trattamento non ci sono differenze significative tra i due gruppi né nella percentuale di scomparsa del vomito e delle abbuffate (33,3% BN *vs.* 35,2% BN sotto-soglia, $p = 0,461$) e neanche in quella di abbandono (7,4 e 16,5% rispettivamente, $p = 0,809$).
Conclusioni: BN e BN sotto-soglia condividono sia tratti di personalità che sintomi psicopatologici. Non si sono rilevate differenze di risultati nei due gruppi dopo un trattamento gruppale psicoeducativo breve.

415. Neuroni mirror, emozioni sociali e stili di personalità: uno studio di Risonanza Magnetica funzionale (fMRI)

V. Latorre[1 2], G. Arciero[2], N. Gentili[2], V. Mazzola[2], L. Fazio[1], L. Tomasevic[2], A. Petito[3], E. Porcelli[2], T. Popolizio[4], A. Bellomo[3], M. Nardini[1], A. Bertolino[1 4]

[1] Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Sezione delle Malattie Mentali, Università di Bari; [2] Istituto di Psicoterapia Post-Razionalista, IPRA, Roma; [3] Istituto di Psichiatria e Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Foggia; [4] Dipartimento di Neuroradiologia, IRCCSS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG)

Empatia e simpatia sono emozioni sociali che permettono di comprendere emozioni e sensazioni altrui. É stato dimostrato che immaginare e osservare un'altra persona in uno stato emotivo attiva una rappresentazione di quello stato nell'osservatore. Recentemente Gallese ha dimostrato che la base neurobiologica della comprensione esperenziale delle azioni dell'altro è un sistema di neuroni specchio e che un meccanismo simile coinvolgente centri viscero-motori potrebbe sottendere la comprensione esperenziale delle emozioni altrui. Nonostante questi risultati, poco è conosciuto su come la risposta empatica del cervello è modulata dalle relazioni affettive tra gli individui e dai tratti di personalità. Obiettivo di questo studio di fMRI è valutare le basi neurobiologiche della simpatia in relazione al legame interpersonale tra gli individui e allo stile di personalità secondo un modello cognitivista. Per fare ciò abbiamo studiato con fMRI coppie di fidanzati durante la visione di immagini del volto addolorato del partner e di un soggetto sconosciuto. Abbiamo poi focalizzato l'attenzione sulle differenze di attivazione cerebrale in relazione allo stile di personalità secondo il modello di Arciero (2004). I risultati hanno dimostrato coinvolgimento del sistema dei neuroni specchio nel processamento di emozioni sociali come la simpatia ed hanno evidenziato importante modulazione dell'attività cerebrale correlata a queste emozioni dipendente dalla relazione affettiva esistente tra gli individui e dallo stile di personalità.

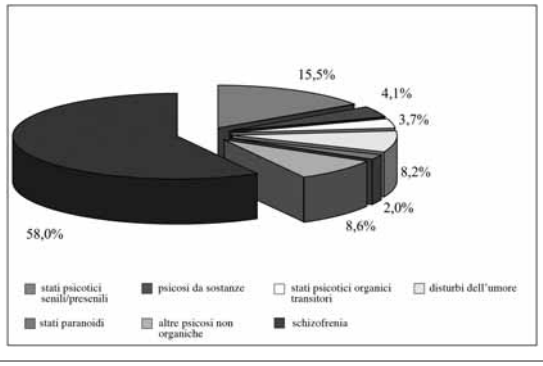
416. Esordi psicotici: uno studio retrospettivo

L. Lavatelli, P. Airoldi, M. Probo, M. Colombo, P. Zeppegno, E. Torre

S.C.D.U Psichiatria, Cattedra di Psichiatria, Facoltà di medicina e Chirurgia, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Novara

Introduzione: i disturbi psicotici sono una categoria eterogenea [1], la cui prevalenza lifetime si assesta in Europa a 45 casi su 1000 [2].
Materiali e metodi: sono stati considerati, tra il 1997-2003, i pazienti al primo ricovero, con diagnosi alla dimissione di psicosi (codici 290-298 ICD-9).
Risultati: 142 pazienti sono stati dimessi con una diagnosi di schizofrenia e 103 con una diagnosi di altra psicosi (Fig. 1). Caratteristiche all'ingresso associate ad una diagnosi di schizofrenia sono risultate: età inferiore a 40 anni (OR 11,36 IC 5,9-22,6), scolarità sopra la media inferiore (OR 2,76 IC 1,47-5,20), stato civile celibe (OR 3,33 IC 1,76-6,52). Non sono risultati statisticamente significativi il sesso, la presenza di precedenti psichiatrici, un'anamnesi familiare positiva per patologia psichiatrica ed il ricovero in regime di TSO. La sintomatologia (scala PANSS) positiva all'ingresso aumenta la probabilità di una diagnosi di schizofrenia (OR

Fig. 1



2,10 IC 3,22-3,65) al contrario della confusione (OR 0,44 IC 0,23-0,82).
Conclusioni: una diagnosi differenziale precoce risulta fondamentale sia ai fini prognostici che di trattamento.

Bibliografia

1. Rossler W, Salize HJ, van Os J, Rossler AR. *Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders*. Eur Neuro-Psychopharmacol 2005;15:399-409.
2. Wittchen HU, Jacobi F. *Size and burner of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies*. Eur Neuro-Psychofarmacol 2005;15:357-76.

417. L'adozione internazionale come fattore di rischio per i disturbi mentali o comportamentali: analisi preliminari di 4 casi clinici

M. Lazzaretto, C. Novara

Casa di Cura Parco dei Tigli, Teolo, Padova

Gli studi sulla popolazione clinica suggeriscono che i bambini adottati siano maggiormente rappresentati tra la popolazione che richiede un intervento di tipo psichiatrico (sia ospedaliero che ambulatoriale) (es Lipman e al, 1992).
Questo lavoro ha lo scopo di esaminare nel contesto italiano: 1. le caratteristiche della famiglia adottiva; 2. esaminare in quale misura lo status di adozione sia predittivo di una comorbilità psichiatrica o di disturbi comportamentali o 3. determinare se dello status di adozione abbia o meno una relazione indipendente con i problemi psichiatrici comportamentali o di livello intellettivo.
A questo scopo sono stati somministrati oltre ad una dettagliata scheda anagrafica il Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 e le Matrici di Raven.
Per ora il numero esiguo di soggetti reclutati non ci permette di fare nessuna conclusione ma nessuno dei nostri 4 casi ha evidenziato un problema relativo al livello intellettivo. I problemi comportamentali e personologici risultano diversi.

418. Trattamento dell'incremento ponderale in pazienti che assumono farmaci antipsicotici

A. Lepore, A. Borelli, C. Maffulli, A. Ventriglio, A. Bellomo

Dipartimento Misto di Salute Mentale A.U.S.L. Fg, Università di Foggia

Introduzione: i farmaci AP di prima e di seconda generazione inducono incremento ponderale e pertanto l'insorgenza di dismetabolismi [1]. Alcuni studi hanno inoltre dimostrato che tale incremento è reversibile per tutti i farmaci AP atipici, tranne che per quello indotto da clozapina [2]. Il semplice consuling o suggerimenti dietetici spesso falliscono nel prevenire questa evenienza, pertanto è necessario mettere in atto programmi specifici tesi a cambiare le abitudini alimentari, voluttuarie, di vita (sedentarietà) per controllare tale problema.
Materiali e metodo: qui riportiamo i dati di un gruppo di 24 pazienti affetti da psicosi schizofrenica che presentavano vari gradi sovrappeso ed obesità indotta da AP trattati con il metodo ideato dalla Littrel [3]. I pazienti, divisi in tre gruppi, hanno partecipato ad un programma integrato di educazione alimentare, attività fisica programmata e attività pratiche tese a migliore le competenze specifiche dei pazienti.
Risultati: in media alla fine del programma i pazienti hanno presentato variazioni di peso da 0 a -4 kg ed una riduzione della waist circumference (WC) di circa 2 cm. Si illustreranno i risultati ottenuti sui parametri metabolici, peso, WC e ed una tabella circa il giudizio globale sul miglioramento delle competenze dei pazienti.
Conclusioni: è possibile ottenere un buon controllo dell'incremento ponderale indotto da AP attraverso programmi di psico-educazione alimentare. È necessaria conferma nel lungo termine.

Bibliografia

1. Allison DB, Casey DE. *Antipsychotic-induced weight gain: a review of the literature*. J Clin Psychiatry 2001;62(Suppl. 7):22-31.
2. Wirshing DA, et al. *Novel antipsychotics: comparison of weight gain liabilities*. J Clin Psychiatry 1999;60:358-63.
3. Littrel KH, et al. *The effects of an educational intervention on antipsychotics-indeced WG*. Journal of Nursing Scholarship 2003;35:3 237-41.

419. Trattamento integrato ambulatoriale farmacologica e in psicoterapia cognitivo comportamentale di due casi di disturbo bipolare

S. Longo

Centro Salute Mentale, Lecce

Nel poster viene descritta la metodologia utilizzata per il trattamento integrato ambulatoriale di due casi di disturbo bipolare: due giovani donne professioniste.
Entrambe mostravano durante il decorso sintomatologico manifestazioni psicotiche, e numerose ricadute prima del trattamento psicoterapeutico.
Entrambe presentavano anamnesi familiare positiva per disturbi affettivi.
Sono stati utilizzati per il trattamento farmaci antipsicotici (quetiapina) e stabilizzatori dell'umore (valproato di sodio), ed associata una psicoterapia cognitivo-comportamentale condotta dallo stesso psichiatra.
Entrambi i casi, hanno mostrato risoluzione della sintomatologia e capacità di fronteggiamento delle ricadute, sia ricorrendo a pratiche acquisite per la gestione dello stress, sia monitorando le espressioni sintomatologiche "di allarme premorboso" che hanno consentito l'interruzione del potenziale sviluppo critico, con ripristino del funzionamento lavorativo e sociale nonché dell'equilibrio emotivo.
Nel lavoro vengono descritte, dopo una presentazione anamnestici, obiettivi psicoterapeutici concordati e raggiunti, tempi e modalità di trattamento, dosaggi farmacologica utilizzati inizialmente e nel mantenimento.
Sono anche riportati i controlli di follow-up e lo stato attuale del trattamento.
Il vantaggio della metodologia adottata sembra quello di incrementare l'alleanza terapeutica, migliorare la compliance farmacologica, ridurre le considerazioni negative circa la

propria patologia, ridurre le ricadute per frequenza ed intensità.

420. La Scala Clinical Global Impression per i Disturbi Depressivi (CGI-DD): un utile strumento psicometrico per la valutazione della depressione nella pratica clinica di routine

R. Losi, F. Fiorini, V. Laviola, F. Mazzi

Dipartimento di Salute Mentale, Azienda USL di Modena, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: la maggior parte delle scale per la valutazione dei disturbi depressivi valuta solo gli aspetti psicopatologici, trascurando quelli del funzionamento, oltre che la dimensione del benessere psicologico; fattore, questo, inerente l'assetto personologico, che indica un possibile fattore di rischio o di protezione per le ricadute depressive e in grado, dunque, di orientarci in senso prognostico e di intervento terapeutico.
Scopo: lo scopo di questo studio è di presentare i dati preliminari della validazione della CGI-DD, una scala di facile comprensione, di veloce somministrazione (10 min. circa).
Metodologia: la CGI-DD, che deriva dalla CGI [1], ha un punteggio che è stato ancorato a 6 valutazioni: sintomi depressivi e somatici, contenuto del pensiero, livello di funzionamento socio-lavorativo-cognitivo, benessere psicologico e valutazione globale; è stata somministrata a 34 persone nell'ambito di consulenze effettuate in ospedale generale e di ricoveri presso il DH della nostra clinica psichiatrica.
Risultati: la validità concomitante è stata esplorata confrontando la CGI-DD con la MADRS: Montgomery Asberg Depression Rating Scale [2], la GAF: Global Assessment of Functioning [3] e la Scala del Benessere Psicologico: PWB [4]; nei tre casi, il coefficiente di correlazione, indagato col metodo di Pearson, è risultato superiore a.83.
Conclusioni: da questi dati preliminari, la CGI-DD sembra essere un valido strumento psicometrico, utile, per la rapidità di somministrazione, nella pratica clinica di routine per una valutazione esaustiva della depressione nei suoi aspetti non solo di psicopatologia, ma anche di funzionamento e di benessere psicologico.

Bibliografia

1 Guy W, ed. *Clinical Global Impression*. In: ECDEU. *Assessment Manual for Psychopharmacology (revised)*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health 1976, pp. 217-21.
2 Montgomery S, Asberg M. *A new depression scale designed to be sensitive to change*. Br J Psychiatry 1979:134-382.
3 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. DSM IV. Washington DC: American Psychiatric Association 1994.
4 Ruini C, Ottolini F, Rafanelli C, Ryff C, Fava GA. *La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB)*. Rivista di Psichiatria 2003;38:117-30.

421. Clinical Global Impression Scale per la schizofrenia (CGI-SCHIZO): risultati preliminari sulla validazione di un semplice strumento per monitorare la sintomatologia psicopatologica, il funzionamento sociale e gli esiti del trattamento della schizofrenia nella pratica clinica di routine

C. Lotti, F. Fontana, R. Losi, F. Mazzi

Dipartimento di Salute Mentale, Azienda USL di Modena, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: nella pratica clinica di routine occorrono nuove Rating Scale, semplici da capire, veloci da applicare, per non interferire con l'attività clinica, ed in grado di misurare in modo attendibile la gravità della psicopatologia, il livello di funzionamento e le loro modificazioni nel tempo in seguito al trattamento; la scala da noi presentata mostra preliminarmente tali caratteristiche e costituirebbe quel tipo di strumento che favorirebbe l'attivazione di un sistema qualità evidence-based in psichiatria [1].
Metodologia: la CGI-SCHIZO nasce dalla scala per la schizofrenia (CGI-SCH) di Haro J.M. et al. [2] con l'innovazione di considerare anche l'importante aspetto del funzionamento globale, mutuato dalla Scala per la valutazione delle disabilità (SOFAS) di Morosini P.L. et al. [3]; la scala, somministrata a 10 pazienti schizofrenici ricoverati in SPDC, valuta con punti di ancoraggio:
– la gravità della psicopatologia: sintomi positivi, negativi, depressivi, cognitivi, sia singolarmente che nel loro complesso con un indice di gravità globale;
– il funzionamento sociale: attività socialmente utili, rapporti personali e sociali, cura dell'aspetto e dell'igiene, comportamenti disturbanti e aggressivi;
– il livello di cambiamento.
Risultati: l'affidabilità si è esplorata confrontando i valori di ogni dimensione della scala espressi da 4 clinici per il medesimo paziente: i cofficienti di correlazione intraclasse

Tab. I. Analisi validità intergiudici

Analisi validità intergiudici	
Scale	Coefficiente di correlazione intraclasse (ICC)
Sintomi positivi M (DS)	0,95
Sintomi negativi M (DS)	0,87
Sintomi Depressivi M (DS)	0,85
Sintomi Cognitivi M (DS)	0,93
Punteggio globale M (DS)	0,87
Attività socialmente utili	0,74
Rapporti interpersonali e sociali	0,85
Cura dell'aspetto e dell'igiene	0,95
Comportamenti disturbanti e aggressivi	0,80
Punteggio globale	0,82

Tab. II. Risultati relativi alla sensibilità al cambiamento

Analisi della sensibilità al cambiamento	
Scale	Dimensione dell'effetto (M/DS)
Sintomi positivi M (DS)	0,72
Sintomi negativi M (DS)	0,10
Sintomi Depressivi M (DS)	0,30
Sintomi Cognitivi M (DS)	0,12
Punteggio globale M (DS)	0,62
Cura dell'aspetto e dell'igiene	0,51
Comportamenti disturbanti e aggressivi	0,30

(ICC) mostrano ottima concordanza, oscillando nelle sottoscale da ,74 a ,95 (Tab. I); invece, la sensibilità al cambiamento, analizzata misurando la dimensione dell'effetto (effect-size) del cambiamento tra l'inizio e la fine di una settimana tipo di ricovero, mostra i punteggi più alti per i sintomi positivi e per la cura di sé (,72 e ,51) (Tab II).
Conclusioni: la scala mostra un'ottima validità sia in termini di riproducibilità che di sensibilità al cambiamento, a fronte di una valutazione che richiede tempi brevi (10 minuti circa) di somministrazione, che non interferiscono con il normale svolgimento della pratica clinica di routine.

Bibliografia

1. Ruggeri M, Dall'Agnola RB. *Come valutare l'esito nei Dipartimenti di Salute Mentale*. Roma: Il pensiero Scientifico Editore 2000.
2. Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, et al. *The Clinical Global Impression-Scizofrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizofrenia*. Acta Psychiatrica Scandinavica 2003;107:16-23.
3. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. *Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning*. Acta Psychiatrica Scandinavica 2000;101:323-9.

422. Quetiapina nel trattamento della Depressione Bipolare

R. Luchena, L. Tarricone

DSM A.USL LE/1

Introduzione: la Depressione Bipolare è patologia diffusa, misconosciuta e sottodiagnosticata. Importante causa di morbilità e mortalità. Recenti studi dimostrano l'efficacia di quetiapina nel trattamento della Depressione Bipolare I e II.
Obiettivo: scopo del presente lavoro, pur con evidenti limiti metodologici, è valutare l'efficacia di quetiapina nel trattamento della Depressione Bipolare.
Metodo: sono stati osservati per un periodo di tre mesi quattro pazienti, due maschi e due donne, affetti da Depressione Bipolare. Valutazione effettuata con HAM/D.
Titolazione di quetiapina a 200 mg/die con dosaggi compresi tra 400/600 mg/die. Tre pazienti trattati in monoterapia, uno in associazione con SSRI.
Risultati: tutti i pazienti hanno avuto significativi miglioramenti con assunzione di quetiapina a dosaggio di 400 mg/die a partire dalla II settimana fino a remissione del quadro clinico.
Conclusioni: si ritiene che l'utilizzo di quetiapina nella Depressione Bipolare sia auspicabile e che quetiapina possa essere considerata a tutti gli effetti uno stabilizzatore bimodale.

Bibliografia

Camilleri V, Mauri M. *La quetiapina nel trattamento della Depressione Bipolare*. Ital J Psychopathol 2006;11:483-93.

Calabrese J, et al. *The Texas Implementation of Medicatic Alghorithms: Update to the Algorithms for Treatment of Bipolar I Disorder*. J Chin Psycihatry 2005;66:7.

423. Terapia psicofarmacologica in un campione di pazienti con disturbi dello spettro psicotico e uso di nicotina

G. Macchia, M. Simoncini, N. Iovieno, M. Miniati, M. Mauri

D.P.N.F.B., Università di Pisa

Introduzione: la nicotina determina un aumento del metabolismo di numerosi farmaci psicotropi. Scopo dello studio è stato valutare se le dosi medie di neurolettici atipici risultavano superiori nel gruppo dei fumatori.
Metodo: 195 pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico e disturbo bipolare con sintomi psicotici sono stati valutati nel corso di un follow-up naturalistico in cui sono state raccolte informazioni sulla storia del fumo e sulla terapia psicofarmacologica.
Risultati: comparando i fumatori e non fumatori per dosi di singoli neurolettici atipici sono stati riscontrati dosaggi maggiori nei pazienti fumatori senza raggiungere la significatività statistica. Dalla conversione delle dosi di neurolettici atipici in clorpromazina equivalenti le dosi di neurolettico risultavano significativamente maggiori ($p = 0,05$) nei soggetti fumatori rispetto ai non fumatori con dosaggi medi di 246,7 mg ± 227,6 e di 189,3 mg ± 130,3 rispettivamente.
Conclusioni: il nostro studio ha evidenziato la necessità di adeguare i dosaggi farmacologici con neurolettici atipici per i pazienti con disturbi dello spettro psicotico e uso di nicotina.

424. Uso di Nicotina in un gruppo di pazienti con Disturbi dello Spettro Psicotico

G. Macchia, M. Simoncini, N. Iovieno, M. Miniati, M. Mauri

D.P.N.F.B., Università di Pisa

Introduzione: la popolazione psichiatrica costituisce una categoria a rischio per uso di nicotina Scopo dello studio è la valutazione della distribuzione e della frequenza dell'uso di nicotina in pazienti con diagnosi di spettro schizofrenico e disturbo bipolare con sintomi psicotici.
Metodo: 195 pazienti con disturbi dello spettro psicotico sono stati valutati per storia del fumo, BMI e gravità sintomatologica.
Risultati: il 45,1% del campione totale é fumatore, il 54,9% non fumatore. I due gruppi sono sovrapponibili con una mag-

gior percentuale di soggetti di sesso femminile nei pazienti con disturbo BP (57,8%; p = 0,03) e punteggi superiori all'item 'gravità' della CGI nei pazienti affetti da schizofrenia (4,5 ± 1,0; p = 0,01). Le percentuali di fumatori nei pazienti con disturbo BP e schizofrenico sono rispettivamente di 47,1 e 43%. I fumatori sono più frequentemente di sesso maschile (64,8%; p = 0,0001), sono mediamente più giovani, hanno punteggi all'item 'gravità' della CGI più elevati e un BMI significativamente minore (29,5 ± 5,5 *vs.* 28,0 ± 4,3; p = 0,04).
Conclusioni: il confronto tra i due gruppi diagnostici ha messo in evidenza estese aree di sovrapposizione ipotizzando un continuum psicopatologico tra disturbi dell'umore con sintomi psicotici e disturbi dello spettro schizofrenico.

425. Somatizzazione e Disturbi Somatoformi nella Medicina Generale

N. Magnavita

Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale, Padova

La frequenza dei Disturbi Somatoformi è in generale bassa nella popolazione generale (< 1%) mentre nella Medicina Generale è stimata intorno al 20%. Il 30-60% dei pz. del setting della MG lamentano sintomi (perduranti) che non hanno alcun riscontro medico. Non vengono completamente soddisfatti i criteri diagnostici dei DS ma sono ugualmente disabilitanti: somatizzazione subsindromica. I pazienti con somatizzazioni lamentano spesso dolori e altri sintomi gastrointestinali, sessuali, pseudoneurologici.
I pazienti con DS raramente giungono all'osservazione dello psichiatra. Spesso affollano gli ambulatori di altri specialisti (internisti, fisiatri, ch.plastici, neurologi) e dei MMG.
Caratteristiche cliniche-personologiche: tali pazienti tendono ad essere vaghi nel racconto anamnestico ma la presentazione dei sintomi è spesso drammatica ed hanno una storia lunga e complessa. La loro vita è spesso disordinata, dormono poco e male, l'alimentazione è sregolata, presentano difficoltà sessuali. La loro storia include frequentemente comportamenti impulsivi e manipolatori. Presentano problemi coniugali e relazioni interpersonali conflittuali (spesso svalutano il lavoro del medico). Presentano un uso eccessivo dei servizi sanitari, con visite specialistiche, esami di laboratorio superiori a quelli con disturbi organici e un più alto rischio d'incidenti iatrogeni.
Teorie sulla somatizzazione: sono state proposte numerose teorie per spiegare la genesi della somatizzazione. Due modelli in particolare hanno attirato l'attenzione come probabili ipotesi: secondo il primo modello esperienze negative soprattutto di perdita vissute durante l'infanzia contribuiscono all'insorgenza di un disturbo somatizzante,il secondo modello postula che il comportamento somatizzante è la manifestazione di una comunicazione maladattativa conseguente a risposta a stress ambientale possono portare a caratteristiche di personalità da cui origina un comportamento maladattativo di continua ricerca di cure in età adulta. Nei periodi di stress i tratti di personalità maladattativi e la continua ricerca di cura mediche influenzano le interazioni interpersonali e culminano in atteggiamenti di rifiuto da parte di coniugi, familiari e medici. Si viene a creare un fenomeno a spirale discendente in cui il comportamento maladattativo del pz. con somatizzazione, che continua a voler essere curato, provoca ostilità negli altri e questo causa un'ulteriore richiesta di cura.
Gestione del paziente che somatizza: il paziente con somatizzazioni cerca di ottenere cure ed attenzioni attraverso la manifestazione di dolore o malattia fisica. La natura autofrustrante di questo atteggiamento oltre ad alimentare una serie di lamentele da parte del paziente conduce in definitiva ad un rifiuto da parte degli altri. Utile pertanto riconoscere al paziente che i suoi sintomi sono reali e non bugie, riconoscere che il paziente con somatizzazioni sta realmente soffrendo, riconoscere le proprie reazioni di fronte al paziente somatizzante, riconoscere che tali soggetti si comportano tipicamente in maniera ostile, interrompere il ciclo vizioso autofrustrante mostrando al paziente disponibilità e accessibilità in quanto tali e non esclusivamente sotto l'aspetto d'intervento medico tecnico, riconoscere che la sua sofferenza non deriva da una malattia fisica ma dal grave distress causato dal pensiero di esserne affetto e di non riuscire ad ottenere cure adeguate, proporre al paziente appuntamenti regolari e di durata limitata, evitare esami diagnostici non necessari, evitare la prescrizione di ogni nuovo farmaco per ogni nuovo sintomo, evitare l'uso di BDZ, utilizzare AD nei casi più invalidanti-cronici, in cui sia anche presente una sintomatologia depressiva.

426. Efficacia e sicurezza dell'uso di dosaggi crescenti di duloxetina nella depressione maggiore

M. Mancini, A Barraco, A Rossi

Eli Lilly Italia, Sesto Fiorentino (FI)

Introduzione: duloxetina (DLX) si è dimostrata efficace nella terapia della depressione maggiore (DM). La dose normalmente utilizzata è di 60 mg/die in unica somministrazione giornaliera. In questo lavoro, derivato dai risultati riportati in [1], vengono riportati i risultati di uno studio che ha valutato l'efficacia e la sicurezza di DLX a dosaggio crescente fino a 120 mg/die, assunto in due somministrazioni giornaliere.
Metodologia: studio in aperto non controllato *vs.* placebo in due fasi: la prima (ID), della durata di 7 settimane, in cui sia i pazienti che gli psichiatri non conoscevano i tempi di incremento del dosaggio di duloxetina; la seconda (FE), in aperto, lunga fino a 2 anni. Sono stati inclusi un totale di 128 pazienti che, nel corso della ID, hanno ricevuto placebo per una settimana, seguita da un periodo di 1 settimana in cui assumevano 60 mg/die di DLX, da un'altra settimana in cui la dose di DLX veniva titolata a 90 mg/die e da un'ulteriore settimana in cui il dosaggio di DLX arrivava fino a 120 mg/die; questa dose è stata mantenuta per le 4 settimane successive. La FE iniziava con un periodo di 6 settimane nel corso del quale veniva aggiustato il dosaggio di DLX al minimo efficace, seguita da un periodo in cui la terapia proseguiva a questo dosaggio. La sicurezza è stata valutata come incidenza di eventi avversi (EA), variazioni nei parametri vitali, ECG, esami di laboratorio e una Visual Analogue Scale (VAS) per i sintomi gastrointestinali (GI). Per la valutazione dell'efficacia sono state utilizzate la scala $HAMD_{17}$, la CGI-S, la PGI-I e la VAS per il dolore.
Risultati: il 15,6% dei pazienti ha interrotto lo studio a causa di EA. Quelli più frequentemente riportati, verificatisi soprattutto nel primo periodo di titolazione del dosaggio, sono stati nausea, cefalgia, secchezza delle fauci, vertigini e calo

dell'appetito. Gli incrementi successivi del dosaggio hanno causato pochi altri EA. La VAS-GI peggiorava in modo significativo rispetto al basale dopo la prima settimana di terapia con DLX. Gli incrementi successivi del dosaggio hanno mostrato l'assenza di ulteriori peggioramenti ed anche il miglioramento della sintomatologia GI. Tutti i parametri di efficacia mostravano incrementi statisticamente significativi nella fase acuta di trattamento. Nel periodo di follow-up a 2 anni la percentuale di interruzioni per EA è risultata dell'11,9%. Gli unici EA riportati in almeno il 10% dei pazienti sono stati infezioni respiratorie (13,1%), cefalgia (10,7%) e insonnia (10,7%). Le variazioni riscontrate nei parametri cardiaci (incremento medio della pressione sistolica e diastolica rispettivamente di 3,8 e 0,5 mmHg; incremento medio della frequenza cardiaca di 5,9 bpm) e di laboratorio non sono risultate clinicamente rilevanti. I pazienti hanno mostrato un incremento ponderale medio di 3,1 kg.
Conclusioni: questi risultati dimostrano che dosaggi crescenti (60 mg/die > 90 mg/die > 120 mg/die) di DLX, è sicuro e ben tollerato. Nonostante l'incremento del dosaggio, la maggior parte degli EA sono risultati lievi e transitori, e si sono verificati nella prima settimana di terapia (dosaggio 60 mg/die). La terapia a lungo termine con DLX a dosaggio stabile, è risultata associata ad una bassa incidenza di EA e di interruzioni della terapia dovute a EA.

Bibliografia

[1] Woolreich MM, Mallinckrodt CH, Prakash A, Watkin JG, Carter WP. *Duloxetine for the treatment of major depressive disorder: safety and tolerability associated with dose escalation*. Depression and Anxiety 2006 (in press).

427. Rapporti tra depressione e neuroastenia: risultati preliminari di uno studio con duloxetina

A. Mangano, G. Dattola, P. Romeo, F.C. Suraci, C. Tripodi, A. Nucera

La Neurastenia, vista come entità nosografia a se stante, è ormai definitivamente scomparsa dal sistema classificativo internazionale DSM. Anche il termine "Depressione Mascherata", in auge fino ai primi anni '80, che comprendeva quei quadri clinici dove l'elemento preponderante era costituito dalla sintomatologia somatica, è andato, di fatto, in disuso. Tuttavia non muta la realtà clinica che quotidianamente ci riporta alla rilevanza che assumono i sintomi somatici disfunzionali a carico dell'apparato locomotore, nell'ambito dei disturbi depressivi, e tali sintomi non solo sono percentualmente frequenti, ma la loro presenza condiziona pesantemente l'evoluzione clinica e la prognosi stessa del disturbo depressivo. La presenza di questi sintomi spesso non soddisfa pienamente l'individuazione di un ulteriore disturbo per porre una diagnosi in comorbilità (ad es. Disturbo di Somatizzazione – Disturbo di Conversione con Sintomi o Deficit Motori – Disturbo Algico). Viene a porsi così non solo un problema di ordine diagnostico, ma soprattutto su quale scelta terapeutica il clinico deve orientarsi.
Scopo del lavoro: posto che la presenza di sintomatologia somatica condiziona l'espressività e l'evoluzione di numerosi disturbi appartenenti allo spettro dei Disturbi dell'Umore, verificare se l'uso di un farmaco come la Duloxetina in monoterapia incida sulla sintomatologia depressiva di base e sui sintomi somatici di accompagnamento (astenia, mal di schiena, artralgie diffuse, pesantezza alle gambe, torcicollo, cefalea).
Materiali e metodi: su una popolazione psichiatrica, afferente al nostro Servizio per Disturbi dello spettro dell'Umore, abbiamo individuato un gruppo 42 di pazienti con diversa diagnosi di base sull'Asse I del DSM-IV TR, in assenza di diagnosi posta sull'Asse III, già in terapia con un antidepressivo SSRI. Tutti questi soggetti, con almeno 30 giorni di trattamento a dosaggio pieno, cui è stata somministrata l'HAM-D, mostravano ancora punteggi immodificati rispetto all'inizio del trattamento alle sottoscale relative (item 11-16) ai sintomi somatici. Sono stati creati due sottogruppi omogenei per sesso, età, condizione sociale: il primo formato da 22 pazienti ha proseguito il trattamento con l'SSRI già utilizzato, con il secondo gruppo, costituito da 20 pazienti, è stato effettuato uno switch (stop and start) con 60 mg di Duloxetina. Da quel momento di due gruppi così ottenuti sono stati valutati al baseline, dopo 4 e dopo 8 settimane di terapia, utilizzando l'HAM-D e la CGI.
Risultati: entrambi i gruppi in trattamento hanno beneficiato in misura sovrapponibile della terapia antidepressiva (HAM-D < 50%/baseline). Tuttavia nel gruppo trattato con SSRI nessun paziente ha raggiunto un remissione completa della sintomatologia. Diversamente, nel gruppo trattato con Duloxetina ben 15 pazienti (75% del campione) hanno raggiunto una remissione completa (HAM-D ≤ 8).
Commento: dai risultati ottenuti, la Duloxetina si è dimostrata un farmaco di pari efficacia agli SSRI, in ambito antidepressivo. Alcune differenze, dovute al particolare meccanismo d'azione a doppio attacco recettoriale (serotonina/noradrenalina), rendono ragione della sua efficacia sulla sintomatologia somatica. Il successo ottenuto sul controllo dei sintomi somatici ha consentito sulla maggioranza dei pazienti trattati, una remissione completa della depressione, a dimostrazione del fatto che la presenza delle lamentele somatiche incide notevolmente sulla percezione del proprio stato depressivo e sull'evoluzione dello stesso.

Bibliografia

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. *Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairmente*. Arch Fam Med 1994;3:774-9.
Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, et al. *A residual symptoms after partial remission: an important outcame in depression*. Psychol Med 1995;25:1171-80.

428. Efficacia, maneggevolezza e tollerabilità degli atipici nel trattamento a lungo termine delle psicosi

R. Mangiapane, G.P. De Luca, A.M. Xerra
Dipartimentale Salute Mentale Messina Nord, ASL 5

Introduzione: non tutti i neurolettici atipici sono sovrapponibili rispetto alle caratteristiche farmacologiche e farmacodinamiche.
Scopo dello studio valutare nel trattamento a lungo termine delle psicosi l'efficacia, la maneggevolezza e tollerabilità di olanzapina, risperidone e quetiapina.
Materiali e Metodi: sono stati osservati paz. di età compresa tra 30 e 50 con diagnosi di schizofrenia secondo i cri-

teri del DSM IV R per l'80% già in trattamento con neurolettici tipici. Si è effettuato lo switch con atipici secondo le modalità previste dalle attuali linee guida, il 20% non aveva assunto in precedenza neurolettici tipici.
Sono stati osservati in un arco temporale di 15 mesi n° 45 pazienti di cui 15 trattati con Olanzapina ad un dosaggio tra 10 e 20 mg; 15 trattati con quetiapina ad un dosaggio tra 700 e 900; 15 trattati con risperidone ad un dosaggio compreso tra 4 e 6 mg.
Le valutazioni di efficacia, maneggevolezza e tollerabilità sono state condotte tramite somministrazione delle scale di valutazione PANSS e CGI.
Risultati: olanzapina quetiapina e risperidone sono risultati sovrapponibili per quanto riguarda l'efficacia. Si sono verificati sei casi di drop out con l'utilizzo di risperidone per insorgenza di EPS (n° 3 casi non altrimenti correggibile) e iperprolattinemia con galattorrea e amenorrea (n° tre casi). Olanzapina ha determinato in n° 3 casi aumento di peso e ipercolesterolemia, senza determinare sospensione della terapia. Quetiapina ha causato in 3 casi sedazione ed ipotensione ortostatica, corretti da terapia farmacologia sintomatica.
Conclusioni: per quanto riguarda l'efficacia le tre molecole sono risultate sovrapponibili. Olz ha manifestato una migliore maneggevolezza soprattutto nei casi di assunzione in monoterapia. Olz e Qte hanno dimostrato un sicuro profilo di tollerabilità rispetto a Rsp.

Bibliografia

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition revised 2001.
American Psychiatric Association. *Practice Guidelines for the tratment of Patients with Schizofrenia*. Am J Psychiatry 1997;154:1-63.
Black D, Andresen N. *Schizofrenia, Disturbo Schizofreniforme e Disturbo Delirante da Hales Robert*. Yudofsky Stuart, Talbott John: Psichiatria pp. 425-477.
Conti L. *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*. SEE pp. 197-201, 365-367.

429. Verso un modello di valutazione multiassiale di tipo unitario di funzioni neurali, rappresentazioni mentali e processi mentali integrati coscienti e auto-coscienti

B. Manglaviti, P. Aslangul

Dipartimento di Salute Mentale, ASL 3 "Genovese"

Introduzione: orientamenti di pensiero ed evidenze sperimentali di matrice neuroscientifica e psicologica supportano la possibilità di costruire una cornice di riferimento teorica più ampia e complessa per rendere conto delle diverse componenti proprie dell'attività mentale, rappresentate da processi cognitivi, emozionali e motivazionali, sia per ciò che riguarda l'elaborazione di base, sia a livello di forme di elaborazione complessa e integrata, così da considerare come elementi contigui e inscindibili gli aspetti strutturali, anatomo-funzionali, psico-fisiopatologici correlati con l'espressività fenomenica, a loro volta suscettibili di eventuale ulteriore accoppiamento con gli aspetti psicologici soggettivi e intersoggettivi.
Materiale e metodi: è stata utilizzata una griglia di teorizzazioni di tipo eterogeneo, che collega in modo articolato i contributi del pensiero neurobiologico evolutivo, della psicologia dello sviluppo, delle neuroscienze, della psicologia cognitiva e della psicologia psicodinamica, nel rispetto della necessaria corrispondenza tra i livelli specifici di complessità dell'organizzazione neurobiologica presi in esame e le singole prospettive di indagine che ad essi si adattano.
Risultati: è proposta la possibilità di definire in modo simultaneo ciascun processo di funzionamento mentale, appartenente ai domini neuropsicologici e psicologici cognitivi, analogamente a quanto accade per gli aspetti sintomatologici e diagnostici in psichiatria, secondo un modello di valutazione di tipo multiassiale unitario, costituito da variabili funzionali tra loro interconnesse, che specifica lo sviluppo attuale di funzioni neurali, rappresentazioni mentali e processi mentali integrati con riferimento: a) agli aspetti descrittivi di funzioni neurali, rappresentazioni mentali e processi mentali non riferiti al Sé o riferiti al Sé (incluse singole componenti e fasi costitutive); b) al grado di integrità dei substrati neurobiologici conosciuti (aspetti genetico-molecolari, neuroanatomici, neurochimici, endocrini e immunologici); c) alle modalità generali del funzionamento cerebrale e mentale e alle capacità di elaborazione delle informazioni (riferite a sensopercezioni, idee, affetti, impulsi) secondo i modelli proposti dagli approcci neurofisiologico, neuropsicologico e delle neuroscienze cognitive; d) ai sistemi psicologici di interpretazione obiettivante di processi e meccanismi mentali intrasoggettivi e intersoggettivi, comprese le organizzazioni di personalità e di identità personale; e) ai fattori che interferiscono o ostacolano lo sviluppo attuale di rappresentazioni mentali e processi mentali nella vita di relazione; f) alle modalità specifiche del funzionamento cerebrale, mentale e intersoggettivo (valutazione del grado di integrità/compromissione di tipo quantitativo e/o qualitativo delle funzioni cerebrali e mentali in oggetto, in relazione con il modello interpretativo utilizzato); g) alle capacità di connessione di funzioni specifiche con le funzioni correlate e con la totalità delle funzioni cerebrali e mentali.
Discussione e conclusioni: si ritiene che la possibilità di adottare una cornice di riferimento teorico multiassiale per le diverse funzioni mentali prese in considerazione, che unisce in sé coordinate strutturali, anatomo-funzionali e psicofisiopatologiche, che sono suscettibili di eventuale ulteriore associazione con lo studio delle esperienze psicologiche soggettive e delle modalità di funzionamento di tipo psicologico e/o psicosociale, rappresenti un utile supporto sia per l'impostazione di pratiche di "assessment" di aspetti neuropsicologici e psicopatologici, sia per una programmazione razionale di interventi terapeutico-riabilitativi in ambiti neurologici e psichiatrici.

Bibliografia

Bennett MR, Hacker PMS. *Philosophical foundations of neuroscience*. Oxford, UK: Blackwell 2003.
Kandel E. *Biology and the future of Pychoanalysis: a new intellectual framework for Psychiatry revised*. Am J Psychiatry 1999;156:505-24.
Solms M, Turnbull O. *Il cervello e il mondo interno*. Cortina 2004.

430. L'attività motoria nel trattamento integrato del bed: influenza di aspetti psicologici e psicopatologici

E. Manzato, B. Mori, M. Poppi

Centro Disturbi del Comportamento Alimentare, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ferrara

Introduzione: l'attività motoria è uno dei cardini dei trattamenti integrati con il paziente con Binge Eating Disorder (paziente obeso, con disturbo alimentare), con l'obiettivo di promuovere un cambiamento dello stile di vita, da sedentario ad attivo.
L'attività motoria è utile sul calo ponderale, ma anche su aspetti psicopatologici e psicologici, per es. sull'autostima e il senso di autoefficacia.
Impedimenti di tipo psicologico si ritrovano, spesso, alla base di resistenze e di drop-out da parte del paziente rispetto all'attività motoria.
Presenteremo un'esperienza di gruppo di attività motoria con pazienti BED svolta presso il Centro Multidisciplinare per i Disturbi del Comportamento Alimentare di Ferrara, come intervento di tipo osservazionale.
Risultati: nonostante i benefici dell'attività fisica, nell'esperienza pratica si riscontrano gravi difficoltà sia nel reclutamento che nell'esecuzione di progetti di attività motoria: impedimenti oggettivi (complicanze fisiche e sedentarietà) e impedimenti psicologici e psicopatologici legati alle caratteristiche del Bed (focalizzazione sul corpo, vergogna, scarsa autostima e senso di autoefficienza ecc.) e alla comorbilità psichiatrica (depressione, discontrollo degli impulsi ansia ecc.).
Conclusioni: l'attività motoria nei pazienti BED dovrebbe essere preceduta e accompagnata da un gruppo di "parola" per permettere al paziente di affrontare le problematiche legate al corpo ed evitare i drop-out.

431. Un caso di gravidanza in grave anoressia

E. Manzato, T. Zanetti, M. Gualandi, L. Puntone, S. De Paoli

Centro Multidisciplinare per i Disturbi del Comportamento Alimentare, Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara

Verrà riportato il caso clinico di una ragazza di 19 anni di origini arabe affetta da una grave anoressia nervosa (Body Mass Index, BMI =13,8) alla trentatreesima settimana di gravidanza.
La paziente ricoverata in Clinica Ostetrica riferiva di non aver mai avuto un BMI superiore a 13,3 al di fuori della gravidanza ma di aver sempre avuto il ciclo mestruale presente e regolare. Veniva negato il desiderio di magrezza ma erano presenti rifiuto del recupero del peso, ipercontrollo sull'alimentazione, sistematico body checking, paura che il figlio fosse in sovrappeso quando è stata sottoposta ad integrazione nutrizionale con accesso periferico ed integratori.
Escluse cause di malassorbimento (celiachia, enteropatia proteinodisperdente, etc) o altre cause di malnutrizione (disfunzioni tiroidee, neoplasie, emopatie).
Il parto è avvenuto spontaneamente alla 36esima settimana con un BMI di 14,3. Il neonato pesava 2,8 kg e non ha potuto essere allattato per i seri rischi legati alla malnutrizione materna.
È risultato difficile far accettare la diagnosi di anoressia nervosa sia per una naturale negazione di malattia sia perché la paziente non ne aveva mai sentito parlare in precedenza. In Marocco veniva curata con vitamine.
Conclusione: il caso in oggetto pone degli interrogativi sulla casistica dell'anoressia nervosa in pazienti di etnie e culture diverse, sulla rigidità dei criteri diagnostici dell'attuale sistema categoriale e sull'attenzione medica necessaria nelle situazioni gravidiche in stati di defedamento.

432. Case Report: Quetiapina in Anoressia Nervosa Maschile

E. Manzato

Centro Disturbi del Comportamento Alimentare, Dipartimento Medico, Azienda Ospedaliero- Universitaria, Ferrara

Introduzione: l'Anoressia nervosa maschile è rara ed è accompagnata da grave comorbilità psichiatrica. Nelle linee guida non vi è alcun farmaco indicato ufficialmente per l'AN. Non vi sono trial controllati e randomizzati che dimostrino l'efficacia dei nuovi antipsicotici nell'AN. La quetiapina è un antipsicotico atipico e mostra un aumento ponderale modesto.
Scopo: del nostro lavoro è valutare l'efficacia della quetiapina nel trattamento, presso il Centro DCA di Ferrara, di un paziente maschio con Anoressia Nervosa purgativa, BMI = 13 e personalità di tipo psicotico.
Valutiamo il recupero ponderale, la compliance del paziente e la remissione dell'AN durante la terapia e al follow-up di 80 settimane.
Metodologia: per l'inquadramento diagnostico oltre ai colloqui di validazione è stata somministrata scheda SCID per diagnosi di DCA, test: EDI; EAT; BDI; BAQ.
Nella fase di trattamento multidisciplinare è stata prescritta quetiapina: 100 mg x 3 volte/die.
Risultati: il peso, stabile nelle prime due settimane, ha iniziato gradualmente a crescere (BMI da 13,4 a 17,5). Nell'ultimo follow-up (a 80 settimane), vi era una totale remissione dei sintomi.
Discussione: l'utilizzo dei farmaci può servire nell'AN, è essenziale non avere un aumento ponderale farmaco-indotto, per non attivare le resistenze dei pazienti legate alla paura di ingrassare. La quetiapina si può inserire tra i nuovi antipsicotici come il farmaco che meno interagisce con l'aumento di peso e aiuta, come nel nostro caso, a mantenere la compliance del paziente.

433. Formazione di gruppo ad orientamento psicodinamico nel Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare di Ferrara

E. Manzato, S. De Paoli Vitali, B. Mori, M. Poppi, M. Leoni

Centro DCA, Dipartimento Medico, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ferrara

I DCA richiedono un approccio multidisciplinare cioè interventi di più professionalità per una situazione complessa; è perciò difficile avere una visione condivisa del disturbo.

Descriviamo l'esperienza del Centro DCA di Ferrara, in cui il gruppo multiprofessionale si è riunito per 7 anni a scadenze mensili, con conduttore esterno a formazione psicodinamica, per discutere casi clinici, mantenendo di ogni incontro una " memoria" scritta.
I gruppi di discussione erano organizzati sulla tipologia dei "Gruppi Balint" e l'esperienza si è svolta in ambito istituzionale. Il gruppo ha elaborato un'idea condivisa, ha funzionato come un contenitore in grado di vedere integrate le parti scisse dei pazienti, ha rielaborato le sofferenze portate dai pazienti stessi. Questo fatto ha favorito una uniformità di interventi dell'équipe anche in situazione diverse (ambulatorio, degenza, day-hospital).
Il gruppo è diventato uno strumento per scoprire i vari significati del sintomo e gli operatori sono stati in grado di utilizzare più consapevolmente le risorse individuali e professionali. Lo scopo del nostro lavoro è mostrare come sia possibile creare e mantenere in un contesto istituzionale multidisciplinare esperienze di formazione in gruppo, in cui la discussione libera rende possibile quella che viene definita "funzione psicoanalitica della mente": capacità specifica di entrare in rapporto con l'altro e di trasformare gli elementi affettivi dolorosi ed insopportabili in comunicazioni e pensieri attivanti la crescita personale e professionale.

434. Il paziente con disturbi alcol correlati in cura presso un reparto di gastroenterologia: caratterizzazione psicopatologica e follow-up ad un mese

M. Marcenaro[*], G. Testino[**], A. Sumberaz[**], S. Gotelli[*], W. Natta[*], S. Oldrati[*], L. Peruzzo[*]

[*] *Dipartimento Neuroscienze-Oftalmologia-Genetica, Sezione di Psichiatria, Università di Genova;* [**] *U.O. Epatogastroenterologia e Patologia Alcol-correlate*

Introduzione: nell'ambito della patologia alcol-correlata si riscontra da parte dei pazienti il ricorso a diverse figure terapeutiche. In un ottica di intervento multidisciplinare si inserisce il presente contributo.
Metodologia: l'obiettivo di questo lavoro è la caratterizzazione in termini psicopatologici dei pazienti afferenti all'U.O.di Gastroenterologia. I pazienti sono stati valutati con una raccolta anamnestica mirata, BPRS, AUDIT.
Risultati: il campione risulta omogeneo dal punto di vista del contesto socio-ambientale, con un quadro di dipendenza pluriennale. I sintomi psichiatrici più frequentemente rilevati appartengono alla sfera dei Disturbi d'Ansia e dell'Umore, mentre sembrano assenti i sintomi dell'area psicotica. Gli eventi di vita stressanti sembrano presenti in una ridotta percentuale del campione.
Conclusioni: i pazienti risultano soddisfatti della tipologia di intervento proposto e mostrano nella maggior parte dei casi una riduzione delle condotte d'abuso fino all'astinenza. Per una migliore caratterizzazione psicopatologica dei pazienti sembra essere opportuna una valutazione della personalità.

Bibliografia

Babor TF, et al. *The Alcohol Use Disorders Identification Test - Guidelines for Use in Primary Care - Second Edition*. Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization 2001.

435. Un gruppo operativo in reumatologia

M. Mari[1], L. Di Maio[1], P. Gremigni[2], M. Sommaruga[3], W. Grassi[4]

[1] *Dipartimento di Salute Mentale, ASUR Marche ZT 5 Jesi (AN);* [2] *Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna;* [3] *Fondazione Salvatore Maugeri, Tradate (VA);* [4] *Clinica Reumatologica, Università Politecnica delle Marche*

Lo studio era teso a valutare i cambiamenti nelle abilità comunicative di 23 operatori sanitari (78,3% femmine, 21,7% maschi, età media 38,3 ± 9,7 anni), membri dell'équipe della Clinica reumatologica dell'Università politecnica delle Marche (30,4% medici, 4,4% biologi, 52,2% infermieri, 13% OSS), dopo avere partecipato ad un Corso di aggiornamento in Psicologia Medica, condotto mediante la tecnica del Gruppo Operativo di Pichòn Rivière.
Ai professionisti fu chiesto di autovalutarsi, prima e dopo il Corso, utilizzando l'HCCQ (Health Care Communication Questionnaire), un questionario con 16 item ed una scala likert a 5 punti, forma B (apposita per gli operatori sanitari). In più, per due settimane dall'inizio del Corso, ai pazienti della Clinica reumatologica fu chiesto di valutare le abilità comunicativa dell'équipe tramite l'HCCQ forma A (per i pazienti), composta da 14 item. Trentatrè pazienti hanno compilato il questionario in modalità anonima. Abbiamo proposto la stessa somministrazione dopo la fine del Corso, hanno compilato l'HCCQ trentaquattro pazienti.
I risultati dell'ANOVA per misure ripetute mostra una leggera tendenza al miglioramento nella maggior parte delle dimensioni dell'HCCQ forma B e una tendenza al miglioramento statisticamente significativa in quasi tutte le dimensioni dell'HCCQ forma A.
Il Corso di aggiornamento rivolto ad accrescere le abilità comunicative degli operatori sanitari appartenenti all'équipe della Clinica reumatologica sembra aver avuto alcuni effetti positivi immediati, in special modo riferiti dalle esperienze dei pazienti.

436. Progetto di Psico-oncologia del DSM di Ascoli Piceno: prevenzione e gestione del disagio psichico del paziente oncologico

G. Mariani, F. Faiella, M. Squillacioti, A. Barioglio, M. Vizza

Dipartimento di Salute Mentale, ASUR ZT 13 Ascoli Piceno

Introduzione: il nostro progetto consiste nel creare un Servizio di Psico-oncologia che preveda la collaborazione tra il DSM di Ascoli Piceno, lo IOM (Istituto Oncologico Marchigiano), l'ADI (Assistenza Cure Domiciliari) e i Reparti Ospedalieri che gestiscono i pazienti oncologici.
Obiettivi: la corretta gestione del disagio psicologico e psichiatrico in oncologia può contribuire, attraverso terapie integrate (psico-farmacologiche e di supporto psicoterapico) a migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei familiari(1)Gli interventi si articolano sul paziente, sulla famiglia e sul personale sanitario.
Materiali e metodi: il progetto prevede la formazione degli Operatori dei Servizi coinvolti attraverso corsi di psico-oncologia con la successiva attivazione di un sistema di Consulenza e Collegamento (Consultation- Liaison) tra i Reparti Ospe-

dalieri, il DSM, lo IOM e l'ADI. Dopo la dimissione ospedaliera sarà istituita un'assistenza al malato con visite domiciliari e interventi ambulatoriali. A domicilio saranno erogate prestazioni infermieristiche, mediche (palliativista, psichiatra ecc.) e psicologiche; in ambulatorio alcuni specialisti effettueranno consulenze, psicoterapie individuali, di gruppo, familiari e verranno organizzati gruppi AMA. Gli operatori avranno una formazione permanente e saranno costituiti gruppi Balint.
Conclusioni: il nostro progetto si propone di rispondere alle esigenze del malato oncologico e della sua famiglia, tentando di strutturare un percorso di cura che permetta al paziente di non sentirsi smarrito all'interno di una malattia che di per sé è destrutturante e labirintica. Importante è costruire un'équipe multidisciplinare di professionisti, nei vari Reparti e Servizi, che collaborino nella gestione del disagio psicologico del paziente oncologico.

Bibliografia

Razavi D. *Psychology, psychiatry and oncology: recent and future findings*. Bull Mem Acad R Med Belg 2006;161:127-35.

437. La terapia farmacologica delle psicosi: esperienza del DSM di Ascoli Piceno con Risperidone RP

G. Mariani[*], M. Vizza[*], M.Squillacioti[*], F. Faiella[*], G. Santone[**], M. Arturo[*]

[*] *Dipartimento di Salute Mentale, ASUR ZT 13 Ascoli Piceno;* [**] *Clinica Psichiatrica, Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Medicina e Chirurgia*

Introduzione: il nostro studio è stato effettuato presso il Dipartimento di Salute Mentale di Ascoli Piceno nel periodo gennaio-agosto 2006, per verificare l'efficacia e la tollerabilità del Risperidone a Rilascio Prolungato.
Obiettivi: l'obiettivo dello studio è stato di verificare l'efficacia e la tollerabilità del nuovo atipico long-acting rispetto agli antipsicotici di vecchia generazione e migliorare il grado di soddisfazione personale del paziente, aumentando la compliance al trattamento [1].
Materiali e Metodi: sono stati selezionati due gruppi di pazienti dei quali il primo (gruppo campione) in trattamento con neurolettici long acting tipici, il secondo con Risperidone RP. Entrambi i gruppi sono stati analizzati secondo variabili qualitative: età, sesso, stato civile, condizioni sociale, conviventi, episodi di aggressività durante la malattia. Per la valutazione ed il monitoraggio abbiamo utilizzati i seguenti test: CGIg, VGF e PANSS.
Risultati: la nostra analisi attraverso le tre scale di valutazione ha evidenziato punteggi omogenei nei due gruppi all'inizio e alla fine del trattamento, ma durante i follow-up mensili notiamo che il miglioramento nel gruppo 2 è statisticamente significativo già al secondo mese di trattamento, mentre nel gruppo 1 intorno al III-IV mese. Questo andamento si evidenzia in tutte le scale, soprattutto alla PANSS. Un altro parametro considerato è stata la presenza di effetti collaterali, in particolar modo di quelli extrapiramidali;dai dati emerge che nel il gruppo 2 non si sono verificati effetti collaterali di alcun tipo.
Conclusioni: dal nostro studio emerge che il Risperidone RP presenta una maggiore tollerabilità rispetto agli antipsicotici di vecchia generazione, migliorando l'adesione al trattamento e la qualità della vita dei pazienti.

Bibliografia

[1] Keith SJ. *Pratical Application of pharmacology with Long-Acting Risperidone for patients with Schizophrenia*. Psychiatry Serv 2004;55:997-1005.

438. Confronto fra terapia con neurolettici vs. Quetiapina in Add-On o in Monoterapia nel lungo termine

N. Marinelli[*], A. Rella[**]

[*] *C.S.M., P.te S. Giovanni-Perugia,* [**] *Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione psichiatrica, Università di Perugia*

Introduzione: è fondamentale per i pazienti schizofrenici e schizoaffettivi una terapia che nel lungo termine preveda una migliore tollerabilità, oltre all'efficacia. La maggiore accettabilità da parte del paziente determina un miglioramento della qualità di vita.
Metodologia: lo studio si propone di confrontare l'efficacia, gli effetti collaterali, la qualità di vita, il funzionamento sociale e il numero di ricoveri di 2 gruppi di 15 pazienti ciascuno, affetti da schizofrenia e da disturbo schizoaffettivo. Il 1° gruppo era in terapia con NL tipici, il 2° gruppo era in Add-on o in Switch a Quetiapina, con un dosaggio nel range: 600 mg-1200 mg. Il periodo considerato era: 01/09/2002-30/08/2006 con valutazioni all'inizio dello studio e ad intervalli di un anno. L'efficacia è stata determinata con la CGI; la qualità di vita e la funzionalità sociale con la DAI-10 e la SF-36.
Risultati: i pazienti in terapia con Quetiapina in Add-on avevano meno effetti collaterali (8% *vs.* 40%), migliore funzionalità sociale e migliore qualità di vita. Il numero di ricoveri era sovrapponibile nei 2 gruppi (3% *vs.* 5%).
Conclusioni: una terapia con NL tipici è più gravata da effetti collaterali e determina un peggior funzionamento sociale rispetto alla riduzione a dosaggi bassi di NL con aggiunta di Quetiapina.

Bibliografia

Glick ID. *Long-Term Maintenance Therapy With Quetiapine* vs. *Haloperidol Decanoate in Patients With Schizophrenia or Schizoaffective Disorder*. J Clin Psychiatry 2005;66:5.

Chue P, et al. *An Open-Label, Effectiveness Study of Long-Term Quetiapine Treatment*. The Journal of Applied Research 2005;5(2).

439. Valutazione dei parametri psicologico-psichiatrici in un campione di 63 pazienti affetti da Disordini Cranio-Mandibolari

M. Marini, F. Nifosì, L.N. Guarda, L. Sifari, G. Novello, E. Violato, C. Pavan, L. Pavan

Clinica Psichiatrica, Padova

Introduzione e scopo: i DCM sono patologie coinvolgenti l'Articolazione Temporo Mandibolare. Negli ultimi anni la letteratura ha dimostrato un sempre maggiore interesse nei

confronti dei fattori psicosociali in grado di interferire nel determinismo di tali sindromi [1].
Metodologia: sono stati somministrate HDRS, HARS e SCL-90R. Il campione (63 pazienti, 75% femmine) è stato suddiviso in 3 gruppi in base alla diagnosi: G1 MUSCOLARI (N = 19), G2 ARTICOLARI (N = 26) e G3 MISTI (N = 18). G1 e G3 sono stati accorpati in un unico gruppo Misto M.
Scopo dello studio è valutare il grado di distress psichico nei pazienti DCM e verificare la presenza di eventuali differenze psicopatologiche fra pazienti M e A.
Risultati: i nostri dati preliminari attestano differenze statisticamente significative nell'anamnesi psichiatrica personale per G1 e psicofarmacologica per G1 e G3. Il campione in toto presenta depressione lieve e ansia moderata. Il gruppo M presenta livelli di ansia elevati.
SCL90R: livelli di depressione lieve, somatizzazione moderata e distress psicologico globale elevato in toto; differenze significative in alcune sottoscale fra M e A.
Discussione: il 33% dei pazienti in toto mostra un disagio psichico in atto: quelli maggiormente sofferenti paiono i Muscolari-Misti.
Conclusioni: il coinvolgimento della muscolatura masticatoria potrebbe causare un livello di maggiore disagio psichico. Obiettivi futuri saranno la valutazione personologica attraverso l'MMPI, l'aumento della numerosità campionaria e il confronto con un campione di soggetti sani controllo, limiti presenti nel nostro studio.

Bibliografia

1 Dworkin et al. Journal of Craniomandibular Disorders Facial Oral Pain 1992;6:301-55.

440. Quetiapina e riabilitazione. Esperienze in comunità alloggio

G. Marotta

ASL 7 Ragusa

Introduzione: in quest'ultimo decennio gli obiettivi della moderna psichiatria sono cambiati, infatti non si mira più solo alla stabilizzazione della sintomatologia, alla prevenzione delle ricadute, ma anche e soprattutto al pieno recupero delle funzioni e abilità sociali del paziente. A conforto di ciò descrivo l'esperienza di 14 miei pazienti che dal 2004 assumono quetiapina.
Metodologia: il campione è formato da 14 pazienti con differente diagnosi, 8 hanno diagnosi di Schizofrenia 4 di D.B. di tipo 1, 2 Disturbo border line di personalità. Età media dei pazienti 26 anni. Tutti i pazienti prima del 2004 hanno subito numerosi ricoveri, maggiore frequenza è stata riportata per i 4 pz affetti da D.B., provenivano da terapie sia di prima che di seconda generazione con un'anzianità di patologia max di due anni. Lo switch verso quetiapina è stato effettuato nell'anno 2004 e le condizioni dei pazienti erano leggermente migliorate, mostrando maggiore collaborazione tanto da entrare in regime residenziale volontariamente. I dosaggi medi di Quetiapina sono stati nel 2006 di 600 mg per pz affetti da schizofrenia e di 300 mg per gli altri pz.
Risultati: ad oggi i pazienti sono stabilizzati senza avere subito alcun ricovero da due anni, il dosaggio relativamente basso di quetiapina è probabilmente da attribuire alla maggior sensibilità recettoriale, sono stati inseriti dietro loro richiesta in progetti riabilitativi individualizzati quali: Scuola di restauro, Corso di computer, corso per rilegare vecchie edizioni di libri. Un paziente è stato inserito in comnità alloggio semiresidenziale all'inizio dell'anno e ad Agosto è rientrato in famiglia.
Conclusioni: l'esperienza di questo gruppo di pazienti diversi per patologia ma accomunati dall'uso di una terapia che ha offerto la stabilizzazione della sintomatologia [1], la prevenzione delle ricadute, ma anche e soprattutto ha offerto accesso al recupero delle funzioni e delle abilità sociali del paziente [2], fa ben sperare per il futuro di questa generazione di pazienti.

Bibliografia

1 Ohlsen Rl, et al. *Clinical Effectiveness in first-episode patients*. European Neropsychopharmacology 2004;14:445-51.
2 Chue P, et al. *An open-label, effectiveness study long-term quetiapine treatment*. The Journal Applied Research 2005;5:246-52.

441. Disturbi del comportamento alimentare e disturbi di personalità: qual è il confine?

V. Martinelli[*], C. Nichini[*], I. Repossi[*], G. Pinelli[*], E. Caverzasi[**], A. Tagliabue[*]

[*] *Centro Interdipartimentale di Studi e Ricerche sulla Nutrizione Umana e sui Disturbi del Comportamento Alimentare,* [**] *Centro Interdipartimentale di Studio e Ricerca sui Disturbi di Personalità, Università di Pavia*

I dati in letteratura indicano una prevalenza significativa di disturbi di personalità (DP) nei pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare (DCA). Nonostante la presenza di dati conflittuali, si stima una comorbidità fra DP e DCA compresa fra 27 e 93%. Tale discrepanza è probabilmente ascrivibile a fattori quali variabilità campionaria, criteri di reclutamento e strumenti utilizzati per l'assessment. È noto che strumenti autosomministrati tendono a sovrastimare la prevalenza di DP in pazienti con DCA. D'altra parte, studi longitudinali indicano che la presenza di DP nella prima età adulta sia associata alla insorgenza di DCA nei successivi dieci anni. Nonostante queste evidenze, le relazioni fra DP e DCA rimangono tuttora poco chiare, con una serie di problematiche irrisolte. L'esordio di un DP precede necessariamente quello di un DCA? Un DCA potrebbe rappresentare la prima manifestazione di un DP? Esistono nella popolazione generale tratti di personalità che possono agire come fattori di rischio per DCA? Risultati preliminari sembrano infatti indicare che perfezionismo, tratti ossessivo-compulsivi, narcisismo e sociotropia possano precedere lo sviluppo di un disturbo alimentare. È pertanto possibile avanzare la proposta di un modello che teorizza le forme più severe di DCA come DP che si siano coagulati attorno ad una ristretta espressione sintomatologica sull'alimentazione.

442. Intervento strutturato nel disturbo borderline di personalità: la quetiapina dall'acuto al progressivo. Risultati preliminari

R. Martino, A. Gentile

Dipartimento Salute Mentale, ASL BA5 Putignano (Bari)

Introduzione: a tutt'oggi nessun farmaco ha indicazione per il trattamento del disturbo borderline di personalità (DBP); ciò nonostante i seguenti punti vengono considerati meritevoli di trattamento antipsicotico: manifestazioni di ostilità ed aggressività; problemi del corso o contenuto del pensiero; necessità di azione sedativa.
Obiettivi: verificare quanto la farmacoterapia ed il sostegno psicoterapico possono vicendevolmente incrementare la reciproca efficacia.
Si considera l'applicazione della quetiapina in monoterapia verso le condotte aggressive e quelle impulsive.
Metodologia: sono stati considerati 8 pazienti con DBP, la cui valutazione diagnostica ha utilizzato le interviste SIDP-IV e DIB. A 5 pazienti è stato proposto solo un trattamento con quetiapina ed ai restanti 3 anche un setting psicologico di tipo psicodinamico.
La quetiapina è stata utilizzata, completando la titolazione entro 10 giorni, in un range composto fra i 400 ed i 900 mg (dose media 600 mg/die). La valutazione dei pazienti è stata effettuata al basale (T0), dopo 1(T1), 4 (T2), 8 (T3) e 12 (T4) settimane, utilizzando le scale AQ per l'aggressività e BIS-11 per l'impulsività.
Risultati: già nei primi tre mesi quetiapina si dimostra efficace nel controllo dell'aggressività e dell'impulsività. Tale efficacia viene accentuata nei pazienti in psicoterapia.
Conclusioni: risultati preliminari verificano un intervento strutturato con quetiapina nel disturbo borderline di personalità efficace presidio terapeutico.

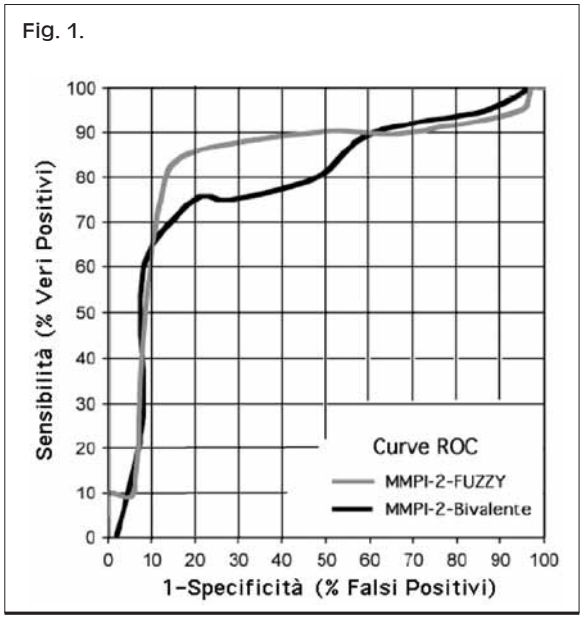
443. Il MMPI-2-FUZZY. Incremento della Accuratezza Diagnostica del MMPI-2 per mezzo di un innovativo metodo di somministrazione

V. Martino, F. Campobasso, A. Cannito, Y. Massaro, A. Rosito

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Sezione di Psichiatria e Medicina Comportamentale, Università di Bari

Scopo: una delle difficoltà connesse alla somministrazione dell'MMPI sta nel dover fornire risposte forzatamente dicotomiche (Vero/Falso o 0/1). Per affrontare questo problema abbiamo ideato una nuova versione del test, il MMPI-2-FUZZY, che consente ai testandi di rispondere in maniera sfumata secondo i principi della logica fuzzy [1]. La logica fuzzy si basa sull'attribuzione ad ogni proposizione (nel nostro caso l'item del test) di un grado di Verità compreso nell'intervallo continuo da 0 a 1 [1].

Fig. 1.



Metodologia: la nuova modalità di somministrazione del test è stata tradotta in un programma informatico che permette di esprimere il grado di accordo (o di disaccordo) ad ogni item del MMPI-2 muovendo un cursore lungo una barra continua contenente valori che vanno da 100% Vero a 100% Falso. Si è effettuata una prima taratura del MMPI-2-FUZZY su un campione di 112 soggetti sani (63 femmine e 49 maschi). Si è quindi confrontata l'accuratezza diagnostica del MMPI-2-FUZZY con quella dell'MMPI-2 classico (Bivalente) utilizzando come criterio esterno di Validità le diagnosi di dimissione dalla Clinica Psichiatrica dell'Università di Bari di 20 soggetti maschi con disturbi psicotici. Il confronto tra le versioni classica (Bivalente) e Fuzzy è stato effettuato con il metodo delle curve ROC (Receiver Operating Characteristic).
Risultati: l'analisi delle curve ROC (Fig. 1), della Sensibilità, Specificità e Accuratezza Diagnostica globale (cut-off 65 punti-T) (Tab. I) evidenzia una maggiore Validità del MMPI-2-FUZZY nel discriminare gli ammalati dai sani.
Conclusioni: la versione MMPI-2-FUZZY può portare ad evidenti vantaggi nell'applicazione clinica e soprattutto medico-legale del MMPI-2.

Tab. I.

	Sensibilità	Specificità	Accuratezza Diagnostica
MMPI-2-FUZZY	0,9	0,51	0,62
MMPI-2-Bivalente	0,8	0,51	0,59

Bibliografia

[1] Zadeh LA. *Fuzzy Sets.* Information and Control 1965;8:338-53; Zadeh LA. *The birth and evolution of Fuzzy Logic.* Int J General System 1990;17:95-105.

444. Pregabalin, tiapride e lorazepam nella sindrome da astinenza da alcol: uno studio randomizzato e controllato

G. Martinotti, M. Di Nicola, L. Guerriero, D. Tedeschi, C. Pedullà, G. Pozzi, L. Janiri

Day-Hospital di Psichiatria Clinica e Farmacodipendenze; Policlinico "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Introduzione: le benzodiazepine (BDZ) rappresentano il trattamento di elezione per i sintomi da astinenza da alcol di entità lieve o moderata. Tuttavia, esse possono interagire con l'alcol provocando incoordinazione motoria ed essendo soggette anch'esse a condotte di abuso. Sono stati proposti trattamenti alternativi, come gli antagonisti dei recettori dopaminergici e gli anticonvulsivanti, per il trattamento della sindrome astinenziale, con risultati promettenti. Lo scopo del presente studio, effettuato in modalità randomizzata e controllata, è quello di confrontare l'efficacia di pregabalin, tiapride e lorazepam nel trattamento della sindrome astinenziale in un gruppo di pazienti alcol-dipendenti. Secondariamente sono state esplorate l'incidenza di ricadute, il craving per l'alcol e la sintomatologia psichiatrica.
Metodologia: 90 pazienti con diagnosi di Dipendenza da Alcol (DSM-IV-TR) sono stati assegnati in modo randomizzato al trattamento orale con dosi flessibili di pregabalin, tiapride e lorazepam nelle 2 settimane successive alla cessazione del potus. Sono stati utilizzati il "Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised" (CIWA-AR) per valutare la sintomatologia astinenziale, l'"Obsessive Compulsive Drinking Scale" (OCDS) e la "Visual Analogue Scale for Craving" (VASc) per stimare l'entità del craving e la "Symptoms Check List-Revised" (SCL-90-R) per individuare la sintomatologia psichiatrica sottosoglia.
Risultati: i risultati preliminari hanno evidenziato una riduzione dei sintomi astinenziali, del craving e della sintomatologia psichiatrica in tutti e tre i gruppi ($p < ,001$), tra i quali non è stata individuata nessuna differenza significativa. Tuttavia, la riduzione del punteggio connesso alla sottoscala per l'ansia del SCL-90-R è risultata essere significativamente minore nel gruppo in trattamento con tiapride. Tutti i trattamenti hanno dimostrato un buon profilo di tollerabilità ed una bassa incidenza di sintomatologia di tipo avverso.
Conclusioni: il presente studio conferma l'efficacia e la sicurezza del lorazepam e della tiapride nel trattamento della sintomatologia astinenziale e suggerisce il possibile impiego del pregabalin. È certamente necessario aumentare i margini di significatività dello studio ampliando la numerosità del campione.

Bibliografia

Bender S, Scherbaum N, Soyka M, Ruther E, Mann K, Gastpar M. *The efficacy of the dopamine D2/D3 antagonist tiapride in maintaining abstinence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in 299 alcohol-dependent patients.* Int J Neuropsychopharmacol 2006;1:1-8.

Polycarpou A, Papanikolaou P, Ioannidis JP, Contopoulos-Ioannidis DG. *Anticonvultants for alcohol withdrawal.* Cochrane Database Syst Rev 2005;20(3).

Shaw GK. *Detoxification: the use of benzodiazepines.* Alcohol Alcohol 1995;30:765-70.

445. Stati emotivi della donna in gravidanza: indagine in un consultorio familiare

C.R.M. Massaro[*], V. Giannone[**]

[*] Dipartimento di Salute Mentale, ASL FG-Università di Foggia; [**] Università di Foggia, Corso di Laurea in Ostetricia

Introduzione: la gravidanza è caratterizzata da una trasformazione dei vissuti emotivi della donna, in cui entrano in gioco fattori biologici e psicologici, nonché tutti quei cambiamenti che si verificano nel sistema di vita e nell'autopercezione della gestante. Lo scopo del presente studio è stato quello di valutare gli stati emotivi in un gruppo di donne che hanno frequentato il corso di preparazione al parto nel consultorio familiare n. 3 della ex ASL-FG3, e di individuare le eventuali situazioni di rischio per lo sviluppo di disturbi dell'umore post-partum.
Metodologia: lo studio, in aperto, è stato condotto nell'arco di due mesi e la valutazione psicometrica è stata effettuata con l'inventario POMS (*Profile of Mood States*) di McNair et al. (1981), che misura sei fattori ed altrettanti stati affettivo-emotivi: (Tensione-Ansia, Depressione-Avvilimento, Aggressività-Rabbia, Vigore-Attività, Stanchezza-Indolenza, Confusione-Sconcerto). Lo strumento è stato somministrato ad un campione di n. 25 donne alla 37° settimana di gravidanza, di età compresa tra i 27 e i 40 anni.
Risultati e Conclusioni: dai dati emersi si evince che n. 21 donne (84%) hanno, complessivamente, evidenziato un buon senso di sicurezza ed un atteggiamento abbastanza tranquillo e sereno. Soltanto n. 4 donne del campione esaminato hanno evidenziato dei risultati al POMS al "limite superiore" nel fattore D (depressione-avvilimento), nel fattore A (aggressività-rabbia) e nel fattore C (confusione-sconcerto). Tali donne risultano, pertanto, a "rischio" per quanto concerne l'eventuale sviluppo di "depressione post-partum", o di altri disturbi dell'umore ad insorgenza nel "post-partum".

446. Modificazioni della personalità dovute a condizioni mediche generali: validità convergente e validità discriminante di una nuova rating scale

C.R.M. Massaro [*], G. Ruggiero [*], C. Cammeo [*], A. Bellomo [* **]

[*] Dipartimento di Salute Mentale, ASL FG, [**] Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Università di Foggia

Introduzione: un'ampia varietà di condizioni neurologiche e di altre condizioni mediche generali possono provocare alterazioni clinicamente rilevanti del precedente stile di personalità caratteristico del soggetto. La FGRS (*Foggia Rating Scale for Personalità Change Due to a General Medical Condition* di Massaro CRM & Bellomo A, 2005) è una nuova scala di valutazione che è stata progettata ed elabora-

ta con un duplice obiettivo: 1. consentire un più preciso inquadramento diagnostico, secondo i criteri del DSM IV, di quelle modificazioni della personalità che sono la conseguenza fisiologica diretta di una condizione medica generale; 2. valutare quantitativamente la gravità dei tipi specifici delle suddette alterazioni (anche di quelle subcliniche) e documentare gli eventuali cambiamenti a seconda dello stato della condizione medica. La finalità del presente studio è sta quella di indagare la validità convergente e la validità discriminante della FGRS, applicandola ad un campione di 96 pazienti affetti da epilessia generalizzata o parziale.
Metodologia: sono state impiegate le seguenti rating scale: BPRS, SANS, CPRS, MOAS. Per la validità convergente è stato utilizzato il "coefficiente di correlazione di Spearman", per la validità discriminante è stato utilizzato il test *t* di Student tra il suddetto campione ed un campione di controllo di 68 soggetti sani.
Risultati e Conclusioni: dai dati emersi dall'applicazione dei test statistici, la FGRS ha evidenziato sia un'ottima validità convergente con alcuni strumenti di valutazione della psicopatologia già ampiamente validati, sia un'elevata validità discriminante tra gruppi diversi con o senza patologia in atto, o con livelli diversi di gravità delle dimensioni psicopatologiche.

447. Comorbidità tra disturbi del comportamento alimentare e disturbi di personalità: sua influenza sull'aderenza al trattamento

S. Mattioli[**], E. Minciotti[**], B. Santucci[*], P. Cotichelli[*], A. Batassa[*], T. La Ferla[*], P. Moretti[***]

[*] Scuola di Specializzazione in Psichiatria; [**] Specialista in Psichiatria; [***] Sezione di Psichiatria Psicologia Clinica, Università di Perugia

Introduzione: i disturbi di personalità sono frequentemente associati ai disturbi del comportamento alimentare (DCA), e la loro presenza può interferire con il decorso di malattia [1].
Materiali e metodi: abbiamo analizzato 50 pazienti giunte al nostro ambulatorio nel periodo 2004 –2005, suddivise in 2 gruppi sulla base della presenza o meno di disturbi di personalità. Le diagnosi sono state rilevate, secondo i criteri del DSM-IV TR, tramite i seguenti tests: EDI-2, MMPI-2, SIDP-IV, BSQ-615. Le pazienti hanno seguito una psicoterapia ad impostazione cognitivo-comportamentale e sono state rivalutate dopo sei mesi dalla prima valutazione. Nei casi in cui si è ritenuto necessario ci si è avvalsi anche del trattamento farmacologico.
Scopo del nostro lavoro è stato quello di valutare in un campione di pazienti ambulatoriali con DCA, la prevalenza di disturbi di personalità ed eventualmente evidenziare come tale comorbidità potesse influenzare l'aderenza al trattamento.
Risultati: abbiamo analizzato 50 pazienti, di cui 22 affette da Anoressia Nervosa (AN) (44%), 13 da Bulimia Nervosa (BN) (26%), 10 da DCA NAS (20%), 5 da Binge Eating Disorder (BED)(10%).
Sono stati riscontrati alti livelli di comorbidità psichiatrica di asse II, in particolare nel sottogruppo con AN i disturbi maggiormente rappresentati erano il Disturbo ossessivo-compulsivo (6 pazienti; 27,27%), disturbo borderline (4 pazienti; 18,18%), e disturbo istrionico (3 pazienti; 13,64%). Nella BN il disturbo di personalità più rappresentato era il disturbo borderline (5 pazienti; 38,46%).
Solamente il 31,82% del sottogruppo AN, il 38,46% del sottogruppo BN, il 40% del sottogruppo BED e il 40% del sottogruppo NAS non presentavano disturbi di personalità.
Conclusioni: per quanto riguarda le correlazioni esistenti tra disturbi di asse II e DCA i nostri dati suggeriscono che il sottogruppo affetto da DCA e disturbi di personalità è associato ad un maggior tasso di abbandono della terapia cognitivo-comportamentale, (più evidente per l'AN con disturbo borderline e disturbo ossessivo compulsivo di personalità e per la BN con Disturbo borderline di personalità), un maggior ricorso al trattamento farmacologico rispetto al sottogruppo senza comorbidità di asse II. Tali risultati sono in accordo con i dati presenti in letteratura che mostrano come la personalità possa influire con il decorso di malattia [2], e rappresentare un indice predittivo negativo di risposta alla terapia [3].

Bibliografia

1 Cassin SE, Von Ranson KM. *Personality and eating disorders: a decade in review*. Clin Psychol Rev 2005;25:895-916.
2 Tozzi, Thornton LM, Klump KL, et al. *Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover*. Am J Psychiatry 2005;162:732-40.
3 Bruce KR, Steiger H. *Treatment implications of Axis-II Comorbidity in Eating Disorders*. Eat Disord 2005;13:93-108.

448. Miglioramento delle competenze di cognizione sociale attraverso l'imitazione nella schizofrenia: implicazioni neurofisiologiche e riabilitative

M. Mazza, G. Lucci, F. Pacitti, E. Frangkou, R. Pollice, M. Casacchia, R. Roncone

Università dell'Aquila

Introduzione: soggetti affetti da schizofrenia evidenziano deficit cognitivi nei domini della cognizione sociale quali riconoscimento delle emozioni, comprensione della falsa credenza e riconoscimento di situazioni sociali.
È ben noto che gli esseri umani tendono a imitarsi automaticamente durante l'interazione sociale (l'effetto del Chameleon) (Chartrand, 1999). Alcuni autori sostengono che gli individui riconoscono le azioni fatte da altri in quanto i neuroni specchio permettono una rappresentazione interna di una determinata azione reale (Gallese, 2003). Allo stato attuale nessuna ricerca empirica ha dimostrato l'efficacia di un trattamento riabilitativo basato sull'imitazione.
Scopo del presente studio è stato sviluppare un trattamento riabilitativo di gruppo dei deficit di cognizione sociale nella schizofrenia: Training riabilitativo basato sull'imitazione nel riconoscimento delle emozioni e della teoria della mente (ETIT).
Materiali e metodi: quattro soggetti adulti affetti da schizofrenia (3,5 ± 2,3 anni) con il IQs normale hanno partecipato allo studio. La valutazione clinica dei sintomi è stata effettuata con la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).
Ai partecipanti sono state somministrate individualmente misure di cognizione sociale e neurocognizione, sia prima che dopo il trattamento riabilitativo.

Per valutare l'efficacia dell'intervento riabilitativo è stato registrato il potenziale evento correlato (ERP) sia prima che dopo l'intervento riabilitativo a tutti i soggetti.
Risultati e conclusioni: i dati (dopo trasformazione logaritmica in Log 10) analizzati usando una ANOVA multivariata con fattore within tempo e fattore between gruppo mostrano un miglioramento statisticamente significativo del gruppo ETIT rispetto ai soggetti trattati con PTS, in tutti i domini della cognizione sociale e nel funzionamento sociale.
Il miglioramento ottenuto nella cognizione sociale, in particolare nel riconoscimento delle emozioni e nella comprensione della falsa credenza è supportato dai risultati rilevati mediante ERP, che mostrano un'attivazione delle aree medio-frontali (tipicamente coinvolte nel processamento degli stimoli emozionali).
I nostri risultati, seppur preliminari, supportano l'idea che attraverso l'imitazione di un azione osservata è possibile operare un significativo cambiamento nelle capacità cognitive.

Bibliografia

1 Mazza et al. *Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia*. Schizophrenia Research 2001.
2 Roncone et al. *Is Theory of Mind associated more strongly with clinical and social functioning in schizophrenia than neurocognitive deficits*. Psychopatology 2002.

449. Cognizione sociale e processamento dell'informazione contestuale in un campione di soggetti con schizofrenia

M. Mazza, V. Bianchini, R. Pollice, F. Pacitti, M. Casacchia, R. Roncone

Università dell'Aquila

Introduzione: negli ultimi l'interesse verso l'alterazione neuropsicologica dei pazienti schizofrenici si è spostato maggiormente negli ultimi anni verso l'indagine dei deficit di cognizione sociale. Dalla letteratura inoltre è noto tuttavia il disturbo schizofrenico è associato ad importanti deficit nelle capacità attentive in particolare processamento dell'informazione contestuale.
Nel presente studio abbiamo ipotizzato l'esistenza di meccanismi patofisiologici comuni sottostanti i deficit di cognizione sociale e di attenzione in particolare del processa mento dell'informazione contestuale presenti nella schizofrenia.
Metodo: hanno partecipato allo studio 28 soggetti affetti da schizofrenia utenti della Clinica Psichiatrica dell'Università di L'Aquila al momento della valutazione.
Per la valutazione clinica e sintomatologia del disturbo schizofrenico sono stati utilizzati i seguenti strumenti: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS); scala di Valutazione Globale del Funzionamento. La valutazione neurocognitiva è stata effettuata attraverso i seguenti strumenti Matrici progressive di Raven utilizzate per la misura del QI; Funzioni esecutive, Misure di cognizione sociale.
È stata impiegata inoltre una versione modificata del Continuous Performance Test (CPT 3-7) per la misura del processamento dell'informazione contestuale.
I soggetti sono stati suddivisi in due gruppi (pazienti con deficit attentivo e pazienti senza deficit attentivo) in base al confronto con il campione clinico sulle misure nel test CPT (numero di falsi allarmi).
Risultati e conclusioni: l'analisi ANOVA ad una via ha evidenziato che i soggetti con deficit attentivo presentano deficit più gravi nelle misure di cognizione sociale, in particolare nel riconoscimento delle emozioni anche quando si inserisce come covariata la variabile anni di malattia.
I punteggi nelle misure di cognizione sociale inoltre nei soggetti con deficit attentivo correlano in maniera significativa con la sintomatologia negativa e con il funzionamento sociale.
I nostri dati, seppure preliminari, supportano l'idea dell'esistenza di un meccanismo patofisiologico comune sottostante ai deficit di cognizione sociale e di attenzione presenti nella schizofrenia.

450. "... E più non dimandare"

G.P. Mazzarello

Medicina di Assistenza Primaria, ASL 3 Genovese

Introduzione: il tema del Congresso di quest'anno sembra adombrare una considerazione: quella che nella nostra dinamica sia rilevante la successione delle domande e delle risposte. Questa successione è in uso negli esami di profitto di ogni genere ed, ammesso che sia così utile, è funzionale nelle altre situazioni? Agli esami, si sa, è importante essere promossi: ma questo cosa c'entra con la conoscenza? Potrmmo trovare una risposta in Cartesio, il quale proveniva da un'epoca che sentiva la mancanza di dati verificati. Nelle epoche successive, però, ne abbiamo verificati perfino troppi.
Metodologia: si è esaminato il teatro di Eduardo De Filippo in due opere. La prima è: "Gli esami non finiscono mai". Dove all'inizio il protagonista è un vecchio nostalgico di quando era un giovane laureando ed, alla fine, rivela di possedere la nostalgia opposta. Infatti, nel ruolo di ospite fuori scena, partecipa commentandolo al proprio funerale. "Perché non può morire il concetto che in lui si incarna" (F. Quadri). Imperituro dopo avere trascorso l'esistenza angustiato dagli esami e, per questo, irrimediabilmente depresso. L'altra opera è: "Natale in casa Cupiello". Qui il protagonista, di fronte a sciagure familiari di ogni genere, ritiene che la peggiore di queste sia la collettiva perdita di interesse per il presepe. Tra le due celebrazioni, si tratti del nascere o del morire, cambia poco.
Risultati: non siamo continuamente chiamati alle verifiche od alle riviste. Gli esami, prima o poi, finiscono sempre. Fare sempre seguire gli atti alle domande conduce all'incertezza.
Discussione: la condizione dell'esaminando permanente deve essere curata con metodo integrato e vario. Non osiamo neppure definirlo scientifico per la confusione che ne deriverebbe.
Conclusioni: Dante nella "Commedia", per mezzo di Virgilio, promuove e regola il processo di conoscenza. Nell'incontro con Minosse è posto l'accento sull'inutilità di rituali ed interrogatori. Come apprendiamo dai versi: "Perché pur gride?/ Non impedire lo suo fatale andare:/ vuolsi così colà dove si puote/ ciò che si vuole, e più non dimandare".

Bibliografia

Eduardo De Filippo. *Gli esami non finiscono mai*. Einaudi 1976.
Eduardo De Filippo. *Natale in casa Cupiello*. Einaudi 1972.
Dante Alighieri. *La Divina Commedia*. "Inferno V Canto". Sapegno N, a cura di. La Nuova Italia 1975.

451. Acufeni, disturbi del sonno e comorbidità psichiatrica

R. Mazziotti di Celso, G. Festa, F. Nappi, R. Mondola, M. Coppola, G. Di pietro

Università di Napoli "Federico II", Dipartimento di Neuroscienze e Comportamento, Area Funzionale di Psichiatria

Introduzione: l'associazione tra acufeni e disturbi psichiatrici è documentata in letteratura così come l'associazione con i disturbi del sonno. Vogliamo valutare la contemporanea presenza di questi due disturbi in pazienti con acufeni e l'influenza che questi possono avere sulla patologia audiologica.
Materiali e metodi: il campione è costituito da 233 pazienti afferiti presso l'ambulatorio di Audiologia che sono stati sottoposti ad una valutazione psichiatrica tramite colloquio clinico e scale di valutazione (Pittsburgh Sleep Quality Index, Scl-90, Mini).
Risultati: l'età media è 47,15, i due sessi sono parimenti rappresentati. Dall'analisi dei questionari PSQI è emerso che il 65,66% sono"cattivi dormitori"; la comorbidità tra acufeni e disturbi psichiatrici (disturbo dell'umore e/o disturbo d'ansia), valutata tramite la MINI, è del 31%. Con il Pearson Product Moment (r) risulta una correlazione positiva dei punteggi PSQI con le sottoscale dell'SCL-90 il che indica che una più scarsa qualità del sonno si accompagna ad una maggiore espressione di sintomi psichiatrici.
Conclusioni: il disturbo del sonno risulta la patologia più spesso associata agli acufeni. In pazienti acufenici con disturbo del sonno associato la probabilità di riscontrare comorbidità psichiatrica è significativamente più elevata rispetto ai buoni dormitori; tale osservazione è innovativa rispetto a quanto presente in letteratura poiché questi due fenomeni vengono raramente presi in considerazione contemporaneamente ed apre la strada a nuove prospettive terapeutiche. Tali risultati vanno verificati in popolazioni più ampie con trials clinici controllati.

452. Acufeni e disturbi del sonno: ulteriori approfondimenti

R. Mazziotti DI Celso, R. Mondola, M. Coppola, G. Festa, F. Nappi, G. Di Pietro

Università di Napoli "Federico II", Dipartimento di Neuroscienze e Comportamento, Area Funzionale di Psichiatria

Introduzione: l'acufene è una sensazione uditiva reale la cui origine non ha riscontro in una sorgente sonora nell'ambiente esterno; presenta una notevole prevalenza nella popolazione generale 10% - 17%.
L'associazione tra acufeni e disturbi psichiatrici è ampiamente documentata in letteratura, ciò che vogliamo sottolineare è la possibile associazione tra acufeni e disturbi del sonno. La popolazione esaminata anche in letteratura risulta piuttosto limitata. Scopo di questo studio è di ampliare il campione esaminato per verificare ulteriormente l'attendibilità della associazione tra due disturbi apparentemente distanti.
Materiale e metodi: abbiamo esaminato 233 pazienti, afferiti all'ambulatorio di Audiologia nel periodo 2004-2006, che sono stati sottoposti ad un completo screening audiologico allo scopo di caratterizzare il tinnitus; la valutazione psichiatrica comprendeva un colloquio clinico e la somministrazione della Pittsburgh Sleep Quality Index, dell'SCL-90 e della Mini International Neuropsychiatric Interview.
Risultati: l'età media è 47,15, i due sessi sono parimenti rappresentati, 153 pazienti (65,66%) sono risultati "cattivi dormitori", secondo i criteri di Buysse et al. Tali dati sono in accordo con quanto riportato in letteratura.
Conclusioni: i risultati del nostro studio sembrano abbastanza interessanti in quanto suggestivi di una netta prevalenza dei disturbi del sonno nei pazienti portatori di acufeni. Una terapia specifica per il disturbo del sonno potrebbe interrompere il circolo vizioso secondo cui questi aspetti finiscono col peggiorarsi a vicenda.
Tali dati si considerano provvisori e necessitano di un ulteriore ampliamento del campione per poter essere ulteriormente avvalorati.

453. Efficacia e tollerabilità di ziprasidone dopo switch da terapia con antipsicotici tipici e atipici in pazienti schizofrenici in fase acuta

C. Mencacci[*], A. Filippo[**], P. Tiradritti[***], F. Romeo[***]

[*] *U.O. Psichiatria, Ospedale Fatebenefratelli, Milano;* [**] *Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Acri, Cosenza;* [***] *Direzione Medica, Pfizer Italia, Roma*

Background: the choice of a new antipsychotic during acute phases of schizophrenia, for those patients who experience inadequate response with their current treatment, should take into account both the need for a rapid control of psychotic symptoms and a good tolerability, in order to maintain the treatment over long term phase. To evaluate the efficacy and tolerability of ziprasidone after switching from conventional and atypical antipsychotics in acute schizophrenic patients who need a change of therapy.
Methods: the study has been conducted in Italy. 189 patients with a DSM-IV diagnosis of schizophrenia with acute exacerbation of symptoms were switched to eight-week open label treatment with ziprasidone. Main inclusion criteria were: current treatment with other oral antipsychotics, PANSS ≥ 80, indication for a change of therapy, based on investigator's judgment, due to inadequate therapeutic response or intolerable side-effects. Ziprasidone was initiated at a dosage of 80mg/day for the first two days and then adjusted between 40-160 mg/day. The primary efficacy measure was the change from baseline in PANSS total score, analyzed using the Student's t-test for paired data.
Results: Most reported antipsychotic treatments before switching were: 136 patients (72%) completed the study. After switching to ziprasidone, on the primary ITT-LOCF analysis, the mean change in the PANSS total score from baseline to endpoint was statistically significant (n = 183; baseline score 112 ± 19; mean change: 25,5; p 0,0001. The improvement in mean PANSS total score was statistically significant *vs.* baseline from the first week of treatment. An improvement of at least 20% of the PANSS total score was observed in 54% of the patients. Ziprasidone was generally well tolerated during the study, with only 12.7% of patients

who discontinued due to adverse events, which were among the those expected for this drug. Switching to ziprasidone was associated with a significant mean baseline-to- endpoint decrease in weight (-1 ± 3,1 kg; $p < 0.0001$).
Conclusions: eight-week treatment with ziprasidone significantly reduced overall psychopathology in acute schizophrenic patients switched from other antipsychotics. Switching was well tolerated, as demonstrated by the low discontinuation rates, low incidence of movement disorder and sexual dysfunction and the neutral effects on weight.

454. Analisi epidemiologica di una coorte di pazienti affetti da disturbi affettivi: focus su spesa sanitaria e comorbilità

L. Mendolicchio[1 2], M. Roldan[2], V. Samarelli[2], M. Carrisi[1], M. Mazza[1], V. Lepore[2], A. Bellomo[1]

[1] Dipartimento Scienze Mediche e del Lavoro, Sezione di Psichiatria, Università di Foggia; [2] Consorzio di Ricerca Mario Negri Sud

Scopo: identificazione e qualificazione di una coorte di soggetti (anni 1998-2005) dimessi con codice ICD9CM di Disturbo Affettivo (296.XX).
Metodi: sono state selezionante, dall'archivio regionale 27.384 schede di dimissione ospedaliera (SDO 1998-2005) con il codice di interesse (296.XX). Utilizzando procedure di clusterizzazione a ciascun soggetto venivano attribuiti diversi ricoveri con il codice di interesse permettendo di individuare 14.156 distinti casi. Il carico dei ricoveri con e senza codice ammontava a ben 85.895 episodi nel periodo considerato.
Risultati: la coorte divisa per età e sesso mostra una prevalenza del sesso femminile (59,1%) e una più alta percentuale di pz. nella fascia di età 18-44 aa (39,6%.). La ricorrenza del ricovero (per tutte le cause) è risultata elevata con una media di 6 ricoveri nella fascia tra 18 e 64 anni e oltre 6 per la coorte più anziana (≥ 65 aa). Significativi anche i valori della mobilità passiva (ricoveri dei residenti pugliesi fuori regione) dell'8,7% (7471) dei ricoveri per tutte le cause e al 13% (3532) per i ricoveri con codice di disturbo affettivo (pari a 23.497.874,15 €). Le patologie maggiormente associate sono: diabete mellito 3,6%, ipertensione essenziale 3,3%, BPCO 2,8% e malattie epatiche 2%.
Conclusioni: i dati confermano l'interesse di una lettura epidemiologica dei database amministrativi. Tale approccio, associato ad analisi del farmaco-consumo, rappresenta un efficace strumento in tema di epidemiologia dei servizi.

Bibliografia

Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. *Bipolar disorder during adolescence and young adulthood in a community sample*. Bipolar Disord 2000;2:281-93.

Simon GE, Bauer MS, Ludman EJ, Operskalski BH, Unutzer J. *Mood symptoms, functional impairment, and disability in people with bipolar disorder: specific effects of mania and depression*. J Clin Psychiatry. 2007;68:1237-45.

Kessler RC, Merikangas KR, Wang PS. *Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century*. Annu Rev Clin Psychol 2007;3:137-58.

455. Progetto ADMG: Anziani e Depressione nella medicina generale. Uno studio sui procedimenti diagnostici e sul decadimento cognitivo. Dati preliminari

L. Mendolicchio[1 2], M. Roldan[2], V. Samarelli[2], M. Carrisi[1], M. Mazza[1], V. Lepore[2], A. Bellomo[1]

[1] Dipartimento Scienze Mediche e del Lavoro, Sezione di Psichiatria, Università di Foggia; [2] Consorzio di Ricerca Mario Negri Sud

Nel setting della Medicina Generale sono poco conosciute i processi diagnostici e le strategie terapeutiche rispetto ai pazienti anziani con sofferenza depressiva.
Obiettivi:
1. assessment della depressione nella popolazione anziana nel setting della medicina generale;
2. assessment delle misure di outcame e analisi della opzioni terapeutiche utilizzate da parte del MMG.

Metodologia: studio osservazionale multicentrico, longitudinale ad 1 anno, condotto in 10 centri di Medicina Generale che prevede: valutazione medica genrale, al baseline a al termine del programma e 4 follow-up. La valutazione dell'anziano depresso è condotta attraverso: check list di sintomi a 19 items, Mini Cog, Geriatric Depression Scale, Tinetti e Barthel Scale, informazioni socio-demografiche, comorbidità, e trattamenti farmacologici.
Risultati: 168 pazienti, reclutati da 28 MMG, di età ≥ 65 anni, 80% donne. I sintomi più osservati dai MMG sono: astenia, dolore, insonnia, ansia ed umore depresso. Il giudizio clinico sulla severità dei sintomi correla positivamente con Geriatric Depression Scale. Il decadimento cognitivo colpisce, secondo il giudizio clinico dei MMG, il 17% dei pazienti, rispetto al 32% identificato attraverso la Mini Cog. Il 50% dei soggetti assume terapia antidepressiva, il 30% viene osservato nel tempo ed il restante 20% è sottoposto ad altri trattamenti. La decisione al trattamento è correlata alla opinione clinica della severità dei sintomi e del decadimento cognitivo.

Bibliografia

Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF 3rd, Carpenter D, Docherty JP. *Expert Consensus Panel for Pharmacotherapy of Depressive Disorders in Older Patients. The expert consensus guideline series. Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients.* Postgrad Med 2001;Spec No Pharmacotherapy:1-86.

Fitch K, Molnar FJ, Power B, Wilkins D, Man-Son-Hing M. *Antidepressant use in older people: family physicians' knowledge, attitudes, and practices*. Can Fam Physician 2005;51:80-1.

456. Differenza di genere del terapeuta nel trattamento dell'anoressia nervosa maschile

M. Merli, G. Cremante, M. Bellini

Unità di Studio e Trattamento DCA, Istituto di Psichiatria, Università & AUSL di Bologna, Dipartimento di Salute Mentale, Bologna

Introduzione: fra le domande senza ancora una risposta in psichiatria, addirittura da 400 anni, c'è sicuramente l'anoressia nervosa (AN) col problema del suo trattamento, tut-

tora privo di basi accettabili di evidenza. Poiché l'AN è considerata tipicamente femminile, vi sono relativamente pochi studi riguardo tale patologia nel sesso maschile. La scarsa letteratura sembra indicare che i maschi affetti da AN non differiscono psichiatricamente dalle controparti femminili [1]. Studi clinici hanno suggerito che vi sia più alta incidenza di omosessualità o problemi d'orientamento sessuale in maschi con DCA o con AN [2]. Nella prospettiva della differenza di genere nel paziente, molte domande sono state poste sull'infrequente full syndrome dell'anoressia nervosa maschile, ma con risposte limitate o insoddisfacenti. L'approccio psicoterapico al paziente con AN maschile è ancora più raramente preso in considerazione nella letteratura specifica, anche come semplice case-report: ancor meno considerato è il problema tecnico se la differenza di genere del terapeuta possa influire sulle grandi difficoltà di avvio della relazione terapeutica in generale e di quella psicoterapica in particolare col grave paziente anoressico. Perciò si è attuata una revisione generale della letteratura sull'AN maschile attraverso Medline e attraverso i riferimenti bibliografici di articoli interessanti negli ultimi 10 anni.

Scopo e metodi: ci siamo quindi proposti di presentare un case-report di valutazione e presa in carico psicoterapica ambulatoriale (1 seduta a settimana) da parte di una terapeuta femminile d'un caso maschile di AN/r (con esordio 5 anni prima ed in recente ricaduta), già valutato, testato e preso in carico presso la stessa Unità-DCA da altro terapeuta 3 anni prima. Il trattamento è inserito in un percorso terapeutico integrato per pazienti con DCA a livello di Dip. Salute Mentale e AUSL in collaborazione con l'Unità di Dietologia e Nutrizione Clinica dell'Ospedale Generale. Da 4 anni la nostra Unità-DCA riceve supervisioni teoriche e sui casi in una prospettiva kleiniana da docenti del Corso Working with People with Eating Disorders del Tavistock Institute & Portman di Londra per 120 ore annue.

Risultati: il paziente 40enne coniugato con figli, ha iniziato e interrotto tanti trattamenti (raggiungendo un BMI 15 nel periodo più critico). Vengono svolte considerazioni cliniche e teoriche sulle difficoltà di presa in carico, sulla nozione di rifiuto dell'aiuto, sul concetto post-bioniano di inversione del rapporto contenitore/contenuto nella relazione col paziente anoressico, su alcuni fenomeni transferali potenzialmente collegati con accelerato miglioramento clinico del paziente, sul possibile influsso della differenza di genere del terapeuta nella fase di avvio di cicli terapeutici diversi presso la stessa Unità.

Conclusioni: nei limiti cospicui di un case-report, ci sembra tuttavia che terapeuta femminile di paziente-maschio con AN/r e terapeuta maschile di pazienti di sesso femminile con AN/r, incontrino inattese esperienze omogenee nella relazione terapeutica, mentre il terapeuta maschile di paziente-maschile con AN/r tende ad incontrare ulteriori supplementari difficoltà genere-specifiche, che potrebbero essere soppesate in termini costi-benefici almeno nei casi gravi o resistenti.

Bibliografia

1 Lindblad F. et al. Int J Eat Disord 2006.

2 *APA practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*, 2000.

457. Disturbi bipolari, disturbi di personalità. Studio clinico

R. Messina[*], G. Schiera[**], G. Marrazzo[*], S. La Grutta[**], R. Lo Baido[*]

[*] *Clinica Psichiatrica,* [**] *Dipartimento di Psicologia, Università di Palermo*

Introduzione: gli studi che esplorano le connessioni tra disturbo bipolare e disturbi di personalità appaiono piuttosto contraddittori e quelli che esaminano il rapporto tra disturbi bipolari e strutturazione difensiva sottostante sono rari. Il presente lavoro di ricerca esplora le relazioni tra disturbo bipolare e disturbi di personalità e indaga la presenza di pattern difensivi specifici del disturbo bipolare con lo scopo di fornire al clinico elementi per migliorare l'efficacia del trattamento.

Metodologia: sono stati reclutati 44 soggetti afferenti alla clinica psichiatrica dell'Università di Palermo con una diagnosi clinica di Disturbo Bipolare effettuata tramite SCID-I [1]. A questi 44 soggetti sono stati somministrati la SCID-II [2] ed il *Defense Mechanisms Inventory* [3].

Risultati: il 71% dei soggetti è risultato avere un disturbo di personalità di cluster B.

La strategia difensiva REV, tramite cui il soggetto allontana una realtà frustrante sottovalutandone o addirittura disconoscendone gli effetti, è la strategia difensiva che contraddistingue l'intero gruppo di soggetti.

Conclusioni: l'incremento nell'uso di strategie difensive volte al disconoscimento e l'alta prevalenza di disturbi di personalità caratterizzano il gruppo di soggetti bipolari e costituiscono indici da valutare, per il clinico, ai fini della prognosi tenuto conto che riducono la *compliance* al trattamento psicofarmacologico e riabilitativo.

Bibliografia

1 First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *SCID-I. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*, Firenze: OS 2000.

2 First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Benjamin LS. *SCID-II. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders*. Firenze: OS 2003.

3 Ihilevich D, Gleser G. *Defense Mechanisms Inventory*. Firenze: OS 1992.

458. Correlati neuroanatomici e neurofunzionali dell' Anoressia Nervosa. Uno studio preliminare

V. Meuti, S.M. De Marco, G. Lelli-Chiesa, F. Di Leone, E. Costa

Centro per i Disturbi della Condotta Alimentare, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

Introduzione: l'AN è una patologia in crescente aumento tra le giovani donne dei Paesi industrializzati, con esordio tipico alla pubertà. Il presente studio si pone l'obiettivo di valutare la presenza di alterazioni strutturali e funzionali a livello cerebrale in pazienti affette da AN e di verificare la loro eventuale regressione dopo trattamento.

Metodologia: attraverso una ricerca bibliografica effettuata su PubMed sono stati esaminati gli studi di neuroimaging sull'AN presenti in letteratura, pubblicati tra il 1996 e il 2007. Sono state utilizzate come parole chiave per la ricerca: "neuroimaging", "anorexia", " body image distortion", "cerebral blood flow".
Risultati: tra le alterazioni strutturali, TC e RMN hanno mostrato una riduzione del volume della sostanza bianca e grigia, un ampliamento dei solchi corticali, delle fessure interemisferiche e delle cisterne e un aumento del liquido cerebrospinale. Tali alterazioni, note come "pseudoatrofia" sono state interpretate come conseguenti allo stato di grave malnutrizione e sono regredite dopo rialimentazione. Tra le alterazioni funzionali è stata evidenziata una ipoperfusione a livello della regione temporoparietoccipitale e orbitofrontale, non completamente reversibile con la riconquista del peso, nonché una ipoattivazione a livello del giro fusiforme e della corteccia parietale inferiore, dove sono localizzate aree implicate nei processi di rappresentazione dell'immagine corporea (EBA, [BA] 19, 37 e 40).
Discussione: le alterazioni funzionali che permangono a livello temporoparietale sono correlabili con l'alterata percezione dell'immagine corporea tipica delle pazienti anoressiche. Una volta riconquistato il peso sarebbe necessario intervenire su tale aspetto con la psicoterapia per valutare eventuali modificazioni funzionali nell'area predetta.
Conclusioni: aree disfunzionali sono state individuate in pazienti affette da AN. Tuttavia ulteriori studi risultano necessari per comprendere se si tratta di alterazioni primitive, responsabili di una suscettibilità di tratto, o se si tratta di alterazioni di stato, reversibili dopo appropriato trattamento psicoterapico.

Bibliografia

Downing PE, Jiang Y, Shuman M,Kanwisher N. *A cortical area selective for visual processing of the human body.* Science 2001;293:2470-3.

Kerm NC, Katzman DK. *Brain Structure and function in adolescents with anorexia nervosa*. Adolesc Med 2003;14:109-18.

Rastam M, Bjure j, Vestergren E, Uvebrant P, Gillberg IC, Wentz E, Gillberg C. *Regional cerebral blood flow in weight restored anorexia nervosa: a preliminary study.* Dev Med Child Neurol 2001;43:239-42.

Uher R, Murphy T, Friederich HC, Dalgleish T, Brammer MJ et al. *Functional neuroanatomy of body shape perception in healthy and eating-disordered women.* Biol Psychiatry 2005;58:990-7.

459. La funzione neurobiologica della psicoterapia – stato dell'arte e prospettive future: verso la definizione di un modello integrato

V. Meuti, S.M. De Marco, A. Vincenti, L. Vona, E. Costa

Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

Introduzione: i meccanismi biologici che sottendono l'azione della psicoterapia sono ancora poco conosciuti. Ricerche di biologia molecolare hanno dimostrato che i circuiti cerebrali sono, allo stesso tempo, programmati geneticamente e dipendenti dall'esperienza. Le esperienze ambientali sono, infatti, in grado di indurre modificazioni della trascrizione genica e dell'espressione proteica dei geni, che si traducono in modifiche stabili delle connessioni sinaptiche. Allo stesso modo si ipotizza che la psicoterapia, intesa come una forma di apprendimento, sia in grado di determinare modificazioni analoghe a livello cerebrale, responsabili di un cambiamento duraturo del comportamento.
Scopo: obiettivo dello studio è quello di indagare l'effetto della psicoterapia sul SNC a livello morfofunzionale.
Metodologia: attraverso una ricerca bibliografica effettuata su PubMed sono stati esaminati gli studi presenti in letteratura, pubblicati tra il 1997 e il 2007, in cui tecniche differenti di neuroimaging sono state impiegate per indagare i cambiamenti strutturali e funzionali conseguenti al trattamento psicoterapico, da solo e in confronto a quello farmacologico, in diverse patologie psichiatriche (depressione, disturbi d'ansia, DOC, fobia sociale, aracnofobia). Sono state utilizzate come parole chiave per la ricerca: "integrative psychobiological approach", "psychotherapy", "neuronal plasticity", "neuroimaging".
Risultati: dai dati analizzati si evince che la psicoterapia, come il trattamento farmacologico, determina cambiamenti su regioni cerebrali disfunzionali, correlabili con un miglioramento della sintomatologia clinica.
Discussione: la psicoterapia, al pari del trattamento farmacologico, è in grado di agire sulla plasticità cerebrale. Quest'ultima rappresenterebbe il punto d'incontro tra i due diversi tipi di approccio terapeutico, al di là di una sterile opposizione tra neuroscienze e psicologia.
Conclusioni: in futuro l'impiego di tecniche di neuroimaging nel campo dei disturbi psichiatrici sarà necessario per rendere sistematico lo studio dei cambiamenti morfofunzionali indotti dal trattamento psicoterapico, al fine di individuare strategie di intervento integrato (psicoterapico e psicofarmacologico) più mirate alle diverse aree funzionali cerebrali.

Bibliografia

Gabbard GO. *A neurobiologically informed perspective on psychotherapy.* Br J Psychiatry 2000;177:117-22.

Liggan DY, Kay J. *Some neurobiological aspects of psychotherapy. A review.* J Psychother Pract Res 1999;8:103-14.

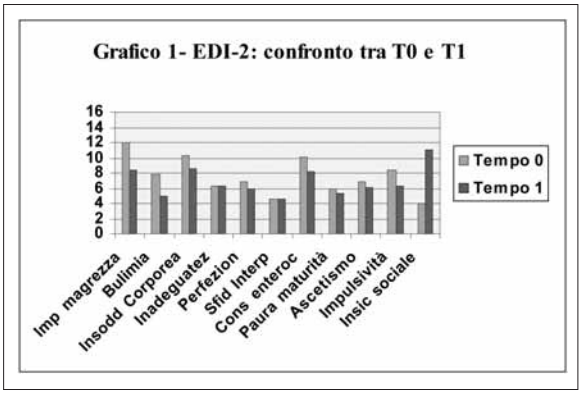
Linden DE. *How psychotherapy changes the brain – the contribution of functional neuroimaging.* Mol Psychiatry 2006 Mar 7.

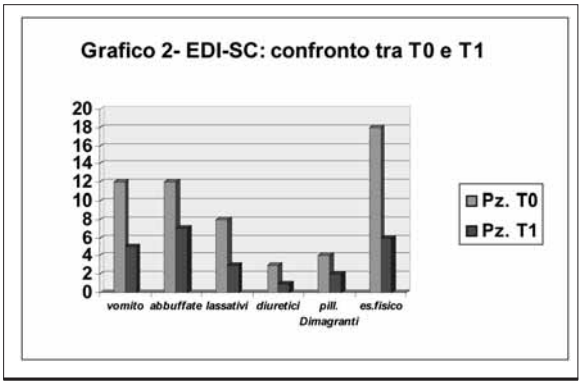
460. Analisi di follow-up sull'applicazione del trattamento integrato nell'Anoressia Nervosa

V. Meuti, S.M. De Marco, A. Vincenti, L. Vona, C. Loriedo, E. Costa

Centro per i Disturbi della Condotta Alimentare, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

Introduzione: l'Anoressia Nervosa è un disturbo della condotta alimentare caratterizzato da una patogenesi multifattoriale e da un quadro clinico complesso, che necessita di un approccio terapeutico multidisciplinare integrato. Il trattamento integrato, rispetto alle terapie singole, è associato a un minor tasso di cronicizzazione e recidiva; esso consiste in: terapia psicofarmacologica, psicoterapia individuale, te-





rapia sistemico-relazionale della famiglia, riabilitazione nutrizionale e neuromotoria, monitoraggio clinico.
Obiettivo dello studio è quello di valutare l'efficacia del trattamento integrato nel determinare un cambiamento di peso, comportamento alimentare, sintomi psicopatologici, difficoltà relazionali, tramite un follow-up a 6 mesi, che verrà ripetuto a 12, 18 e 24 mesi.
Metodologia: l'analisi è stata compiuta su un campione di 24 pazienti con diagnosi di AN (criteri DSM IV). Vengono valutati al T_0 e al T_1 (6 mesi) l'indice BMI, gli items dell' EDI-SC e dell'EDI-2.
Risultati: si osserva un miglioramento del BMI, dei parametri dell'EDI-SC e una riduzione di tutti gli items dell'EDI-2, statisticamente significativa per i parametri Impulso alla Magrezza, Bulimia e Insoddisfazione corporea, con un aumento dell'Insicurezza Sociale. Degno di nota il miglioramento della Consapevolezza Enterocettive e della Regolazione dell'Impulso.
Discussione: dai risultati si evince il raggiungimento dei primi obiettivi terapeutici, con la permanenza però di alcuni aspetti psicopatologici strutturati nel tempo e più radicati nella personalità del paziente. L'aumento dell'IS è espressione di una fase di transizione tra la riduzione della funzione protettiva del sintomo e l'elaborazione di nuovi strumenti relazionali.
Conclusioni: il nostro studio conferma i dati presenti in letteratura sull'efficacia del trattamento integrato. Tuttavia per il raggiungimento di un miglioramento globale della struttura di personalità sottesa al disturbo e delle modalità relazionali risulta necessario un tempo maggiore di trattamento.

Bibliografia

Mitchell JE, Peterson CB, Myers T, Wonderlich S. *Combining pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of patients with eating disorders.* Psychiatr Clin North Am 2001;24:315-23.
Stewart TM, Williamson DA. *Multidisciplinary treatment of eating disorders.* Behav Modif 2004;28:812-30.

461. Quetiapina e screzi psicotici in una paziente con Disturbo Bipolare

S. Milardi, F. Papini
CSM Ancona Centro, DSM Zona n. 7 ASUR Marche

Introduzione: F., 55 anni, coniugata, pensionata, vive con il marito ed un figlio. Il primo contatto psichiatrico avviene nel 1992 a 43 anni con un ricovero in SPDC. Sono presenti disturbi deliranti a sfondo persecutorio, allucinazioni uditive e alterazioni del comportamento fino all'aggressività fisica. A questo si associano aspetti maniacali con iperattività, disforia, insonnia e litigiosità.
Materiali e Metodi: durante la degenza, F. è sottoposta a trattamento neurolettico tradizionale (Aloperidolo) [1] e BDZ. Dimessa dopo un mese, a domicilio, interrompe la cura, perché riferisce effetti collaterali come eccessiva sedazione, torpore ideativo e fasi depressive gravi alternanti. Viene introdotta la Levosulpiride che non riesce a risollevare il quadro depressivo portando nel 1994 ad un ricovero per TS per ingestione di acido. Viene dimessa il mese dopo con un SSRI e Aloperidolo. Si ha un buon compenso psicopatologico fino al 1998, dove si ha un nuovo ricovero per sindrome dissociativa in instabilità dell'umore. Dimessa con una terapia mista: un equilibratore dell'umore (Carbamazepina 300 mg/die), un antipsicotico tradizionale (Aloperidolo 20 gtt x 3/die), un antiparkinson (Biperidene 1 cpr/die) e ansiolitico (Clordemetildiazepam). Dopo 2 anni di discreto benessere, ricompaiono i sintomi dell'area psicotica e dell'area depressiva, ma con maggiore ritiro sociale, insonnia, accelerazione ideativa ed irritabilità. Si decide di iniziare un trattamento con Quetiapina [2] partendo con 150 mg cpr/die utilizzando un incremento del dosaggio raggiungendo i 700 mg/die (la paziente è obesa). Alla Quetiapina viene associata una benzodiazepina 3 volte al giorno.
Risultati: dopo 20 giorni si apprezza un miglioramento delle condizioni cliniche e a differenza delle altre volte F. non presenta effetti collaterali né oscillazioni timiche che ostacolano la quotidianità. Riferisce l'assenza di quel corteo sintomatologico legato all'assunzione del neurolettico classico precedentemente usato (torpore ideativo, sedazione ed "assenza di sentimenti") tutte cose che frenavano pesantemente la ripresa di una vita soddisfacente. Attualmente il dosaggio di Quetiapina è 600 mg/die, è ben tollerato e non è stato necessario aggiungere un altro equilibratore dell'umore.
Conclusioni: con questo caso clinico gli autori vogliono evidenziare che con la scelta della Quetiapina F. ha ottenuto una migliore compliance, la assenza degli effetti collaterali del neurolettico classico ed una migliore cognitività funzionale.

Bibliografia

[1] Emsley RA, Raniwalla J, Bailey PJ, Jones AM. *A comparison of the effects of quetiapine and haloperidol in schizopfrenic patients with a history of and a demonstrated partial response to*

conventional antipsychotic treatment. International Clinical Psychopharmacology 2000;15:112-23.
[2] Hellewell JSE, Kalali AH, Langham SJ et al. *Patient satisfaction and acceptability of long term treatment with quetiapine.* Int J Psychiatry Clin Pract 1999;3:105-113.

462. Trattamento con quetipina nel Disturbo Schizoaffettivo presso il CSM: 8 casi clinici

S. Milardi

CSM Ancona Centro

Introduzione: lo scopo di questo lavoro è quello di evidenziare il netto miglioramento del quadro clinico del disturbo schizoaffettivo in 8 pazienti in carico presso il CSM Ancona Centro con quetipina [1].
Materiali e Metodi: il campione del nostro studio è composto da 8 pazienti ambulatoriali con una diagnosi di Disturbo Schizoaffettivo (criteri DSM-IV TR). I criteri d'inclusione sono stati: età compresa fra i 30 e i 50 anni; non responder ai neurolettici tipici; concomitante trattamento ansiolitico con BDZ, assenza di storia di abuso di sostanze. I pazienti erano 3 di sesso femminile e 5 di sesso maschile.
Trattamento: i pazienti all'arrivo al CSM erano in trattamento da vari anni con neurolettici tipici (Aloperidolo e Clozapina) e BDZ: presenza di deliri con acatisia e tremori. Si introduce biperidene 4 mg. Dopo 1 mese, oltre a questa sintomatologia compare un aumento del ritiro, insonnia, tono dell'umore deflesso e ideazione autolesiva. Si decide di iniziare quetipina 200 mg il primo giorno e dopo 7 giorni si arriva a 600 mg/die; si procede fino a 800 mg/die, eliminando rapidamente i restanti neurolettici. Scompaiono gli effetti extrapiramidali, si mantiene in associazione solo la BDZ. Non compaiono problemi collaterali, la PA si mantiene a valori stabili.
Risultati: nell'arco di due settimane la sintomatologia recede:l'insonnia inizia a diminuire, l'ideazione e i gesti autolesivi cessano, i pazienti diventano più comunicativi. Nell'arco di un mese dall'inizio del trattamento con quetipina, si evidenzia una compenso psicopatologico ed al momento non vi sono state recidive.
Conclusione: in accordo con i dati della letteratura, dal lavoro emerge che il trattamento con quetipina (800 mg/die) oltre a migliorare gli aspetti produttivi a carico del pensiero, attraverso la scomparsa dei sintomi extrapiramidali ha permesso una maggiore compliance farmacologica (carente con la terapia classica) e, con la diminuizione della sintomatologia depressiva, una normalizzazione del tono timico [2].I due aspetti della terapia psicofarmacologica associati ad un buon supporto territoriale hanno permesso il miglioramento della qualità di vità dei pazienti.

Bibliografia

[1] Garver DL. *Review of quetiapine side effects.* J Clin Psychiatry 2000;61(Suppl. 8):31-8.
[2] Kasher S. *Quetipina: farmacologia e applicazioni cliniche nella schizofrenia.* Exp Opin Pharmacother 2000;1:783-801.

463. Gli agonisti selettivi dei recettori alla melatonina MT1/MT2: una nuova strategia nel trattamento dell'insonnia

E. Minciotti[**], S. Mattioli[**], P. Moretti[*]

[*] Sezione di Psichiatria Psicologia Clinica, Università di Perugia; [**] Psichiatra

Introduzione: la melatonina è il principale ormone prodotto dalla ghiandola pineale. La concentrazione della melatonina segue un ritmo circadiano caratterizzato da livelli molto bassi durante il giorno e da valori maggiori durante la notte; gli elevati livelli notturni persistono per circa 5-7 ore e presentano un andamento pulsatile caratterizzato da 2 picchi: uno immediato all'inizio della notte e l'altro 3-4 ore più tardi [1]. La sintesi della melatonina è regolata direttamente dai nuclei soprachiasmatici che a loro volta risentono dell'influenza diretta della luce. Tale ormone è un forte sincronizzatore dell'orologio endogeno ed è implicata nel controllo del ciclo sonno-veglia. Il Ramelteon, potente agonista selettivo dei recettori della melatonina MT1/MT2, è stato recentemente approvato negli Stati Uniti per il trattamento dell'insonnia iniziale.
Materiali e metodi: abbiamo effettuato una review dei principali studi riguardanti l'utilzzo di ramelteon nel trattamento dell'insonnia, con particolare attenzione agli effetti collaterali più frequentemente presentatisi con il suo utilizzo.
Risultati: riguardo l'efficacia, ramelteon ha dimostrato di ridurre la latenza del sonno e di aumentare il suo tempo globale. Per quanto concerne gli effetti collaterali, i più frequentemente riscontrati sono stati la sonnolenza e l'astenia. Rari i casi di iperprolattinemia clinicamente significativa. Con l'utilizzo di ramelteon non si verificano fenomeni di dipendenza ne deficit cognitivi dopo il suo utilizzo. Scarsa la tendenza all'abuso.
Conclusioni: Ramelteon ha dimostrato di essere un presidio tollerabile e con buone evidenze di efficacia nel trattamento dell'insonnia, rappresentando una buona alternativa all'utilizzo delle benzodiazepine.

Bibliografia

[1] Reiter RJ. *Pineal melatonin cell biology or its synthesis aod its physiological interactions.* Endocrine Review 1991;12:151.

464. Trattamento del binge eating disorder

E. Minciotti[**], S. Mattioli[**], P. Moretti[*], N. Ercolani[***]

[*] Sezione di Psichiatria Psicologia Clinica, Università di Perugia; [**] Psichiatra; [***] Medico chirurgo

Introduzione: il Binge eating disorder (BED) si caratterizza per l'ingestione di grandi quantità di cibo accompagnata dalla sensazione di perdita di controllo nel mangiare, che si verifica per almeno 2 giorni alla settimana per almeno sei mesi. Sono assenti comportamenti sistematici di compenso. Circa il 20-30% dei pazienti che richiede un trattamento per l'obesità soddisfa i criteri diagnostici del BED.
I tassi di prevalenza del BED tendono a crescere proporzionalmente all'entità del soprappeso, riscontrandosi nel 10% circa dei soggetti con BMI compreso tra 25 e 29, nel 25%

dei casi nei soggetti con BMI tra 28 e 31 e nel 42% circa nei soggetti con BMI sopra 31.
Materiali e metodi: abbiamo effettuato una review dei principali studi riguardanti l'utilizzo del trattamento integrato nutrizionale e psicoterapeutico del BED, in pazienti con soprappeso o obesità.
Risultati: diversi studi mostrano come la terapia cognitivo-comportamentale del BED presenti una buona efficacia in termini di riduzione del binge-eating anche se nei pazienti obesi si osserva uno scarso successo in termini di perdita di peso [2] e che la presenza del BED si associa ad un più probabile insuccesso della sola terapia dietologica dell'obesità (drop-out più frequenti, minore perdita di peso, più rapido recupero del peso). Il trattamento farmacologico del BED con antidepressivi si associa a perdita di peso ma a cambiamenti minimi nel comportamento alimentare abnorme [1].
Conclusioni: il trattamento integrato del BED deve prendere in considerazione sia l'aspetto psicopatologico che quello organico del soprappeso o dell'obesità; la percentuale di ricadute sembra ridursi nei casi in cui venga utilizzato un trattamento integrato di tipo farmacologico, psicoterapico e dietologico anche se dai dati presenti in letteratura si evince che tali risultati sono limitati nel tempo, probabilmente per l'elevata incidenza di drop-out.

Bibliografia

1 McElroy SL, Casuto LS, Nelson EB, et al. *Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of binge eating disorder*. American Journal of Psichiatry 2000;157:1004-6.
2 Hay PJ, Bacaltchuk J. *Psichoterapy for bulimia nervosa and binging*. Cochrane Database Syst Rev 2001;CD000562.

465. Sclerosi multipla e sintomi psicotici: a case report

E. Minciotti[**], S. Mattioli[**], B. Santucci[*], P. Moretti[***]

[*] *Scuola di Specializzazione in Psichiatria;* [**] *Psichiatra;* [***] *Sezione di Psichiatria Psicologia Clinica, Università di Perugia*

Introduzione: la Sclerosi Multipla è una malattia infiammatoria demielinizzante cronica. Le cause non sono conosciute, le ipotesi più accrediate ipotizzano una reazione autoimmune o un'eziologia virale. Le manifestazioni neurologiche in corso di Sclerosi Multipla includono disturbi visivi (neurite ottica retrobulbare), interessamento piramidale con mono- emi o tetraparesi spastica, paralisi dei nervi cranici, disturbi della sensibilità. Oltre ai disturbi della sfera affettiva, che rappresentano la più frequente comorbilità psichiatrica in corso di Sclerosi Multipla, possono essere presenti disturbi psicotici, più frequenti nei pazienti che alla RMN mostrano atrofia cerebrale e cerebellare ed allargamento ventricolare, o atrofia associata a lesioni dell'emisfero sinistro. Tale quadro si manifesta come disturbo delirante organico con sentimenti di estraneità, depersonalizzazione, deliri di grandezza e di potenza, bizzarrie comportamentali. Più rare le allucinazioni visive [1].
Materiali e metodi: presentiamo un case-report di un paziente giunto alla nostra osservazione con sclerosi multipla recidivante.
Risultati: paziente maschio di 35 anni, giunge al nostro ambulatorio per la presenza di delirio di persecuzione, deficit di memoria ed in trattamento con corticosteroidi per un'acuzie di malattia. La RMN nelle sequenze spin-echo T2 pesate mostra lesioni multiple visibili nella sostanza bianca periventricolare e sottocorticale. L'esame del liquido cefalorachidiano evidenzia la presenza di una banda oligoclonale di immunoglobuline e una pleiocitosi cellulare monoclonale. Viene somministrato un neurolettico atipico.
Conclusioni: la psicosi non è un disturbo frequente in corso di Sclerosi Multipla, presentandosi in circa il 5% dei casi. I sintomi psicotici possono essere slatentizzati dalla terapia corticosteroidea o con ACTH, oppure precedere anche di un lungo periodo la comparsa di una sintomatologia neurologica conclamata. Pur potendo esacerbare la psicosi, gli steroidi possono teoricamente ridurre i sintomi produttivi correlati alla demielinizzazione acuta.
La relazione tra lesioni del sistema nervoso centrale e psicosi non è stata stabilita se non attraverso alcuni reports che mostrano una implicazione del lobo temporale.
L'uso della RMN e della SPECT ha evidenziato una relazione tra psicosi in corso di Sclerosi Multipla e patologia del lobo temporale sinistro [2].
Alcuni reports suggeriscono l'uso profilattico di neurolettici (ad esempio clorpromazina) per contrastare gli effetti psichiatrici dei corticosteroidi ad alte dosi; comunque in letteratura sono presenti solo pochi studi circa l'uso degli antipsicotici nel trattamento della psicosi nella Sclerosi Multipla [3].

Bibliografia

1 Bellantuono C. *Trattato di farmacologia clinica*. Roma: Il Pensiero Scientifico 2003.
2 Reiss JP, SamD, Sareen J. *Psychosis in multiple sclerosis associated with left temporal lobe lesions on serial MRI scans*. J Clin Neurosi 2006;13:282-4.
3 Davids E, Hartwig U, Gastpar M. *Antipsychotic treatment of psychosis associated with multiple sclerosis*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2004;28:743-4.

466. Effetti neuroprotettivi del litio e degli stabilizzatori del'umore nel disturbo bipolare

E. Minciotti[**], S. Mattioli[**], B. Santucci[*], P. Moretti[***]

[*] *Scuola di Specializzazione in Psichiatria;* [**] *Specialista in Psichiatria;* [***] *Sezione di Psichiatria Psicologia Clinica, Università di Perugia*

Introduzione: la possibilità che composti di comune utilizzo nella pratica psicofarmacologica possano modificare in maniera sostanziale la struttura delle sinapsi è un concetto ipotizzato da tempo, anche in relazione alle evidenze anatomopatologiche di pazienti esposti per lungo tempo a farmaci psicotropi. Alterazioni nei livelli sinaptici dei neurotrasmettitori, nell'attività dei sistemi di traduzione del segnale e nell'espressione di specifici geni, sono alla base della plasticità neuronale, le cui modificazioni si associano a differenti modalità di apprendimento e memorizzazione, all'ambiente arricchito, all'esercizio fisico, a patologie psichiatriche, quali disturbi d'ansia e disturbi dell'umore, e agli effetti a lungo termine di farmaci psicotropi e dello stress psicosociale [4].

Materiali e metodi: abbiamo effettuato una review della letteratura esistente circa gli effetti del litio e degli altri stabilizzatori dell'umore sulla neuronogenesi, apoptosi e plasticità cellulare.
Conclusioni: il litio induce l'espressione del BDNF (brain-derived neurotrophic factor) e determina la conseguente attivazione del TrkB, recettore del BDNF, in neuroni corticali. L'attivazione del segnale BDNF/Trk B è essenziale per gli effetti neuroprotettivi del litio [1].
Nei pazienti bipolari studi di brain imaging hanno evidenziato che l'uso cronico di litio determina un aumento di volume in toto della sostanza grigia e il contenuto di N-acetyl- aspartato, marker di sopravvivenza cellulare, e questo potrebbe correlare con l'effetto neuroprotettivo del litio [2]. Alcuni studi suggeriscono che il ruolo neuroprotettivo del litio sia mediato dalla capacità di inibizione dell'enzima GSK-3 (glycogen syntase kinase 3), implicato in numerosi processi di regolazione funzionale di fattori di trascrizione; inoltre tale enzima sembra essere responsabile della fosforilazione della proteina TAU, implicata in processi di tipo degenerativo. Determina up-regulation della proteina Bcl-2 in colture cellulari, che sembra avere un ruolo importante nei meccanismi di neuroprotezione, e una down-regulation della proteina proapoptotica p53 nelle cellule granulari del cervelletto. Aumenta l'espressione genica di Bcl-2 nella corteccia frontale e a livello del giro dentato dell'ippocampo. Sia il litio che i valproato aumentano l'espressione genica della proteina Pebp2B (polyomavirus enhancer-binding protein 2B), che regola Bcl-2. Similarmente al litio, il meccanismo intracellulare degli stabilizzatori dell'umore, in primis valproato e carbamazepina, include la regolazione di proteine kinasi, che regolano l'espressione genica. Valproato, lamotrigina, carbamazepinba, mostrano una funzione protettiva neuronale, anche se il meccanismo di neuroprotezione nel disturbo bipolare rimane da identificare in maniera più certa [3].

Bibliografia

1. Chuang DM. *Neuroprotective and neurotrophic action of the mood stabilizer lithium: can it beused to treat neurodegenerative diseases?* Crit Rev Neurobiol 2004;16:83-90.
2. Hashimoto R, Fujimaki K, Jeong MR, et al. *Neuroprotective actions of lithium*. Seishin Shinkeigaku Zasshi 2003;105:81-6.
3. Li X, Setter TA, Frye MA. *Synaptic, intracellular, and neuroprotective mechanisms of anticonvulsivants: are they relevant for the treatment and course of bipolar disorders?* J Affect Disord 200269:1-14.
4. Duman RS, Nakagawa S, Malberg J. *Regulation of adult neurogenesis by antidepressant treatment*. Neuropsychopharmacol 2001:25;863-44.

467. Alterazioni neurocognitive derivanti da uso cronico di cannabis

E. Minciotti[**], S. Mattioli[**], B. Santucci[*], P. Cotichelli[*], P. Moretti[***]

[*] *Scuola di Specializzazione in Psichiatria;* [**] *Specialista in Psichiatria;* [***] *Sezione di Psichiatria Psicologia Clinica, Università di Perugia*

Introduzione: la cannabis è la sostanza psicoattiva illegale di cui più frequentemente si abusa nella nostra società, soprattutto tra i giovani tra i 15 e i 24 anni.
La psicopatologia cronica osservata negli utilizzatori cronici di cannabis è determinata dall'interazione tra la psicobiologia del consumatore da una parte e la farmacologia e gli effetti psicoattivi della sostanza dall'altra. Effetti cognitivi di vario tipo sono stati dimostrati durante l'intossicazione acuta di cannabis, mentre studi circa gli effetti cronici sulle funzioni cognitive non hanno dato risultati univoci.
Materiali e metodi: abbiamo effettuato una review della letteratura esistente circa gli effetti cronici sulle funzioni cognitive da uso cronico di cannabis.
Discussione: gli effetti dell'uso cronico di cannabis sulle funzioni neurocognitive non sono universalmente dimostrati; comunque tecniche di neuroimaging hanno messo in evidenza deficit nel lungo periodo della memoria a breve termine e della working memory [2].
In adolescenti dipendenti da cannabis sono stati somministrati test neuropsicologici che hanno mostrato effetti residui neurocognitivi dopo 1-7 giorni di astinenza dalla sostanza e fino sei settimane dopo l'ultima assunzione; anche se non era possibile ipotizzare se ciò era dovuto agli effetti residuali della sostanza nel cervello oppure a un'azione neurotossica diretta della sostanza; deficit comunque reversibili dopo prolungata astinenza.
La RMN funzionale mostra un'ipoattivazione cerebellare e una riorganizzazione del network viso-attentivo in soggetti che fanno uso cronico di cannabis, reversibili anche essi dopo prolungata astinenza [3].
L'indice di pulsatilità, una misura della resistenza cerebrovascolare, e la velocità sistolica, sono significativamente incrementati in coloro che usano cannabis rispetto ai soggetti di controllo. Tali incrementi persistono nei forti abusatori dopo un mese di astinenza.
L'uso cronico di cannabis è associato ad incremento delle resistenze cerebrovascolari, attraverso cambiamenti occorsi, in parte, nei vasi sanguigni e nel parenchima cerebrale, che potrebbero spiegare i deficit cognitivi osservati [1].
Conclusioni: studi sulla persistenza a lungo termine di deficit cognitivi correlati all'uso cronico di cannabis hanno dato risultati contrastanti [2].

Bibliografia:

1. Herning RI, Better WE, Tate K, Cadet JL. *Cerebrovascular perfusion in marijuana users durino a month of monitored abstinence*. Neurology 2005;64:488-93.
2. Klugman A, Gruzelier J. *Chronic cognitive impairment in users of "ecstasy" and cannabis. World Psychiatry* 2003;2:184-90.
3. Chang L, Yakupov R, Cloak C, Ernst T. *Marijuana use is associated with areorganized visual-attention network and cerebellare hypoactivation*. Brain 2006;129:1096-112.

468. Spettro Panico-Agorafobico in un campione di pazienti con Cefalea Cronica Resistente

M. Miniati[*], M. Savino[*], G. Macchia[*], O. Bacci[*], E. Mea[**], V. Tullo[**], A. Proietti[**], M. Leone[**], G. Bussone[**]

[*] *Clinica Psichiatrica, Università di Pisa;* [**] *Istituto Neurologico C. Besta, Milano*

Introduzione: fenomeni dello spettro panico-agorafobico sono spesso descritti da pazienti con cefalea cronica resistente (CCR).

Tab. I. PAS-SR items ≥ 80% in un campione di pz. Con CCR (n = 20).

Item #	%/n
16 Tachicardia	95 (n = 19)
23 Vertigini	95 (n = 19)
2 Sintomi al pensiero di perdere una persona	90 (n = 18)
17 Iniziare a sudare	90 (n = 18)
29 Brividi di freddo/vampate calore	90 (n = 18)
30 Confuso o stordito	85 (n = 17)
91 Facilmente rassicurabile	85 (n = 17)
28 Torpore/formicolii	80 (n = 16)
89 Bisogno conforto	80 (n = 16)

Metodo: 20 pazienti con CCR sono stati valutati con il questionario di spettro panico-agorafobico (PAS-SR lifetime).
Risultati: il campione è costituito per il 90% (n = 18) da pazienti di sesso femminile. L'età media è di 50,3 anni (±9,5); l'età media di esordio della cefalea è di 24,0 anni (±11,8). Il 15% (n = 3) del campione ha soddisfatto i criteri per diagnosi di Asse I di disturbo di panico (n = 3). I1 punteggio medio PAS-SR è risultato 37,8 ± 14,7; il 55% (n = 11) del campione ha superato la soglia di 35 item; 9 item sono stati soddisfatti per oltre 1'80% del campione (Tab. I).
Conclusioni: il PAS-SR può costituire uno strumento utile per 1'identificazione di specifici sintomi di panico in pazienti con CCR.

469. Caratteristiche di un Campione di Pazienti con Psicosi Cronica Resistente in Trattamento con Quetiapina in associazione con altri farmaci

M. Miniati, M. Simoncini, S. Castrogiovanni, N. Iovieno, G. Orsolini, F. Dima, V. Camilleri, M. Montagnani, C. Bolognese, M. Mauri, G.B. Cassano

Clinica Psichiatrica, U.O. I, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa

Introduzione: la quetiapina è spesso somministrata in associazione con altri farmaci psicotropi in pazienti con quadri clinici complessi, cronici e resistenti.
Obiettivo: descrizione delle principali caratteristiche di un campione di pazienti in trattamento ambulatoriale con quetiapina, presso l'Ambulatorio della Clinica Psichiatrica di Pisa.
Metodologia: 9 pazienti con psicosi cronica resistente sono stati valutati trasversalmente per le caratteristiche cliniche, demografiche ed alcuni parametri metabolici.
Risultati: il campione era costituito da 5 pazienti di sesso maschile e 4 di sesso femminile; l'età media del campione era 46,5 anni (±13,5). Il punteggio medio della gravità alla CGI era 4,4 (±1,2). La glicemia risultava mediamente nei valori della norma (90,1 ± 9,4 mg/dl). I valori ematici relativi al profilo lipidico erano i seguenti: trigliceridemia: 151,2 (±70,0) mg/dl; colesterolemia totale: 193,7 (±29,3) mg/dl. La dose media di quetiapina era 336,1mg (±197,2) con un range di 75-600 mg. I farmaci con i quali la quetiapina era più frequentemente associata erano il litio (55,5%; n = 5. Dose: 540 ± 227 mg) e l'aloperidolo (44,4%; n = 4. Dose: 5,2 ± 2,2 mg).
Conclusioni: i pazienti descritti presentavano terapie articolate. È verosimile che l'aloperidolo risultasse associato nell'ottica di una graduale sostituzione con la quetiapina.

470. Modificazioni del setting nella Psicoterapia di Gruppo con Disturbi di Personalità

G. Mircoli, V. Manini, G. Marini, G. Borsetti

S.O.D. Clinica Psichiatrica, Università Politecnica delle Marche, A.O.U. Ospedali Riuniti, Ancona

Introduzione: nei Disturbi di Personalità (DP) l'impulsività, l'instabilità e l'aggressività, possono associarsi a stati di frammentazione ideativa e temporale. La psicoterapia di gruppo dovrebbe favorire l'acquisizione di aree di temporalità, piccole scene raccontate che diventeranno storia condivisa [1].
Metodologia: nella S.O.D. Clinica Psichiatrica Ancona sono stati avviati, nel tempo, due gruppi di psicoterapia ad orientamento analitico con DP, a cadenza settimanale della durata di 90 minuti, con due conduttori. Nell'ultimo, iniziato da circa tre anni, i soggetti presentavano sintomatologia più impegnativa [2].
Risultati: dopo circa due anni e mezzo la coppia terapeutica si è temporaneamente separata per la maternità della coterapeuta. Inizialmente nel gruppo sono state espresse manifestazioni di affetto e partecipazione, poi tale cambiamento ha fatto emergere intensi sentimenti di rabbia scarsamente pensabili, accompagnati da vissuti di perdita, abbandono, paura ed incertezza del futuro.
Conclusioni: nella psicoterapia di gruppo con DP l'instabilità e le modificazioni del setting possono determinare intense regressioni che se non elaborate mettono a rischio la prosecuzione della terapia.

Bibliografia

1 Correale A, Aloni AM, Carnevali A, Di Giuseppe P, Giacchetti N. *Borderline. Lo sfondo psichico naturale*. Roma: Borla 2001.
2 Mircoli G, et al. *Selection of patients suffering from personality disorders for grroup psychotherapy.* 5 ISSPD European Congress on Personality Disorders, Munich, 4-7 July, 2002.

471. Psicoterapia e condizione femminile

G. Mircoli, C. Cardoni

S.O.D. Clinica Psichiatrica, Università Politecnica delle Marche A.O.U. Ospedali Riuniti Ancona

Introduzione: è nota la prevalenza e la crescita dei disturbi mentali nelle donne, non altrettanto i possibili fattori etiopatogenetici. La psicoterapia è uno spazio privilegiato di indagine e comprensione della condizione femminile, dei suoi vissuti e degli aspetti psicopatologici [1].

Materiali e metodi: si esamineranno l'identità di genere, i tratti personologici femminili prevalenti, alcuni aspetti della psicoterapia, i suoi rischi, e si valuteranno le differenze esistenti quando il terapeuta è uomo o donna.
Risultati: il lavoro psicoterapico permette la mentalizzazione e l'elaborazione di tratti fonte di disagio e dolore: le paure inconsce che impediscono l'espressione della rabbia e dell' ostilità; i rapporti con la depressione, gli avvenimenti del ciclo vitale; i problemi legati al ruolo professionale e familiare, all'autonomia/separazione dalla madre e al fare esperienza della propria solitudine.
Inoltre si è evidenziato che la psicoterapia con una terapeuta donna implica un'esplorazione più onesta e profonda di sé e la riedizione della diade terapeuta-madre/paziente-figlia.
Conclusioni: nella psicoterapia donna-donna vi è un modo di rivestire il ruolo di "tecnici dell'aiuto" che è insieme cura di sé e cura di altri. L'interesse personale diviene interesse a valorizzare il proprio genere, fortemente legato al desiderio dell'altra di riconoscere/affrontare il proprio disagio.
Curare, in fondo, è analizzare il vissuto di curanti, chiave di lettura del vissuto dell'altro: "delle persone malate, o non malate, con cui ci incontriamo nella vita di ogni giorno", in corsia e in psicoterapia [2].

Bibliografia

1 Lerner HG. *Donne in terapia*. Roma: Astrolabio 1990.
2 Borgna E. *L'attesa e la speranza*. Milano: Feltrinelli 2005.

472. Istrionici vs. Narcisisti: attenzione o ammirazione?

G. Mircoli, S. Bascioni, G. Borsetti

S.O.D. Clinica Psichiatrica, Università Politecnica delle Marche, A.O.U. Ospedali Riuniti, Ancona

Introduzione: il Disturbo Narcisistico di Personalità (NPD) e quello Istrionico (IPD) presentano analogie e diversità [1]. In questo lavoro si sono indagate le difficoltà affettive, lavorative, relazionali e i comportamenti dei soggetti NPD e IPD, in particolare la loro rispettiva ricerca d'ammirazione e d'attenzione.
Materiali e metodi: nella SOD Clinica Psichiatrica d'Ancona dal 2000 al 2005 sono afferiti in regime di degenza ospedaliera 30 soggetti NPD e 19 con IPD. Per ogni unità statistica sono stati valutati i parametri socio-demografici e somministrati i seguenti questionari: AQ, BIS11-ITA, SCID II.
Risultati: l'indagine ha rilevato che:
– i NPD mostrano l'ostilità sia esplicita sia passivo-aggressiva più spesso degli IPD;
– l'impulsività motoria e non pianificata predomina nel gruppo degli istrionici;
– la SCID evidenzia come i NPD sono diffidenti e distaccati nei confronti delle altre persone, mentre gli IPD instaurano atteggiamenti confidenziali con individui quasi sconosciuti.
Conclusioni: i NPD generalmente non sposati e con titoli di studio piuttosto elevati, pianificano le loro strategie di successo per trovare l'ammirazione dalle persone che li circondano. Gli Istrionici con comportamenti messalinici o di dongiovanismo, tramite la teatralità verbale e motoria, e svolgendo mansioni di dipendenza, vanno prevalentemente alla ricerca d'attenzione.

Bibliografia

1 Ronningstam EF. *I Disturbi del Narcisismo: diagnosi, clinica, ricerca*. Milano: Cortina R. 2001.

473. L'osservazione partecipante nella psicoterapia di gruppo per pazienti con disturbi di personalità

G. Mircoli, C. Guidi, V. Manini, G. Borsetti

S.O.D. Clinica Psichiatrica, Università Politecnica delle Marche, A.O.U. Ospedali Riuniti, Ancona

Introduzione: la psicoterapia di gruppo è un importante trattamento per i soggetti con Disturbo di Personalità (DP) e luogo privilegiato per l'apprendimento e la crescita di futuri terapeuti. L'osservazione partecipante si configura come esperienza formativa, poiché introduce alla comprensione delle dinamiche gruppali, facilita il transfert e le triangolazioni edipiche [1].
Materiali e metodi: nel 2002 è iniziata c/o la S.O.D. Clinica Psichiatrica di Ancona una psicoterapia di gruppo ad orientamento analitico per soggetti con DP [2]. I terapeuti avevano optato per una co-conduzione; un anno fa uno dei due si è dovuto trasferire per motivi di lavoro. Attualmente il gruppo è condotto da una terapeuta, affiancata da un'osservatrice partecipante.
Risultati: all'inizio la presenza dell'osservatrice partecipante ha rievocato fantasie persecutorie, vissuti depressivi, alternati a fasi ipomaniacali. In seguito la verbalizzazione delle emozioni e la riflessione hanno permesso al gruppo ed all'osservatrice di interagire facendo emergere il desiderio di scambio, confronto reciproco e conoscenza.
Conclusioni: vivere la complessità dell'apprendere significa non solo acquisire conoscenze e competenze, ma anche riconoscere la valenza trasformatrice di questa esperienza. La consapevolezza di ciò ha permesso all'osservatrice a al gruppo di lavorare in-sieme.

Bibliografia

1 Corbella S. *Storie e luoghi del gruppo*. Milano: Cortina 2003.
2 Mircoli G, Manini V. *Quando i nodi vengono al pettine. Il doppio impasse*. In Gruppi 2/2006.

474. Narcisisti vs. borderline: quale terapia?

G. Mircoli, C. Cardoni, L.E. Svarca, G. Borsetti

S.O.D. Clinica Psichiatrica, Università Politecnica delle Marche, A.O.U. Ospedali Riuniti Ancona

Introduzione: lo studio delle analogie/diversità tra il Disturbo Narcisistico di Personalità (NPD) e quello Borderline (BPD) è sempre di grande attualità [1]. In questo lavoro si è esaminato l'approccio dei due disturbi alla terapia farmacologica e psicoterapica.
Materiali e metodi: nella SOD Clinica Psichiatrica di Ancona dal 2002 al 2004 sono afferiti in regime di degenza ospedaliera 20 soggetti NPD e 34 con BPD. Tali soggetti so-

no stati indirizzati ad un trattamento sia psicofarmacologico che psicoterapico. Indi è seguito follow-up a 2 anni.
Risultati: l'indagine ha rilevato che:
– entrambi i campioni beneficiano della farmacoterapia con l'impiego delle diverse classi a seconda della sintomatologia prevalente;
– l'entità del drop-out è elevata in ambedue i gruppi. Dopo 2 anni la metà dei NPD è ancora in trattamento, il 25% di questi con farmaci e psicoterapia; i BPD interrompono più spesso la psicoterapia.
– un numero limitato di soggetti nei 2 gruppi si avvale solo della psicoterapia.
Conclusioni: i NPD sembrano privilegiare il trattamento integrato e traggono maggiori benefici dagli antidepressivi, forse per far fronte a ferite narcisistiche derivanti dal fallimento nelle aspettative personali; dal mancato riconoscimento delle proprie qualità e da perdite. Nei BPD vi è un uso maggiore di stabilizzanti, legato alla sintomatologia prevalente presentata (discontinuità, instabilità, ecc.).

Bibliografia:

Murphy et al. *Subtypes of Psychopathy: proposed differences between Narcissistic, Borderline, Sadistic and Antisocial Psychopates*. Psychiatric Quarterly 2003; vol. 74, N. 1.

475. Depressione mascherata o malattia rara?

R. Mondola, M. Casiello, D. Galletta, F. D'Amato, M. Coppola

Dipartimento di Neuroscienze, Area Funzionale di Psichiatria, Università Federico II di Napoli

Spesso lo psichiatra deve valutare pazienti la cui sintomatologia non ha consentito una diagnosi nosografia nella medicina generale. Per alcuni di questi pazienti è possibile diagnosticare un disturbo psichico primario alla base del quadro somatico, per altri la valutazione è più difficile. Un esempio di difficoltà diagnostica è il caso di una donna di 34 anni che da cinque soffre di una sintomatologia caratterizzata da: dolori muscolari, astenia, ipersonnia, dolore toracico, tremori, formicolio, labilità emotiva. Gli esami ematochimici evidenziano aumento del CPK e un picco oligoclonale. Perdita diffusa di unità motorie e aumento dei potenziali polifasici all' ENM. RMN negativa. Biopsia muscolare negativa. A causa dell'anamnesi familiare positiva per amiloidosi è stata fatta la valutazione al rosso congo sul grasso periombelicale risultato negativo. Per la paziente è stata ipotizzata una depressione mascherata, ma gli oggettivi dati ematochimici e funzionali obbligano ad ulteriori ed opportuni approfondimenti diagnostici. Troppo spesso quadri clinici inspiegabili vengono giustificati superficialmente come fenomeni di somatizzazione senza tener conto delle numerose malattie rare (Sindrome di Munchhausen, miofascite macrofagica) che possono giustificare il caso clinico in questione e della possibilità di malattie non ancora descritte o caratterizzate dettagliatamente (ne vengono descritte circa 5 nuove a settimana).

476. Paramnesia e lesione frontale destra

R. Mondola, M. Coppola, D. Galletta, M. Casiello

Università di Napoli Federico II, Dipartimento di Neuroscienze, Area Funzionale di Psichiatria

Introduzione: evidenze cliniche documentate in letteratura associano l'insorgenza di paramnesie alla presenza di lesioni frontali. L'integrità dei network frontotemporali è indispensabile per una corretta memorizzazione e rievocazione.
Caso clinico: si è presentato alla nostra osservazione un ragazzo di 18 anni, G.E., che da un anno manifestava una sintomatologia caratterizzata dalla presenza del falso ricordo di aver conosciuto sua nonna che in realtà era morta cinque anni prima della sua nascita. Tali "ricordi" erano molto vivi nella memoria del giovane che li "rievocava" in maniera particolareggiata e con coinvolgimento affettivo. Dalla ricostruzione anamnestica è emerso che tale sintomatologia era comparsa 6-8 mesi dopo un episodio di meningite virale che aveva determinato uno stato di coma durato 40 giorni. L'esecuzione di una RMN encefalo ha mostrato la presenza di una lesione frontale destra di natura gliotico malacica come conseguenza della meningite.
Conclusioni: la paramnesia è frequente in pazienti con lesioni neurodegenerative diffuse; la particolarità di questo caso è che una singola lesione, in un'area strategica per i meccanismi di corretta memorizzazione, abbia potuto provocare l'insorgenza del falso ricordo. Si può ipotizzare che tale regione sia fondamentale per il discernimento tra una esperienza realmente vissuta e immagini, racconti aneddoti acquisiti in un tempo successivo e non realmente esperiti

477. Trazodone: una molecola polimorfa

P. Mora[*], M. De Vanna[**], D. Carlino[**]

[*] *Dipartimento di Salute Mentale, ASL 12 Veneziana, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Ospedale Umberto I Mestre;* [**] *Clinica Psichiatrica, Università Trieste*

Il Trazodone idrocloridato è un antidepressivo chimicamente non correlato ne ai triciclici, ne tetraciclici ne ad altri antidedepressivi conosciuti.
È una triazolopiridina derivata: 2-[3-[4-(3-chlorophenyl)-1-piperazinyl]propyl]-1,2,4-triazo-lo[4,3-a] pyridin-3(2H)-one hydrochloride. Di formula empirica C19H22CIN5O HCl.
Si presenta come una polvere cristallina bianca, inodore, solubile in acqua.
Il Trazodone è una molecola dal profilo ben conosciuto,essendo disponibile in terapia da diversi anni.
Possiede attività antidepressiva, ansiolitica, sedativa ed ipnoinducente, legata alla azione inibente il re-uptake a livello delle sinapsi serotoninergiche e all'azione alfa adrenolitica.
La necessità di controllare l'ansia con il suo corteo sintomatologico e l'agitazione appare una evidenza di non raro riscontro nella pratica clinica, soprattutto in interventi di Pronto Soccorso e nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. Per tale sintomatologia di solito si ricorre alla somministrazione di Benzodiazepine, e a volte di neurolettici, far-

maci di largo impiego e di riconosciuta maneggevolezza, ma non del tutto immuni da effetti collaterali indesiderati: eccessiva sedazione, astenia, effetti residui tipo hang-over, e per quanto riguarda i neurolettici di EPS.
Il profilo farmacologico del Trazodone, privo di tali effetti collaterali, è tali da ipotizzarne l'utilizzo nella pratica clinica in un ampio spettro sintomatologico e psicopatologico.
Materiali e Metodi: vengono presentati i risultati di uno studio in aperto in cui a pazienti con particolare acuzie sintomatologica ansiosa è stata somministrata per via venosa (fiale da 50 mg in 100 cc di fisiologica).
Trattamento proseguito successivamente con monosomministrazione serale (forma farmaceutica Trittico 150 mg).
In alcuni casi il dosaggio è stato incrementato fino a 300 mg, preferendo in tali casi la somministrazione in dosi refratte durante la giornata.
Viene inoltre presentato un data base in progress di utilizzo di Trazodone nella sindrome da astinenza nei tossicodipendenti, nei pazienti con disturbo del sonno e con deficit cognitivo.
Per tutta la durata del trial l'assessment sarà garantito dall'utilizzo delle seguenti Rating Scales: Hamilton per l'ansia, PANSS, SANS.
Viene valutato con la CGI anche la comparsa di eventualiside effects.
A tutti i pazienti sono state fornite informazioni ed ottenuto un consenso formale al trattamento.
I risultati, in corso di elaborazione,verranno valutati con il test del Chi quadro e con le più comuni metodologie statistiche per quanto concerne i dati sociodemografici.
Dai primi dati in nostro possesso si rinviene un effetto notevolmente positivo nel trattamento con Trazodone dei sintomi ansiosi,con scarsi effetti collaterali.

Bibliografia

Bravaccio F, Pozzi O, Margherita G, Mastrosimone F. *Prima esplorazione clinica ed elettroencefalografica degli effetti dell'AF1161 in pazienti psichiatrici*. Acta Neurol 1968;23.

Scapicchio PL. Trazodone. Pharmacotherapia 1991;5:1.

Cazzola P. *Trazonone Drug Profile*. Milano: Aggiornamento Medico 1994.

Garattini S, De Gaetano G. et al. *Effects of Trazodone an serotonin in the brain and platelets of the rat*. Atti 1st Wld Congr of Biological Psychiatry, Buenos Aires 1974.

Salteri A, Rabboni M, et al. *Trazodone nel trattamento della depressione post psicotica*. Psichiatria &Medicina 1991(Suppl).

Madeddu M, Tosi M, et al. *Valutazione dell'effetto del Trazodone nel sostegno psicoorganico del paziente in fase di disassuefazione da oppiacei*. Padova: Le Basi Razionali della Terapia 1990.

Roccatagliata C, Albano C. *Trattamento elettivo con il Trazodone nell'emergenza psichiatrica*. Psichiatria & Medicina 1992(Suppl).

Alemanno F, Gamper J. *La sedazione cosciente in oculistica per l'intervento di cataratta*. Bollettino di oculistica, Bologna 1994(3).

Klieser E, Lehmann E, Juntgen HL. *Effects of Trazodone in anxious and Psychotic symptoms in depression and schizophrenia*.

Siti internet Trazodone.

478. Comorbilità di esordio psicotico e abuso di sostanze in pazienti afferenti ai CSM dell'area Bologna-Ovest

E. Mori, E. Rossi, D. Pecile, N. Cevenini, P. Papili, R. Michetti, D. Berardi

Istituto di Psichiatria "P. Ottonello", Università di Bologna

Introduzione: recenti evidenze sottolineano l'esistenza di un'alta comorbilità fra esordio psicotico e abuso di sostanze correlata a un outcome peggiore. Abbiamo valutato l'entità dell'abuso di sostanze fra i pazienti al primo contatto per episodio psicotico afferenti a tre Centri di Salute Mentale (CSM) di Bologna e l'influenza sul decorso del Disturbo Psicotico.
Metodi: abbiamo condotto uno studio retrospettivo includendo soggetti di età di esordio compresa fra i 18 e 30 anni con diagnosi ICD-10 F2 (schizofrenia, sindrome schizotipica e disturbi deliranti) afferenti ai tre CSM dal gennaio 2002 a dicembre 2006 valutando la presenza di "Uso dannoso di sostanza" secondo i criteri ICD-10 e il follow-up dei pazienti a un anno.
Risultati: su un campione complessivo di 56 pazienti, 26 (46%) soddisfano i criteri di "Uso dannoso di sostanze" (Abusers). La sostanza di abuso più utilizzata è la cannabis (88%) e l'età media di esordio della psicosi è inferiore di 1,1 anni nel gruppo degli Abusers rispetto ai Non-Abusers. Ad un anno dalla presa in carico il 46% tra gli Abusers svolge attività lavorativa o di studio rispetto al 67% dei Non Abusers. Inoltre il 31% degli Abusers ha subito ricoveri contro il 17% dei Non-Abusers.
Conclusioni: in linea con la letteratura, il nostro studio suggerisce il possibile ruolo dell'abuso di sostanze nell'influenzare negativamente la prognosi nei soggetti con esordio psicotico.

479. Nuove terapie comportamentali delle cefalee: la Pet Therapy.

D. Moscato, B. Calabrese, F.R. Moscato, M.I. Peracchi, P. Schiavi, S. Tafani

Centro Cefalee, Ospedale San Carlo IDI, Roma

La *Pet Therapy* comporta l'uso di animali addestrati per far raggiungere ai pazienti obiettivi terapeutici.
Nacque da osservazioni sull'interazione uomo-animale e sugli effetti positivi della stessa sullo stato di benessere psicofisico, nel miglioramento della sintomatologia dei pazienti, nella facilitazione dei processi terapeutici.
L'animale ha quindi il compito di essere un mediatore emozionale da permettere al paziente di uscire dalle sue difficoltà di rapporti con gli altri e con se stessi.
Nel campo della cefalea infantile nei soggetti in cui la cefalea è precipuamente legata a problematiche di disagio ambientale nei confronti dei familiari, del gruppo dei pari, del mondo scolastico e sono presenti comorbilità psichiatriche, la pet therapy finora ci ha dato dei risultati entusiasmanti [1 2].
Il percorso terapeutico è un ciclo di 12/15 sedute settimanali, di 1 ora con psicoterapeuti ed animali, con valutazione sia testologica prima e dopo (disegno della famiglia, dell'albero, C.D.I., FAB-C) che delle caratteristiche della cefalea.

Gli animali che effettuano la Pet sono: 1 cane, 2 pecore, 1 capretta, 2 pony, 10 conigli, 100 uccelli in tre voliere.
Abbiamo quindi voluto rivedere i primi gruppi terapeutici che avevano effettuato la pet therapy da più di un anno (37 pazienti 17 m, 20 f, range 4/18 anni) per rivalutate le caratteristiche della cefalea.
Nonostante il tempo passato per la maggioranza la cefalea si era mantenuta nei livelli di fine terapia.
Riteniamo quindi che la Pet therapy possa essere uno strumento adeguato per trattare i pazienti cefalalgici in cui le problematiche psicosomatiche e psichiatriche siano rilevanti, in quanto il rapporto con il mondo animale, gestito da personale competente, aiuta il paziente ad uscire da un suo isolamento difficilmente modificabile con le comuni terapie.

Bibliografia

1 Moscato D, Peracchi MI, Mecaroni M, Brizzi V. *Pet therapy as behavioural treatment childhood migraine*. J Headache and Pain 2005;6:366.

2 Moscato D, Peracchi MI, Mecaroni M. *The pet therapy and childhood headache: a new terapeutic course*. Cephalalgia 2005;25:898.

480. Teoria della Mente e Tossicodipendenza

A. Narzisi

Vecoli, Comunità Terapeutica per Tossicodipendenti, Ce.I.S. di Lucca

Una teoria della mente, o capacità intuitiva, particolarmente sviluppata è uno dei segni che spesso è ascrivibile ai tossicodipendenti. Il lavoro clinico con tali pazienti ci ha fornito chiare indicazioni in merito ad un loro ancoraggio, quasi esclusivo, a processi pre-logici nella gestione del rapporto interpersonale. Il ricorso ad una siffatta modalità comportamentale abbiamo ipotizzato che fosse riconducibile ad una difficoltà di accesso al pensiero simbolico e quindi alla condivisione con l'altro. Nei periodi in cui il tossicodipendente è in fase attiva, l'assunzione della sostanza assume la valenza di bisogno primario e la soddisfazione di tale necessità, noi pensiamo, ha l'assoluta priorità su ogni altra esigenza. In questi momenti, la capacità presimbolica dei tossicodipendenti assurge alla sua massima espressione, infatti, come si desume dai loro racconti, riescono a riconoscere i cosiddetti spacciatori solo scambiandosi un'occhiata. Ciò ricorda un noto fenomeno clinico che riguarda l'acuta capacità di percezione che hanno gli omosessuali di riconoscersi con uno sguardo. Nel tossicodipendente la capacità intuitiva è così sviluppata probabilmente sia perché è necessaria per l'approvvigionamento della sostanza sia perché sostituisce le forme logiche di ragionamento verso cui questi pazienti hanno avuto uno scarso training. Concludiamo questo contributo ipotizzando che tra l'eziologia multifattoriale della drug addiction potrebbe esserci quello di una teoria della mente arrestatasi ad un funzionamento di tipo presimbolico.

Bibliografia

Tartabini A. *Psicologia Evoluzionistica*. McGraw-Hill 2003.
Tauber ES, Green MR. *L'Esperienza prelogica*. Boringhieri 1971.
Camaioni. *La Teoria della Mente*. Università Laterza 1995.

481. Corea di Huntington: quando il sintomo psichico precede quello motorio (diagnosi tardiva e dilemma etico)

C. Obezzi, M.S. De Angelis, E. Torre

S.C.D.U. Psichiatria, Cattedra di Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Novara

Introduzione: la malattia di Huntington è un disturbo neurodegenerativo del SNC a trasmissione autosomica dominante. L'esordio è spesso psichico, a 30-50 anni. Esiste un test di diagnosi molecolare.
Caso clinico: pz. del '38, 4 figlie. Sviluppo motorio con lieve ritardo. Il primo contatto è col neurologo, a 33 anni, per "vertigini". A 46, insorgono insonnia, tensione muscolare, irritabilità, idee di rovina economica, ma il primo contatto con lo psichiatra è nel '91. Da allora, vi è un progressivo peggioramento, nonostante terapia con BDZ, NLT, antidepressivi. Insorgono discinesie e nel '01 è effettuata TC encefalo con mdc: non Corea (effetti collaterali da NLT?). Nel '04: MMSE = 15. A fine '05, la pz. è operata per flemmone cervicale, da discinesie. Poichè presenta imponenti disturbi motori e fasici e risulta in anamnesi seguita da anni dal CSM, è richiesta consulenza dello psichiatra, che sollecita consulenza neurologica. Si conferma la diagnosi di "Corea di Huntington". Le figlie, alcune con figli piccoli, rifiutano la diagnosi genetica.
Conclusioni: il caso è emblematico, per la "monolateralità" dell'osservazione specialistica, che ha impedito una necessaria diagnosi differenziale e scelte diverse dei curanti e delle figlie (test genetico e, se positivo, scelta di non procreare o test prenatale). Esiste il "diritto di non sapere"? Indispensabili i counseling genetico e psicologico.

Bibliografia

Parker M, Lucassen A. *Working towards ethical management of genetic testing*. Lancet 2002;360:1585-8.
Tost H, et al. *Huntington disease: phenomenological diversity of a neuropsychiatric condition that challenges traditional concepts in neurology and psychiatry*. Am J Psych 2004;161:28-34.
Malpas P. *The right to remain in ignorance about genetic information:can such a right be defended in the name of autonomy?* N Z Med J 2005;118(1220).

482. Acido valproico nel trattamento della schizofrenia

P. Olgiati[*,**], A. Serretti[*]

[*] *Dipartimento di Psichiatria, Università di Bologna;* [**] *Area Emergenze Psichiatriche, Casa di Cura "Villa Cristina", Torino*

Introduzione: la schizofrenia è una patologia invalidante. Neurolettici ed antipsicotici atipici rappresentano la prima linea di trattamento ma sono spesso inefficaci. Stabilizzanti dell'umore, in particolare acido valproico (VPA), sono frequentemente associati agli antipsicotici per migliorare la risposta clinica. Gli autori hanno condotto una revisone della letteratura su effetti farmacologici ed efficacia di VPA nei disturbi dello spettro schizofrenico.

Metodi: selezione degli articoli di interesse nei database MEDLINE ed EMBASE utilizzando le seguenti parole chiave: schizophrenia – psychosis - mood stabilizer - valproate. Altri studi non pubblicati su riviste indicizzate sono stati reperiti mediante analisi delle voci bibliografiche degli articoli disponibili.
Risultati: gli effetti farmacologici di VPA potenzialmente utili nel trattamento della schizofrenia includono: 1) rilascio della dopamina nella corteccia prefrontale attraverso un meccanismo 5-HT dipendente (controllo dei sintomi negativi); 2) inibizione del processo di metilazione dei geni GAD e RELN che è stato correlato con psicosi in modelli animali 3) attenuazione dell'iperprolattinemia prodotta dal blocco dei recettori D2.
Pochi studi hanno valutato l'efficacia clinica di VPA in associazione con aloperidolo o antipsicotici atipici (RIS; OLA). È emersa una maggiore riduzione dell'aggressività nei pazienti che assumevano trattamenti combinati
Conclusioni: VPA può risultare utile per migliorare la risposta clinica agli antipsicotici, tuttavia sono necessari studi di migliore qualità per valutare la reale entità dell'effetto. Inoltre non sono stati adeguatamente investigati possibili benefici in termine di riduzione della sintomatologia negativa e di controllo dell'iperprolattinemia.

483. Trattamento del disturbo bipolare: realtà dimensionale tra nosografia contemporanea e linee guida

E. Olivieri[*] [**], M. Prelati[*], L. Marchiaro[**], Risso[**], C. Vecchiato[*]

[*] SPDC ASO S. Croce e Carle, Cuneo; [**] Dipartimento di Salute Mentale, ASL 15 Dronero

Il Disturbo Bipolare è da tempo discusso nel proprio inquadramento anche allargato verso altri disturbi dello spettro dell'umore o di personalità [1]. La difficoltà a porre una diagnosi spesso risponde a comorbilità nell'Asse II del DSM IV-TR o nelle dipendenze. Anche la difficoltà a chiarire significativi dati anamnestici e le modalità di presentazione clinica possono esporre particolarmente al rischio di errori diagnostici e terapeutici. Tuttavia la letteratura riporta casistiche in cui trattamenti estranei alle linee guida non dipendono da una diagnosi errata; il 28%, pazienti dimessi con diagnosi di disturbo Bipolare sarebbero trattati al di fuori delle linee guida [2].
Queste osservazioni ci hanno portato a interrogarci sulle ragioni che sottendono la scelta terapeutica nel paziente Bipolare all'interno del Dipartimento di Salute Mentale di Cuneo, particolarmente nel contesto della risposta alla crisi. Per questo, abbiamo riesaminato le cartelle dell'anno 2005 di 35 pazienti con diagnosi Disturbo Bipolare ricoverati presso l'SPDC dell'Ospedale "S. Croce e Carle" di Cuneo, in regime di ricovero ordinario o di Day Hospital.
L'obiettivo di questo riesame è quello di verificare l'esistenza di elementi dimensionali comuni a sostegno delle scelte terapeutiche effettuate anche quando queste siano state costituite da eventuali prescrizioni off-label; i dati sono al momento ancora in fase di elaborazione statistica.

Bibliografia

[1] Akiskal HS. *The dark side of bipolarity: detecting bipolar depression in its pleomorphic expressions.* J Affect Disord 2005;84:107-15.
[2] Farrelly N, Dibben C, Hunt N. *Current management of bipolar affective disorder: is it reflective of the BAP guidelines?* J Psychopharmacol 2006;20:128-31.

484. Attaccamento e tema relazionale conflittuale centrale (CCRT) nella bulimia nervosa e nella depressione maggiore

B. Orbitello, D. Venica, L. Perini, R. Ciano, M. Comi, M. Balestrieri

Clinica di Psichiatria, Psicologia Medica e Psicosomatica, DPMSC, PUGD, Udine

Scopo: lo studio si propone di indagare la presenza di associazioni tra lo stato di attaccamento e la componente intrapsichica del CCRT in soggetti affetti da Bulimia Nervosa (BN) e Depressione Maggiore (DM). In secondo luogo si prefigge di valutare se eventuali modalità relazionali o strategie di attaccamento siano associati alle diagnosi considerate.
Materiali e metodi: lo studio prevede la raccolta dei dati relativi alle variabili socio demografiche e cliniche di base, con successiva somministrazione di Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Relationship Anecdotes Paradigm interview (RAP) e Adult Attachment Interview (AAI).
Risultati: sono stati arruolati 34 pazienti dei quali 15 affetti da BN e 19 da DM; è emersa una associazione specifica tra la componente intrapsichica e la diagnosi clinica. Le altre tematiche relazionali non hanno dimostrato differenze significative tra i due gruppi diagnostici, ad eccezione della risposta negativa del Sé. Non si è riscontrata alcuna associazione tra specifica configurazione di attaccamento ed espressione della componente intrapsichica del CCRT.

485. Maternità allo specchio: la gravidanza nei Disturbi del Comportamento Alimentare

M.G. Oriani, C. Mattei, A. Simoncini, A. Tranquilli, G. Borsetti

Clinica Psichiatrica, Clinica di Ginecologia e Ostetricia; Università Politecnica delle Marche; Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ospedali Riuniti Umberto I - Lancisi - Salesi

Introduzione: questo studio nasce dalla collaborazione tra l'Ambulatorio per i D.C.A. della Clinica Psichiatrica e la Clinica di Ginecologia e Ostetricia di Ancona, interpretando la gravidanza come riedizione della dinamica di fusione-separazione dalla propria madre.
Metodologia: sono state sottoposte a valutazione clinica e testistica specifica per D.C.A. (EDI-2, BITE, BES) 100 donne in gravidanza e sono stati definiti due campioni di 11 donne ciascuno: uno di pazienti con D.C.A. e uno controllo. Seguivano colloqui clinici, basati su un'intervista semistrutturata, per valutare aspetti legati all'immagine corporea e al rapporto con il cibo; asse timico;funzione materna; fantasie relative al parto e al bambino.
Risultati: il tema della fusione/separazione dal materno rappresenta un aspetto coinvolto nella genesi e nello sviluppo

dei D.C.A., dove la lotta per la conquista della propria individualità non trova altra via d'espressione se non attraverso il corpo. Interrogare la gravidanza significa per la donna rievocare il rapporto con la propria madre: attraverso la regressione, ripropone il confronto/identificazione con l'immagine materna interiorizzata: comporta il ritorno alla condizione di sé dentro il grembo materno e riporta alla dolorosa alternativa tra restare dentro, in una condizione di fusione-pienezza rischiando un soffocamento mortale, o uscir fuori, separandosi, con la conseguente esposizione e perdita. La nostra esperienza ha confermato come questo e altri aspetti propri dei D.C.A. siano profondamente rimessi in discussione nell'esperienza della gravidanza: l'accettazione della propria femminilità, come funzione di accoglienza e contenimento, i cambiamenti corporei e non, le difficoltà relazionali come elaborazione ed espressione dei vissuti emotivi.
Nella letteratura i lavori dedicati al complesso tema della gravidanza e dei D.C.A. sono estremamente scarsi e rivolgono l'attenzione a quelle che possono essere le complicanze e i rischi per il nascituro con una minore attenzione agli aspetti psicodinamici della donna in relazione al tipo di patologia prevalentemente femminile, quali sono i D.C.A.
Con l'intenzione di approfondire maggiormente le dinamiche psichiche sottese all'evento della gravidanza in relazione ai D.C.A., partendo dall'ipotesi sopra riportata, lo studio da noi condotto si ripropone di individuare alcune aree maggiormente vulnerabili in donne in stato interessante con D.C.A. rispetto a quelle che non presentano tale problema, fermo restando la delicatezza delle tematiche e l'estrema variabilità individuale nella modalità con cui si affronta tale situazione.

486. Drop out e ricoveri ospedalieri nel trattamento farmacoterapico con risperidone per OS e risperidone RP: uno studio di confronto

A.M. Pacilli, E. Olivieri, V. Rosso, L. Marchiaro, M. Prelati, F. Risso, C. Vecchiato

Dipartimento di Salute Mentale, Cuneo

Il risperidone è un antipsicotico atipico largamente utilizzato nel trattamento dei disturbi dello spettro schizofrenico. La formulazione a rilascio prolungato (RP), oltre a favorire la compliance al trattamento, sembra ridurre la fluttuazione della concentrazione plasmatica per tale farmaco, diminuendo il rischio di disturbi del movimento e di altri effetti collaterali.
Il presente lavoro si propone di confrontare il trattamento in aperto con risperidone orale e RP, di due gruppi di pazienti affetti da Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici (DSM-IV-TR), afferenti al DSM di Cuneo.
Il periodo di riferimento dello studio è compreso tra l'ottobre 2005 e il maggio 2007.
La nostra ricerca si è articolata in più fasi:

1. valutazione della severità della psicopatologia, del numero di ricadute cliniche e di drop out al trattamento nel gruppo di pazienti in terapia con risperidone orale (dosaggio compreso tra 1 e 6 mg/die) e nel gruppo trattato con risperidone RP (dosaggio compreso tra 25 e 50 mg ogni 15 giorni);
2. passaggio da risperidone orale a RP in pazienti che hanno dimostrato scarsa compliance al risperidone orale. Tale coorte di pazienti è stata poi paragonata per gravità dei sintomi, ricadute e drop-out con i due gruppi sopra descritti;
3. valutazione della tollerabilità al trattamento, con particolare riferimento alla comparsa di effetti extrapiramidali e iperprolattinemia e alla necessità di terapia anticolinergica.

I risultati così ottenuti, ancora in fase di elaborazione, sembrano dimostrare una maggiore aderenza al trattamento con il risperidone RP, una relativa riduzione degli effetti collaterali ad esso legati, accanto ad una diminuzione del numero dei drop out e delle ricadute rispetto alla formulazione per os.

Bibliografia

Lindenmayer JP, Eerdekens E, Berry SA et al. *Safety and efficacy of long-acting risperidone in schizophrenia: a 12-week, multicenter, open-label study in stable patients switched from typical and atypical oral antipsychotics.* J Clin Psychiatry 2004;65:1084-9.

487. Ritenzione di alcolisti in un Day-Hospital polivalente: interazione favorevole con la doppia diagnosi

M. Pacini[1 2], M.L. Attilia[1], S. Maugeri[3], M.S. Guastafierro[3], A. Mellini[1], I. Maremmani[2], M. Ceccanti[1]

[1] Policlinico Umberto I, Dipartimento di Medicina Clinica, Centro di Riferimento Alcologico del Lazio, Sapienza Università di Roma; [2] ISC "De Lisio", Pisa; [3] Facoltà di Psicologia, Sapienza Università di Roma

La doppia diagnosi è considerato un fattore negativo per l'adesione al trattamento e il successo terapeutico negli alcolisti. I soggetti con doppia diagnosi richiedono una complessa gestione rispetto alle problematiche alcol-correlate, alla dipendenza e alla psicopatologia associata.
99 alcolisti, di età media 43,28 ± 10,2, 73 maschi (73,7%) sono stati seguiti per dal Gennaio al Giugno del 2004, con valutazioni standardizzate ripetute a 15, 45, 90 giorni; a 180 giorni è stato rilevato lo status del paziente in base al numero di giorni trascorso dall'ultimo contatto (medico, psicologico o psichiatrico). 42 pazienti (42,4%) avevano doppia diagnosi, prevalentemente affettiva. Il servizio comprendeva valutazione internistica, psicoterapica e psichiatrica (secondo i criteri del DSM-IV) nello stesso ambiente (Day-Hospital) e iniziata durante lo stesso periodo di degenza.
I parametri psicopatologici e alcologici sono migliorati durante il periodo di frequenza. Contrariamente alle aspettative, la ritenzione in trattamento è superiore ai vari termini di osservazione per i soggetti con doppia diagnosi ($p < ,001$ a 15 gg; 0,001 a 30 gg; 0,002 a 90 gg), con maggior probabilità di mantenere il contatto con almeno un referente a 180 giorni.
L'interazione favorevole tra ambiente polivalente e l'istituzione immediata di terapie specifiche contribuisce a un risultato favorevole rispetto alla prognosi della doppia diagnosi non trattata unitariamente.

488. Nuovi alcolismi, rilevanza epidemiologica e caratteristiche differenziali dell'alcolismo in soggetti con storia di abuso di stimolanti e oppiacei

M. Pacini[1 2], M.L. Attilia[1], V. Vermeil[3], I. Maremmani[2], M. Ceccanti[1]

[1] Policlinico Umberto I, Dipartimento di Medicina Clinica, Centro di Riferimento Alcologico del Lazio, Sapienza Università di Roma; [2] ISC "De Lisio", Pisa; [3] Facoltà di Psicologia, Sapienza Università di Roma

L'inquadramento dell'abuso alcolico comprende anche la ricostruzione del rapporto tra uso di alcol e altre sostanze nei casi di poliabuso. Il ricorso all'alcol appare frequente sia negli eroinomani che negli abusatori di cocaina.
Per accertare il rilievo epidemiologico di queste tipologie e ricostruire la patogenesi dell'abuso alcolico, sono stati esaminati i dati clinico-anamnestici di 425 soggetti consecutivi afferenti al Day-Hospital del Dipartimento di Medicina Clinica del Policlinico Universitario Umberto I per patologia alcol-correlata. I soggetti sono stati sottoposti a valutazione psichiatrica secondo i criteri del DSM-IV, gli elementi di interesse alcologico (familiarità, cronologia, quantità, compromissione somatica) sono state ricavate dalle cartelle cliniche. Le due categorie di poliabuso risultano epidemiologicamente rilevanti. I soggetti con storia di abuso/dipendenza da stimolanti o oppiacei mostrano quadri di abuso/dipendenza alcolica con caratteristiche sovrapponibili a quelle degli altri alcolisti. I soggetti con storia di dipendenza da depressori rivelano frequentemente una storia di mancato trattamento della dipendenza da oppiacei, o trattamento con predittori di inefficacia. L'instaurazione dell'abuso alcolico coincide spesso con il distacco dagli oppiacei tossici o terapeutici. Per i soggetti con abuso di depressori l'abuso riconosce invece un decorso parallelo.
La prevenzione dell'alcolismo nei soggetti poliabusatori deve tener conto della storia neurobiologica di queste sottocategorie. Il trattamento dell'eroinismo e il trattamento precoce dell'abuso di stimolanti ha un impatto significativo sulla riduzione dei casi di alcolismo.

489. Mantenimento con gabapentin in alcolisti con e senza doppia diagnosi psichiatrica: ritenzione in trattamento e outcome alcologico

M. Pacini [* **], M.L. Attilia [*], V. Vermeil [***], I. Maremmani [**], M. Ceccanti [*]

[*] Policlinico Umberto I, Dipartimento di Medicina Clinica, Centro di Riferimento Alcologico del Lazio, Sapienza Università di Roma; [**] ISC "De Lisio", Pisa; [***] Facoltà di Psicologia, Sapienza Università di Roma

Il gabapentin è un composto con proprietà antiepilettiche e antidolorifiche, per il quale è stata inoltre evidenziata l'utilità nel trattamento dei disturbi bipolari e d'ansia. Alcune segnalazioni minori suggeriscono la possibilità di sfruttarne proprietà anticraving nell'abuso di sostanze.
Cinquanta alcolisti con e senza doppia diagnosi psichiatrica, con storia di fenomeni epilettici o attualità di neuropatia sono stati trattati con uno schema di induzione e mantenimento con gabapentin. In tale popolazione è stato valutato l'effetto indipendente del gabapentin sul decorso della dipendenza alcolica dopo la procedura di disintossicazione medicalmente assistita in regime di Day-Hospital nel corso dei 12 mesi successivi, in termini di numero ed entità delle ricadute.
Il trattamento con gabapentin sembra associarsi ad una riduzione della gravità delle ricadute, e favorire un precoce reflusso in trattamento. Le ricadute di gravità maggiore si associano alla recente sospensione del trattamento, suggerendo così nel complesso una promettente attività anticraving di questo composto. La presenza di disturbi psichiatrici in doppia diagnosi non influenza l'outcome.
Il gabapentin rappresenta un presidio potenzialmente utile nel contenimento del recidivismo dei soggetti alcolisti.

490. Efficacia e tollerabilità di Risperdial Consta come trattamento di mantenimento nel disturbo bipolare e schizoaffettivo

F. Panicali[*], E. Popova[**], A. Benabarre[**], C. Leighton[**], E. Vieta[**], G.P. Guaraldi[*]

[*] Clinica Psichiatrica Università di Modena; [**] Programma per il disturbo Bipolare, IDIBAPS, Università di Barcellona

Introduzione: pazienti con disturbo schizoaffettivo o disturbo bipolare con scarsa coscienza di malattia e predominio di ricadute in fase maniaca necessitano di un trattamento antipsicotico di mantenimento.
Metodologia: a 11 pazienti in terapia con eutimizzanti (Li, VPA, CBZ) è stata somministrata Risperdal Consta 25 mg ogni 14 gg. Durante 24 settimane sono state somministrate le scale Young, Hamilton e UKU per gli effetti secondari. All'inizio e alla fine dello studio sono state valutate la scala PANSS, CGI ed il peso.
Risultati: durante i 6 mesi di trattamento con Risperdal Consta la PANSS è migliorata del 40%. La Young è rimasta sotto il valore 6 con una riduzione media del 68,93%; la Hamilton è rimasta sotto il valore 7 con una riduzione media del 56,4%. Si è osservato un miglioramento (molto/moltissimo) della CGI nel 60% dei casi. Non si è osservato aumento di peso; la scala UKU ha indicato la presenza di minimi effetti collaterali. I1 paziente ha abbandonato il trattamento.
Conclusioni: Risperdal Consta si è verificato efficace, tollerabile ed ha garantito l'aderenza in pazienti bipolari o schizoaffettivi con scarsa coscienza di malattia.

Bibliografia

Kane JM, et al. *Long-acting injectable risperidone: efficacy and safety at the tirso long-acting atypical antipsychotic.* Am J Psychiatry 2003;160:1125-32.

Turner M, et.al. *Long acting injectable risperidone: safety anf efficacy in stable patients switched from conventional depot antipsychotics.* Int Clin Psychopharmacol 2004;19:241-9.

491. Studio aperto sull'efficacia di duloxetina nel trattamento della depressione bipolare

F. Panicali[*], E. Popova[**], A. Benabarre [**], C. Leighton[**], E. Vieta [**], G.P. Gueraldi[*]

[*] Clinica Psichiatrica, Università di Modena; [**] Programma per il Disturbo Bipolare, IDIBAPS, Università di Barcellona

Introduzione: la depressione bipolare è una sfida terapeutica per il rischio di viraggio che implica un trattamento con antidepressivi. È necessario studiare farmaci che uniscano efficacia e sicurezza.
Metodologia: 10 pazienti con disturbo bipolare in un episodio depressivo sono trattati con dosi variabili di duloxetina. Durante 6 mesi si valuta l'efficacia tramite la scala Hamilton (17 items) e la scala CGI, il rischio di viraggio tramite la scala Young, e la tollerabilità tramite la scala UKU. I risultati sono analizzati statisticamente con il Wilkoxon signed rank test.
Risultati: dopo 6 mesi si osserva una riduzione media del punteggio basale della scala Hamilton (17 item) del 67,03%. Nella scala Young si osserva, nel 80% dei casi, un punteggio ≤ 6 e nel 20% dei casi un punteggio ≥ 12. La CGI indica un miglioramento in almeno il 50% dei casi. La scala UKU indica che il 10% dei pazienti accusa effetti collaterali lievi.
Conclusioni: i risultati di questo studio suggeriscono che duloxetina è efficace nel trattamento della depressione bipolare, con minimo rischio di viraggio e con buona tollerabilità.

Bibliografia

Brannan SK, et al. *Onset of action for duloxetine 60 mg once daily: double-blind, placebo-controlled studies*. J Psychiatr Res 2005;39:161-72.

Derku MJ, et al. *Duloxetine in the acute and long-term treatment of major depressive disorder: a placebo-and paroxetin-controlled trial*. Eur Neuropsychopharmacol 2004;14:457-70.

492. Olanzapina in monoterapia o in combinazione nel trattamento della mania. Risultati a 12 settimane di uno studio osservazionale europeo sulla mania (EMBLEM)

F. Panicali[*], E. Vieta[**], G.P. Guaraldi[*]

[*]Clinica Psichiatrica, Università di Modena; [**]Programma per il disturbo bipolare, Università di Barcellona IDIBAPS

Introduzione: i fattori che intervengono nell'utilizzo di olanzapina in monoterapia o in combinazione nella pratica clinica sono poco conosciuti. Questo studio valuta efficacia, tollerabilità e modalità di prescrizione di olanzapina tanto in monoterapia come in combinazione con altri antipsicotici, antiepilettici o litio, in pazienti bipolari in fase maniacale o mista.
Metodologia: EMBLEM (European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication) è uno studio osservazionale che include pazienti in un "setting naturalistico" provenienti da 14 paesi europei. CGI BP (generale, mania, depressione), YMRS e HAMD-5 sono gli indicatori di efficacia. La tollerabilità è valutata tramite un apposito questionario.
Risultati: 2004 pazienti hanno ricevuto olanzapina (673 in monoterapia, 1331 in combinazione). I distinti paesi hanno utilizzato olanzapina in maniera significativamente diversa. A 12 settimane tutte le scale indicavano l'efficacia del trattamento ($p < 0,0001$) sia nel gruppo che riceveva olanzapina come monoterapia sia in quello trattato con olanzapina in combinazione.
Olanzapina come monoterapia provocava meno ($p = 0,0001$) sedazione, tremore e acatisia.
Conclusioni: in un setting naturalistico l'uso di olanzapina in monoterapia o in combinazione è diverso in funzione di fattori culturali e della gravità della malattia. La combinazione è più la regola che l'eccezione.

Bibliografia

Bowers L, et al. *Comparisons of psychotropic drug prescribing patterns in acute psychiatric wards across Europe*. Eur J Clin Pharmacol 2004; 60:29-35.

493. Immigrazione e Salute Mentale: risultati di un'indagine epidemiologica

M. Pardini, M.M. Benedetti, A.M. Ferro

Dipartimento di Salute Mentale, ASL 2 Savona

Riportiamo i dati di una ricerca effettuata sulla popolazione straniera visitata presso i quattro Centri di Salute Mentale del Dipartimento di Psichiatria di Savona (281.000 abitanti).
L'oggetto di questa indagine nasce dalla necessità di valutare quantitativamente e qualitativamente l'utilizzo dei Servizi di Salute Mentale da parte di pazienti stranieri, in relazione ai continui flussi migratori verso i paesi occidentali che interessano soprattutto le città costiere come Savona.
La ricerca è stata realizzata sui dati rilevati fra il gennaio '97 e l'agosto 2005: al dato numerico abbiamo associato il valore epidemiologico delle patologie psichiatriche, che sono state così suddivise: Psicosi, Nevrosi, Disturbi di Personalità e dell'Adattamento, Sindromi Psicorganiche, Condotte d'Abuso.
È stato inoltre indagato il sesso degli utenti e la provenienza geografica.
Questo lavoro ci ha permesso di ragionare sul livello di utenza e su una realtà che sempre di più la psichiatria dovrà affrontare, cioè quella della cura e della presa in carico di pazienti extracomunitari, che per definizione, provengono da culture diverse e spesso troppo poco conosciute o ignorate.

494. Effetti del metilfenidato sulla scrittura e neurological soft signs

A. Pasini, E. D'Agati, C. Paloscia, O. Tucha[**], K.W. Lange[*], P. Curatolo

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Roma "Tor Vergata"; [*] Dipartimento di Psicologia Sperimentale, Università di Regensburg, Germania; [**] Scuola di Psicologia, Università di Plymouth, Regno Unito

Introduzione: i circuiti dopaminergici fronto-striatali rivestono un importante ruolo nella fisiopatologia dell'ADHD e

nella scrittura. Recenti studi hanno dimostrato gli effetti positivi del Metilfenidato (MPH) sulla qualità, ma non nella fluidità della scrittura nei bambini con ADHD. Lo scopo dello studio è quello di monitorare e quantificare gli effetti del MPH in diversi ambiti della scrittura.
Metodologia: in una studio controllato con placebo stiamo valutando la scrittura di bambini con ADHD diagnosticato secondo i criteri del DSM-IV-TR in trattamento con MPH, di età compresa tra 9 e 14, un QI maggiore di 85 senza comorbidità psichiatriche o neurologiche. Lo stesso test, esaminato utilizzando la stessa tavoletta digitale (WACOM), è stato somministrato ai pazienti con e senza MPH ed alla popolazione di controllo scelta in accordo per età e quoziente intellettivo. Sono state valutate continuativamente, in due dimensioni (x ed y), la posizione della penna sulla tavoletta, la velocità e l'accelerazione. Il test consiste nell'esecuzione di semplici movimenti di scrittura con la mano dominante e nel disegnare spirali in diverse condizioni (mano dominante e non dominante, in modo accurato e veloce).
L'esame della scrittura nella popolazione di controllo ci aiuta ad ipotizzare una teoria sul controllo neuronale nella scrittura e l'effetto del Metilfenidato in essa.
I risultati, la discussione e conclusioni dello studio verranno illustrati nella sessione dei poster.

Bibliografia

Tucha O, Lange KW. *The effect of conscious control on handwriting in children with attention deficit hyperactivity disorder*. J Atten Disord 2005;1:323-32.
Pullman SL. *Spiral Analysis: A new technique for measuring tremor with a digitizing tablet*. Movement disorders 1998;13:85-89.

495. Efficacia della Psicoterapia con la Procedura Immaginativa: caso esemplificativo di Disturbo Borderline di Personalità

A. Passerini, M. Zetti, R. Rocca, G. Stendoro, I. Carta

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia con la Procedura Immaginativa (riconosciuta M.I.U.R., D.M. 30/5/02)

Introduzione: l'efficacia del modello teorico-metodologico è dimostrata attraverso lo studio intensivo del processo terapeutico nel singolo caso.
Metodologia: caso completo trattato con la Procedura Immaginativa.
Risultati: vengono correlati il progressivo miglioramento clinico con il mutamento delle rappresentazioni immaginative (Procedura Immaginativa) e con gli interventi del terapeuta (Stimoli Immaginativi Iniziali; Spostamenti).
Discussione. La valutazione dell'efficacia del metodo è "misurabile" attraverso variabili oggettive di contenuto, formali e di difesa.
Conclusioni: l'efficacia dei risultati ottenuti tra un "prima" e un "dopo" il processo di cura è da considerarsi tale solo se dimostrabile con il mutamento del materiale immaginativo raccolto "in vivo" nel paziente. Inoltre la Procedura Immaginativa può essere anche un utile strumento di diagnosi differenziale in psicopatologia.

Bibliografia

Rocca R, Stendoro G. *Curare con l'Immaginario*. Roma: Armando Editore 2002.
Kohut H. *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Boringhieri 1976.

496. Psicosomatica: prevenzione e cura con l'Immaginario

A. Passerini, A. Paladino, R. Rocca, G. Stendoro, I. Carta

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia con la Procedura Immaginativa (riconosciuta M.I.U.R., D.M. 30/5/02)

Introduzione: la complessità del malato "psicosomatico" spinge a ricercare nuove definizioni e strategie terapeutiche.
Metodologia: 50 casi in psicoterapia con la Procedura Immaginativa, via privilegiata di accesso all'inconscio, raggiunge l'Io Corporeo Immaginario e favorisce l'ascolto del vissuto corporeo.
Risultati: le rappresentazioni immaginative dimostrano, attraverso variabili quantificabili e riproducibili, la relazione esistente tra funzione immaginativa, stati affettivi alterati e processi psicofisiologici corrispondenti.
Discussione: il terapeuta, compartecipa nel decodificare il sintomo del paziente, attraverso la percezione del linguaggio del proprio corpo in una identificazione-confusione controtransferale.
Conclusioni: il disturbo psicosomatico, "psychobiological disregulation", scaturisce da un guasto nella simbiosi madre-bambino e nell'incorporazione dell'oggetto Sé. La Procedura Immaginativa, crocevia dell'energia mente-corpo, favorisce la riparazione e la reintegrazione, nel continuum psichico, delle energie bloccate.

Bibliografia

Rocca R, Stendoro G. *Psicosomatica. Una risposta dall'Immaginario*. Roma: Armando Editore 2005.
Hofer MA. *Relationship as regulators*. Psychosom Med 1984;46:183-97.

497. Stimoli Immaginativi per preparare all'isterectomia

A. Passerini, R. Mancini, A. Pandolfi

S.I.S.P.I.

Introduzione: traumi psichici da aggressione chirurgica ad organi a significato simbolico.
Metodologia: counseling con la Procedura Immaginativa su donne isterectomizzate, confronto tra due gruppi, con o senza la somministrazione di Stimoli Immaginativi. Scale usate: VAS, Scala Ramsey, PONV. Elaborazione: t di Student.
Risultati: diminuzione degli effetti traumatici e del livello di ansia. Differenza statisticamente significativa, nel miglioramento di parametri fisiologici (PA, FC) e nel minore uso di anestetici e antidolorifici intraoperatori e nelle prime 48 ore del post-operatorio.
Discussione: lo Stimolo Immaginativo, somministrato in fase di induzione di anestesia generale, attiverebbe la sostanza psichica soggettiva agendo da "schermo protetti-

vo". Al risveglio la paziente ha la capacità di continuare la produzione di immagini guidata dalle indicazioni dell'Anestesista implicandosi profondamente e sperimentando un possibile effetto sulla riduzione del dolore.
Conclusioni: L'anello di congiunzione tra attivazione emozionale e risposta somatica chiama in gioco il Sistema Neuroendocrino. Ipotesi: lo Stimolo Immaginativo come catalizzatore che influenza l'equilibrio psicofisiologico del soggetto.

Bibliografia

Ortega MC. *Il Counseling con la Procedura Immaginativa secondo il metodo Rocca-Stendoro nella pratica Anestesiologica*. Tesi di Specializzazione, Università degli Studi dell'Insubria, a.a. 2005-'06.
Toller G, Passerini A. *Psicoterapia con la Procedura Immaginativa*. Roma: Armando Editore 2007.

498. "Expert Consensus Survey" per il trattamento della Schizofrenia nel DSM della ASL Napoli 4

C. Paudice, S. la Pia, R. Cirello, A. Costagliola, C. Boccia, A. Castellano, C. Cetrangolo

Dipartimento Salute Mentale (DSM), ASL Napoli 4

Scopo: riportiamo i risultati dei preliminari di una "Expert Consensus Survey" per lo sviluppo di procedure condivise per il trattamento della Schizofrenia.
Metodologia: un questionario di 50 domande, fondato sulla revisione sistematica della Letteratura e, in parte, su documenti di consenso già esistenti [1] è stato somministrato a tutti i clinici del DSM coinvolti nel trattamento di pazienzi schizofrenici. Il grado di appropriatezza degli interventi è stato valutato attraverso una versione modificata dalla "1-9 RAND Corporation's consensus Rating Scale". L'analisi statistica ha previsto: a) il Test di Normalità di Kolmogorov-Smirmov (KS) per la valutazione della presenza/assenza di consenso; b) l'analisi della media dei punteggi e dell'intervallo di confidenza (95% C.I.) rispetto a soglie definite a priori (interventi "first line": ≥ 6,5).
Risultati: gli esperti hanno raggiunto il consenso in > 70% delle risposte. Olanzapina e risperidone sono risultati "first line". Le dosi appropriate rispecchiano le indicazioni di Letteratura. Dimensioni quali suicidalità, aggressività e depressione possono orientare nella scelta tra gli atipici. Aree problematiche sono individuate nelle modalità di switch e negli interventi per migliorare la compliance.
Conclusioni: il nostro approccio dimostra l'affidabilità della "Medication-use evaluation" (MUE) per la traduzione nella pratica clinica delle indicazioni delle Linee-Guida.

Bibliografia

[1] Kane et al. *The expert consensus guideline series. Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders. Introduction: methods, commentary and summary*. J Clin Psychiatry 2003;64(Suppl. 12):5-19.

499. Protocollo di studio clinico spontaneo sul potenziamento della Psicoterapia della Crisi Emozionale su pazienti depressi in trattamento farmacologico con antidepressivo

L. Pavan, A. Drago, P. La Scala, M. Benetazzo, F. Masier, A. Piotto, M. Gardiolo, L. Federico, L. Zaninotto

Gruppo di Ricerca sulle Psicoterapie Brevi, Università di Padova

Introduzione: il modello di Intervento di Crisi (PCE) della Clinica Psichiatrica di Padova è una psicoterapia breve di sostegno, indicata per pazienti con sintomatologia ansioso-depressiva in reazione ad un evento stressante verificatosi nei 6/8 mesi precedenti. Lo studio si propone di valutare il potenziamento della PCE in pazienti in trattam. farmacologico con SSRI e BDZ, mediante il confronto con un trattamento di sostegno non strutturato aspecifico.
Metodologia: il campione sarà costituito da 90 pazienti con sintomatologia ansioso-depressiva, già in trattamento farmacologico, inviati in progressione temporale al servizio di PCE.
Disegno: trial randomizzato prospettico in doppio cieco, 10 sedute di PCE sono confrontate con 10 sedute di sostegno non strutturate in pazienti già in trattamento con SSRI. La batteria testistica (BDI-HDRS-STAI-STAXI-VGF-SASS) viene somministrata alla 1ª, 10ª, 22ª, 46ª, 98ª settimana.
Stato attuale: 24 pazienti tra i sogg. afferiti al servizio di PCE nel periodo agosto '04-ottobre '06 sono stati inclusi nel protocollo. Di questi: 14 sono stati assegnati alla PCE e 10 al Trattam. aspecifico. La quota di Drop Out tra i sogg. assegnati alla PCE è del 21,43%, mentre tra i soggetti assegnati al trattam. aspecifico la percentuale è del 30%.
Conclusioni: il completamento del trial dovrebbe portare a valutare l'eventuale effetto di augmentation della PCE sul trattamento farmacologico e a verificare il tasso eventuale di ricaduta a distanza di due anni nei due gruppi.

500. Natura del DPTS in pazienti ricoverati per un trattamento residenziale per le dipendenze: risultati preliminari

G. Pessa, F. Durano, D. Mioni, C. Novara

Unità Funzionale per il Trattamento delle Dipendenze, Casa di Cura "Parco dei Tigli"

Introduzione: le persone che sviluppano un Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) hanno un rischio più elevato di sviluppare nel tempo altri disturbi d'ansia, disturbi depressivi, e disturbi legati all'uso e all'abuso di sostanze (APA, 1994). Alcuni studi hanno mostrato che circa 85% di persone con DPTS riportano un uso quotidiano di alcol e che una significativa proporzione soddisfa i criteri per un disturbo da abuso di sostanze (Stewart e al., 1997). Inoltre, la prevalenza di DPTS nella popolazione clinica varia dal 13 al 75% (es. Jacobson & Herald, 1990; Briere & Zaidi, 1989).
Pochi studi hanno indagato la concomitanza di DPTS e l'abuso alcolico ed hanno riportato che tra coloro che richiedono un trattamento per abuso di sostanze il 24-45% soddisfa i criteri per un DPTS (Deykin & Buka, 1997).

Metodo: sono stati selezionati 15 soggetti tra coloro che hanno richiesto un trattamento presso l'Unità Funzionale con le seguenti caratteristiche: abuso e dipendenza alcolica, età compresa tra i 18 e i 55 anni; assenza di gravi disturbi neurologici, psichiatrici o alcol-correlati; in grado di fornire il consenso informato.
Tutti i pazienti hanno completato un'intervista costruita ad hoc al fine di indagare le variabili oggetto dello studio (es. distanza dall'evento traumatico, ricorrenza dell'evento, caratteristiche dell'evento ecc..); un'intervista sulla quantità/frequenza d'uso di alcol; una breve valutazione neuropsicologica, intervista SCID per i disturbi in asse II, STAIY 1 E STAIY 2, BDI e PSS Scale.
Risultati: il nostro campione risulta composto da 7 donne e 8 uomini, il 33% vive con un partner e il 46% vive da solo, ha un'età media di 40,7 (ds 8,73) anni e 6,5 (ds 5,27) anni medi di dipendenza da alcol. La distanza media dall'evento traumatico è di 11,22 anni (ds 8,86) e riguarda principalmente (33%) amici o parenti morti per incidente stradale, aver subito un grave infortunio (13%) aver subito un'aggressione fisica (13%).
Alla scala PSS il nostro campione ottiene mediamente un punteggio pari a 21,2 (12,24) che corrisponde ad una gravità moderata del disturbo. Il punteggio a questa scala ottiene una correlazione buona col punteggio al BDI (r = 0,78) e moderata con le scale di ansia (Y1 = 0,34 Y2 = 0,41). Al contrario la correlazione con la quantità di alcol assunta risulta negativa (r = -0,31).
Conclusioni: I nostri risultati confermano in via preliminare i dati di letteratura sulla presenza di una sintomatologia post-traumatica in persone che richiedono un trattamento per abuso o dipendenza.

501. Gender differences in the relationship of personality traits And heart rate variability

A. Petito[*], A. Federici[***], M. De Rosas[*], M. Minervini[***], A. Bellomo[**], G. Cibelli[*]

[*] Department Biomedical Sciences and [**] Department Medical and Occupational Sciences, Foggia University; [***] Department Pharmacology and Human Physiology, Bari University

Aim: sympathetic activation is negatively related to anxiety and depression. This work focuses on gender differences in the relation of autonomic activity with mood and personality.
Methods: 12 females (F) and 13 males (M) aged 19-32 yrs, were tested by questionnaires for anxiety, depression, coping style and personality factors. EKG heart rate (HR) was recorded at rest and after mental arithmetics (MA). HR variability was assessed at rest by FFT. Normalized (norm) values of power in the LF and HF bands, and the LF/HF ratio were calculated. Nonparametric correlations were calculated between psychological scores and physiological data.
Results: resting HR was inversely related in F to anxiety and self complaint and directly to lack of shyness. Its increase in MA was related in F to acceptance in coping style and lack of emotive sensibility in M. HR increase was inversely related in M, to negativism shrewdness scrupulousness anxiety traits and depression. A strong negative relation was found in F of LF/HF with depression, with a strong positive relation of depression with norm HF. LF/HF was positively related in F with emotional stability thoughtlessness and extrovertness, with corresponding negative relationships of normHF with thoughtlessness and extrovertness. In M a negative relation was evident of state anxiety with LF/HF and normLF.
Conclusion: personality traits related to positive and negative moods were differently related with autonomic activity in M and F. In studies in which HR variability is assessed, it is common to find great interindividual differences in the results, leading to low or none statistical significance. Anxiety, depression, coping style, personality factors and their gender dependent autonomic correlates, may account for part of data dispersion.

502. Auto-enucleazione e psicosi: a case report

A. Petralia, A.M. Fogliani, R.G. Russo, B.Z. Mellacqua, S. Maugeri

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Catania, U.O. di Psichiatria

L'edipismo o autoenuclezione dei bulbi oculari costituisce una forma rara di automutilazione. Casi di autoenucleazione sono stati descritti in soggetti affetti da schizofrenia paranoide, psicosi indotte da sostanze, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo post-traumatico da stress, depressione, disturbi bipolari, ritardo mentale. È stato riscontrato inoltre in soggetti affetti da patologie organiche quali la neurosifilide, la sindrome di Lesch-Nyhan e alterazioni strutturali dell'encefalo.
L'edipismo è stato osservato sia nei soggetti adulti che nei bambini ma è particolarmente frequente in giovani adulti affetti da psicosi acute o croniche.
Noi riportiamo il caso di un paziente maschio di 38 anni impiegato di banca con anamnesi clinica di due episodi depressivi maggiori avvenuti negli anni 2000 e 2001. Il paziente nel giugno del 2001 viene ricoverato nuovamente presso il DSM della ASL n. 1 di Belluno in seguito ad un episodio maniacale con manifestazioni psicotiche incongrue al tono dell'umore. Da allora l'assistito ha assunto diverse terapie farmacologiche con farmaci antidepressivi, ansiolitici e antipsicotici.
Nel dicembre del 2006, in un periodo di stress lavorativo e dopo la sospensione della terapia, l'assistito inizia a manifestare ansia marcata, sentimenti di autosvalutazione, delirio di tipo mistico con allucinazioni uditive (voci imperative che gli ordinavano di sacrificare i propri occhi per meritare il paradiso). In preda a tale stato psicotico compie, pochi giorni dopo, un atto autolesionistico rappresentato dall'enucleazione monolaterale del bulbo oculare sinistro e grave lesione autoinflitta al bulbo oculare destro. Il caso giunto alla nostra osservazione è stato oggetto di analisi e confronto con la casistica riportata in letteratura.

Bibliografia

Patton N. *Self-inflicted eye injuries: a review*. Eye Sept 2004;18:867-72.

Favazza AR, Rosenthal RJ. *Diagnostic issues of self-mutilation*. Hosp Community Psychiatry 1993;44:134-40.
Pompili M, Lester D, Tatarelli R, Girardi P. *Incomplete oedipism and chronic suicidality in psychotic depression with paranoid delusions related to eyes*. Annals of General Psychiatry 2006;5:18.

503. Uso della quetiapina nelle esperienze dissociative

M. Petrosino, D. Caserta, G. Fiore, A.M. Pagano

ASL Salerno 2 - U.O.S.M."F" di Mercato S. Severino (SA)

Introduzione: le esperienze dissociative come espressioni di un disturbo del pensiero e/o dell'affettività sono spesso le condizioni psichiche di esordio di patologie psichiatriche successivamente ben definibili.
Obiettivi: valutare l'efficacia clinica della quetiapina nel corso degli episodi dissociativi, utilizzando una scala specifica, la Dissociative Experiences Scale (DES), somministrata ogni dieci giorni per tre mesi.
Metodologia: sono stati selezionati tutti i pazienti afferiti al nostro centro di salute mentale nell'ultimo anno in occasione di un episodio di marca dissociativa, trattati con quetiapina a dosaggi compresi tra 200 e 900 mg. Il campione esaminato è costituito da 22 pazienti (15 femmine e 7 maschi), di età tra i 16 e i 59 anni (età media 43 anni), 3 pazienti su 22 non avevano mai assunto terapie antipsicotiche in precedenza, 19 su 22 avevano praticato altri trattamenti farmacologici che erano stati sospesi, sia per la comparsa di effetti collaterali, sia per la scarsa compliance.
Risultati: tutti i pazienti osservati hanno mostrato un miglioramento della sintomatologia entro il 10°giorno di trattamento, nessun paziente ha interrotto la terapia farmacologia e non sono insorti effetti collaterali tali da richiedere la sospensione della terapia.
Conclusioni: dall'analisi dei risultati ottenuti si evince che la quetiapina in monoterapia accanto ad un buon profilo di efficacia e tollerabilità potrebbe risultare una valida opzione terapeutica per il trattamento farmacologico dei disturbi dissociativi.

504. Funzioni sociali ed elaborazione emozionale tra pazienti con disturbi di personalità: attaccamento alla realtà dei mass media e dei videogames

M. Piazza, M. Nemitz, R. Weber, M. Pierri, K. Mathiak

Dipartimento di Psichiatria e Psicoterapia della Clinica, Universitaria di Aachen (Germania), Dipartimento di Neuroscienze, sezione di Psichiatria (Padova)

Introduzione: i media esercitano un crescente impatto sulle interazioni sociali. I disturbi di personalità, caratterizzati da disturbi delle interazioni sociali, possono alterare l'utilizzo di media. Si è analizzato come un uso di media inadeguato (es. eccessivo) promuova disturbi di personalità.
Metodologia: lo studio ha indagato la correlazione tra tipi clinici di disturbi di personalità ed utilizzo di videogames e media. Un gruppo di 35 pazienti (18-65 anni, assenza di disturbi psicotici acuti) in trattamento per un disturbo di personalità presso la Clinica Universitaria tedesca di Aachen è stato sottoposto a interviste e test clinici e psicologici (SCID I e II, FPI-R, PANAS e Stroop test). Inoltre, ai pazienti sono stati somministrati specifici questionari ed interviste non solo sull'uso di videogames e media, ma anche sulla presenza di interazioni parasociali (PSI) e di processi identificativi con le figure mediatiche.
Risultati: rispetto ai controlli sani (31), i pazienti rivelavano un minor utilizzo di media. Dimensioni specifiche della SCID-II correlavano con profili d'interazioni parasociali. Le pazienti narcisistiche presentavano relazioni più intense ed idealizzate con le figure mediatiche ($cc = 0,61$; $p < 0,01$), mentre i tratti ossessivi correlavano con PSI idealizzanti e tratti depressivi con maggior tempo trascorso con queste PSI.
Conclusioni: l'utilizzo ridotto dei media dei soggetti con disturbi di personalità suggerisce un modello disturbato d'interazione sociale, tuttavia contraddice semplicistiche visioni negative riguardo ai media. I soggetti con disturbi di personalità potrebbero alterare la percezione dei media, e ciò potrebbe essere usato per compensare deficit sociali.

505. Psicopatia e funzioni cognitive

M. Piccirilli[*], P. Moretti[*], F. Franconi[**], T. La Ferla[**], P. Cotichelli[**]

[*] *Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica,* [**] *Scuola Specializzazione in Psichiatria, Università di Perugia*

Introduzione: la psicopatia è un disturbo caratterizzato da: superficialità, grandiosità, impulsività, irresponsabilità, mancanza di rimorso, di empatia e di obiettivi, tendenza al comportamento antisociale nell'adolescenza e nell'età adulta, tendenza alla menzogna patologica ed alla manipolazione.
Materiali e metodi: ricerca su medline dei termini: psychopathy, frontal lobe, con i limiti: review.
Risultati: la causa primaria del disturbo sarebbe genetica piuttosto che sociale, il nucleo fondamentale del disturbo è la disfunzione emozionale. A livello molecolare tale contributo è sconosciuto, ma determinerebbe l'alterazione di strutture quali amigdala e Corteccia Orbitale Frontale (COF). A livello cognitivo, ciò si tradurrebbe in due tipi di deficit. Il primo tipo riguarda l'incapacità a formare associazioni stimolo-rinforzo, legati alla peculiare mancanza di paura ed empatia. Si ipotizza che ciò riduca l'abilità di socializzazione del bambino ed aumenti il rischio che questo adotti un comportamento antisociale al fine di ottenere ciò che vuole. La disfunzione nella capacità di modificare le associazioni stimolo-risposta in rapporto ai cambiamenti contingenti è un fattore di rischio per la frustrazione e conseguente aggressività reattiva.
Le alterazioni della COF sono secondarie alla disfunzione dell'amigdala. La riduzione di input afferenti verso la COF potrebbe, nel tempo, determinare una minore responsività della stessa e ridurre la probabilità di evitamento del rischio.

Bibliografia

Blair RJR. *The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behaviour.* Brain and Cognition 2004;55:198-208.
Blair RJR, Peschardt KS, et al. *The development of psychopathy*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2006;47:262-76.

506. Efficacia della quetiapina nella dimensione rabbia/aggressività

G. Piemontese, I. Ciannameo, C. Cammeo, V. Torres

Dipartimento Misto Salute Mentale AUSL FG/3, Università di Foggia, S.P.D.C. Foggia

Introduzione: il controllo della fase acuta in pazienti psicotici con sintomi della dimensione rabbia-aggressività rappresenta nella pratica clinica uno degli interventi più complessi e pone le basi per la compliance a lungo termine.
Obiettivo: valutare l'efficacia della quetiapina nel trattamento dei pazienti ricoverati in fase acuta, che manifestano la dimensione rabbia-aggressività, indipendentemente dalla diagnosi categoriale di appartenenza.
Metodologia: quetiapina, a dosi incrementali rapide fino a 600mg in quarta giornata, è stata somministrata in 10 pz. che al momento del ricovero presentavano un'importante componente di rabbia-aggressività. È stata ammessa la possibilità di somministrare nei primi 2 giorni di ricovero anche altri antipsicotici e/o benzodiazepine in formulazioni iniettive. Alla visita basale(T0), ai giorni 1(T1), 4(T2) e 7(T3) dalla prima somministrazione e alla dimissione(T4) sono state impiegate le scale BPRS, CGI, MOAS e STAXI.
Risultati: Dalla variazione dei punteggi della MOAS e della STAXI si rilevano significativi miglioramenti delle componenti aggressive già al T2. Inoltre al termine della I settimana tutte le scale hanno rilevato un globale miglioramento nella sintomatologia psicotica.
Conclusioni: i dati del presente lavoro suggeriscono che quetiapina al dosaggio di 600 mg/die con una titolazione rapida, può essere considerato un valido approccio per un efficace controllo della dimensione rabbia-aggressività in pazienti psicotici acuti.

507. Approccio psicoterapeutico nel Disturbo Bipolare. Analisi di un caso clinico

P. Pierucci

Dipartimento Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

Introduzione: il disturbo bipolare è un disturbo caratterizzato dall'alternarsi di episodi di mania e depressione. L'umore di una persona può oscillare con frequenza variabile tra due estremi: euforia-irritabilità o tristezza-disperazione passando attraverso periodi di stabilità emotiva. Tale disturbo generalmente inizia dall'adolescenza o nell'età giovane-adulta e si ripresenta nell'arco della vita con frequenza variabile e in genere si intensifica con gli anni. Nel trattamento di tale disturbo fondamentale rimane l'approccio farmacoterapeutico, eventualmente integrato a quello psicoterapeutico.
Obiettivi e metodi: obiettivo di questo lavoro è stare una descrizione clinica di una pz con D.B. attraverso l'uso di colloqui e una batteria di test psicologici. Le valutazioni sono avvenute a distanza di quattro anni l'una dall'altra; in tale spazio di tempo, la pz è stata seguita sia farmacologicamente che con psicoterapia.
Risultati: i risultati sono in linea con i dati riportati in letteratura per quanto riguarda tratti di personalità e le manifestazioni cliniche nel tempo. Si evidenzia l'importanza del ruolo della psicoterapia per una maggiore stabilizzazione affettiva e una migliore compliance al trattamento farmacologico.

Bibliografia

Gabbaro G.O. *Psichiatria psicodinamica*

508. Valutazione del rischio metabolico nei pazienti trattati con antipsicotici di seconda generazione

G. Pigato[**], A. Di Florio[*]

[*] *Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Psichiatrica;* [**] *III SPDC, Clinica Psichiatrica, Azienda Ospedaliera, Università di Padova*

È ormai assodato che i pazienti affetti da psicosi hanno una aspettativa di vita ridotta di 2-3 decadi rispetto alla popolazione generale e come causa principale di morte prematura i disturbi cardiovascolari. Gli antipsicotici di seconda generazione (SGAs) sono ormai ampiamente usati per la gestione dei pazienti affetti da schizofrenia e da altre severe patologie psichiatriche. Pur dimostrando diversi vantaggi rispetto agli antipsicotici di prima generazione, gli SGAs sembrano causare o esacerbare disturbi metabolici, tra cui diabete, obesità e dislipidemia, che contribuiscono allo sviluppo della sindrome metabolica e che sono considerati tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di disturbi cardiovascolari. Le basi patologiche di tale relazione sono tuttora poco chiare ed il monitoraggio degli effetti metabolici degli SGAs è ancora oggetto di discussione soprattutto nella reale pratica clinica. La maggior parte degli studi presenti in letteratura, inoltre, compara unicamente gli effetti di due antipsicotici su solo un parametro metabolico. Lo scopo del nostro studio è di valutare gli effetti di clozapina, olanzapina, risperidone, quetiapina e aripiprazolo sui diversi parametri della sindrome metabolica (metabolismo glucidico e lipidico, pressione arteriosa, indice di massa corporea, circonferenza vita) nei pazienti ricoverati presso l'SPDC. Il protocollo di monitoraggio prevede inoltre nei pazienti drug-naive rivalutazioni a 4, 8, 12 settimane.
Essendo la ricerca ancora in corso, i risultati e le conclusioni saranno presentati in sede congressuale.

509. Case report: episodio maniacale psicotico correlato ad abuso di paroxetina

L. Piz, Milani, M. Milianti, G. Massei, F. Raimondi, S. Spagnolli, L. Ravani, G.J. Massei, A. Sbrana, L. Dell'Osso

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Introduzione: in letteratura è ben documentata la correlazione tra terapie con antidepressivi e viraggi maniacali (Goldberg, 2003), descriviamo un caso di psicosi maniacale indotto dall'abuso di SSRI.
Descrizione: il paziente in esame ha 37 anni, precedentemente trattato per depressione maggiore. Lo scorso anno cominciò terapia con paroxetina, il soggetto aumentò rapidamente la posologia fino a 180-240 mg/die. Si è presentato

alla nostra attenzione logorroico, l'eloquio era accelerato e iperfonico, l'umore disforico. Nei mesi precedenti erano comparsi insonnia, aumento dei livelli di energia, condotte potatorie (alcool), incremento delle attività ludiche e sessuali. Ad una analisi più approfondita emergevano sintomi psicotici (allucinazioni uditive e somatiche, deliri megalomanici con caratteristiche bizzarre). Non si riscontravano sintomi di sindrome serotoninergica né uso di sostanze illecite. Al momento del ricovero presentava livelli plasmatici di paroxetina di 586 ng/ml (range da 10 a 400 ng/ml); venivano quindi ridotti i livelli di SSRI ed introdotta olanzapina.
Conclusioni: quanto descritto è un raro caso di abuso di SSRI; i sintomi maniacali sono verosimilmente da attribuire alla dose elevata di paroxetina. Questo farmaco tende ad inibire gli enzimi coinvolti nel suo metabolismo; considerando l'alto dosaggio, i livelli plasmatici di paroxetina e l'assenza di effetti collaterali possiamo ipotizzare che il paziente sia un fast metabolizer.

510. Spettro dell'Uso di Sostanze in Pazienti Psicotici con e senza Disturbo da Uso di Sostanze

L. Piz, O. Bacci, G. Macchia, V. Mastria, F. Milani, M. Milianti, G. Massei, F. Raimondi, S. Spagnolli, L. Ravani, G.J. Massei, C. Gonnelli, A. Benvenuti, J.V. Bizzarri [*], P. Rucci, M. Miniati, A. Sbrana, G.B. Cassano

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; [*] Servizio per le Dipendenze (SerT), Azienda Sanitaria di Bolzano

Introduzione: l'utilizzo di sostanze psicotrope è spesso correlato a tratti sensation seeking ed alla presenza di sintomi di ADHD in età infantile. I pazienti psichiatrici mostrano aumentata sensibilità alle sostanze e l'utilizzo avviene sovente con modalità autoterapica [1]. Scopo dello studio è indagare questi aspetti in pazienti con disturbo dell'umore psicotico e dello spettro schizofrenico.
Metodologia: 112 pazienti psicotici con e senza Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) sono stati indagati tramite l'Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dell'Uso di Sostanze (SCI-SUBS) [1] e tramite la SCID-I/P.
Risultati: I pazienti con DUS raggiungono punteggi superiori in misura statisticamente significativa in tutti i domini dello SCI-SUBS, rispetto ai pazienti non DUS. (Domini "uso di sostanze illecite", "Sensibilità alle sostanze", "Sensation Seeking", "automedicazione" e punteggio totale, $p < 0,001$; Domini "Sintomi di ADHD", "Uso di sostanze" $p < 0,01$).
Conclusioni: alcune dimensioni individuate dallo SCI-SUBS completano il profilo delle caratteristiche sintomatologiche e di personalità lifetime dei pazienti con sintomi psicotici e abuso di sostanze. In particolare, ulteriori ricerche saranno necessarie per valutare il ruolo della ricerca di sensazioni e di precoci sintomi dell'ADHD nel predisporre al successivo uso di sostanze.

Bibliografia

[1] Sbrana A, et al. *The spectrum of substance abuse in mood and anxiety disorders*. Compr Psychiatry 2005;46:6-13.

511. Psicopatologia e patologia cardiovascolare: stato dell'arte

S. Po, A. Amoretti, C. Giubbarelli, S. Ferrari, F. Mazzi, L. Pingani, M. Rigatelli

U.O. di Psichiatria, Policlinico di Modena e Modena Est, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione e scopo: 17 milioni di persone muoiono ogni anno per patologia cardiovascolare (CVD), in particolare infarto del miocardio e ictus cerebri. Il numero di pazienti che sopravvive è aumentato nel corso dei decenni; alla luce di questi dati, ha assunto sempre maggior significato la comorbilità psichiatrica. Il nostro obbiettivo è di esaminare sistematicamente le evidenze sulla psicopatologia come fattore di rischio indipendente in corso di CVD, e la correlazione tra intervento terapeutico (psicofarmacologico e psicoterapico) e riduzione di morbilità e mortalità (vedi studi SADHART, ENRICHD, CREATE, MIND-IT, DESTRO).
Metodologia: è stata eseguita una ricerca sistematica utilizzando il database elettronico Medline, (PubMed, Cochrane, PsycINFO, PsycARTICLES) limitatamente agli studi pubblicati tra il 1990 e il 2007.
Risultati: il disturbo depressivo maggiore nei pazienti con patologia coronarica acuta si riscontra in una percentuale variabile tra il 15 e il 30% e sembra costituire un fattore di rischio indipendente in termini di morbilità e mortalità. La prevalenza di depressione post-ictus (PSD) è variabile tra il 30 e il 50% con un incremento della mortalità di 3,5-10 volte superiore rispetto alla popolazione non depressa.
Conclusioni: il trattamento della depressione in soggetti con CVD si correla positivamente con il successo riabilitativo, il miglioramento del funzionamento e della performance cognitiva, il reinserimento familiare e sociale dei pazienti.

512. Meta-analisi dell'efficacia della Terapia dialettico-comportamentale nella riduzione del rischio di suicidio nel disturbo borderline di personalità

M. Pompili, M. Innamorati, D. Lester, P. Girardi, R. Tatarelli

McLean Hospital, Harvard Medical School, USA; Dipartimento di Psichiatria, Azienda Ospedaliera "S. Andrea", Sapienza Università di Roma, Italia; "Università Europea" di Roma, Italia

Introduzione: studi recenti hanno evidenziato un elevato tasso di comportamenti suicidari ed un tasso pari al 10% circa di suicidi completati nei pazienti con disturbo borderline di personalità (Paris, 2002).
Le linee guida della American Psychiatric Association (2001) hanno sottolineato come il trattamento primario per tale disturbo sia la psicoterapia, individuando due approcci psicoterapici efficaci: la terapia psicodinamica e la terapia dialettico-comportamentale (DBT).
Lo scopo di questo studio è condurre una meta-analisi sull'efficacia della terapia dialettico-comportamentale nella riduzione dei comportamenti suicidari nei pazienti borderline.
Metodologia: abbiamo condotto una ricerca con MEDLINE e PsycINFO utilizzando i seguenti termini di ricerca:

"dialectical behavior therapy", "borderline", "personality disorder", "outcome".
Risultati: abbiamo incluso in questo studio tutti i trials in cui risultava chiara la diagnosi secondo il DSM, il follow-up e il numero dei soggetti che aveva compiuto atti suicidari. Abbiamo proceduto raggruppando i dati e calcolando il rischio relativo per ciascuno studio. La terapia dialettico-comportamentale ha evidenziato una migliore efficacia dei trattamenti istituzionali nella riduzione dei comportamenti suicidari, e tali risultati sono mantenuti riducendo la lunghezza dell'intervento a tre mesi, mentre non si apprezzano risultati migliori con l'introduzione di una terapia combinata con fluoxetina (Simpson et al., 2004).
Conclusioni: nonostante gli studi finora condotti, sono necessarie ulteriori ricerche per valutare l'efficacia della DBT rispetto ad altri trattamenti psicoterapici strutturati.
Il limite, nell'introduzione della DBT per la terapia del Disturbo Borderline di Personalità nei Servizi territoriali italiani, è legato alla notevole strutturazione e richiesta di tempi: essa richiede, infatti, oltre 3 1/2 ore di terapia settimanale per paziente (terapia individuale, gruppi terapeutici di skills training e consultazioni telefoniche settimanali) e la creazione di gruppi di supervisione e motivazione dedicati ai terapeuti (Linehan et al., 2006).

Bibliografia

Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. *Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy* vs. *Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder*. Archives of General Psychiatry 2006;63:657-766.

Paris J. *Chronic Suicidality Among Patients With Borderline Personality Disorder*. Psychiatric Services 2002;53:738-42.

Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. *Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis*. Nordic Journal of Psychiatry 2005;59:319-24.

513. Attività di consulenza presso gli altri reparti svolta dell'SCDU psichiatria ASO maggiore della carità di novara

M. Probo, V. Zanoli, P. Zeppegno, E. Torre

S.C.D.U. Psichiatria, Cattedra di Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Novara

Inroduzione: nel 30-60% della popolazione ospedaliera vi è una comorbilità medico-psichiatrica [1] e la percentuale di consulenze psichiatriche sul totale delle ospedalizzazioni varia tra lo 0,1-2% [2].
Lo scopo di questo lavoro è di valutare l'attività di consulenza svolta dalla nostra struttura da marzo a settembre 2006.
Materiali e metodi: sono stati considerati il tipo di reparto richiedente, di richiesta e di intervento prestato.
Risultati: tra le 219 richieste di consulenza psichiatrica, il 69% proviene da reparti di Medicina e il 39% da quelli di Chirurgia.
Nella Tabella I sono riportati i motivi della richiesta e nella Tabella II il tipo di prestazione effettuata.
Conclusioni: le principali motivazioni qui identificate di una richiesta di consulenza mettono in luce una difficoltà dei colleghi medici a relazionarsi con pazienti psichiatrici.

Tab. I.

	Sì
Difficoltà di gestione	41,6%
Diagnosi differenziale	11%
Paziente psichiatrico noto	43,8%
Sintomatologia depressiva	35,2%

Tab. II.

	Sì
Colloquio con il paziente	85,4%
Prescrizione farmacologica	79,5%
Colloquio con il personale	14,2%
Colloquio con i familiari	14,2

Bibliografia

1 Gala C, Rigatelli M, De Bertolini C, Gabrielli F, Grassi L. *A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry in Italy*. Gen Hosp Psychiatry 1999;21:310-17.

2 Rigatelli M (a cura di). *I disturbi psichiatrici nella pratica medica. Potenziare l'assistenza sanitaria tramite la psichiatria di consultazione e collegamento*. Milano: Bates Medical 2000.

514. Influenza della comorbidità psichiatrica nel trattamento dell'obesità con il Bioenteric Intragastric Ballon (BIB): uno studio longitudinale

F. Puglisi[*], N. Antonucci[**], L. Zavoianni[**], P. Capuano[*], D. Di Franco[*]

[*] *Chirurgia Generale Trapianti di Fegato "D.E.T.O.", Università di Bari;* [**] *Clinica Psichiatrica "L. Bini", Azienda Policlinico, Bari*

Introduzione: negli ultimi anni il trattamento endoscopico con il (BIB) ha ottenuto un'ampia diffusione nel trattamento dell'obesità severa. Al pari delle metodiche invasive, il BIB presenta un elevato tasso di insuccesso (20%) tra le cui cause il ruolo svolto dalla presenza dei disturbi del comportamento alimentare.
Obiettivi: correlare l'outcome dei pz trattati con BIB con la presenza di BED (Binge Eating Disorder) o di altri tratti psicopatologici.
Metodi: sono stati osservati 32 pz con obesità severa, prima dell'introduzione del BIB e dopo tre mesi dall'estrazione (9 mesi dall'inizio). Sono stati sottoposti a visita psichiatrica, valutazione del BMI e test psicodiagnostici: SCID, BEDCI (BED-Clinical Interview), HAMD- IVR, SCL-90-R.
Risultati: il 30% dei pz presentava BED (DSM-IV). I due gruppi costituiti in base a comorbidità per BED, risultavano al T-test omogenei per BMI preoperatorio ed età.
Entrambi i gruppi all'ANOVA hanno presentato un BMI postoperatorio più basso del preoperatorio (BED $p < 0,01$) (noBED $p < 0,001$). Sebbene il numero di BMI persi dai pa-

zienti no BED è maggiore rispetto ai BED (p = 0,057) non c'è significatività. Non emergono risultati rilevanti rispetto ad altri tratti psicopatologici.
Conclusioni: la presenza di BED sembra influenzare il trattamento con BIB, ma non è tale da determinare un insuccesso e costituirne una controindicazione. Sono necessari ulteriori ricerche a lungo termine e su campioni più ampi per confermare tale risultato.

515. Uno studio-ricerca sul burn-out nei Medici di Medicina Generale nella città di Caserta

G. Pulcino[*], F. Delli Santi[**], G. Rossi[***]

[*] Distretto 25, ASL Caserta 1; [**] Psicologo dottorato in ricerca UNIBA; [***] ASL Caserta 1

Cristina Maslach ha definito il Burn-out una "sindrome da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale" dando un importante contributo alla ricerca con la istituzione di uno specifico strumento psicodiagnostico conosciuto come MBI (Maslach Burnout Inventory). Nel nostro Sistema Sanitario si è fatto strada un forte cambiamento culturale che ha evidenziato come il compito della medicina non deve esaurirsi "solo" nella "cura" della malattia e/o della persona vista finalmente nella sua globalità, ma altresì non deve trascurare "il disagio" del Medico che porterebbe come conseguenza il deterioramento della "relazione d'aiuto". Il disagio dell'Organizzazione può generare, nel medico di medicina generale, sentimenti di frustrazione, rassegnazione, rabbia e demotivazione. La ricerca ha coinvolto il 77,5% dei MMG del Distretto 25 della città di Caserta(ASL CE 1) con una età media di 54 anni. Lo strumento utilizzato è stato il MBI caratterizzato da 22 items che identificano 3 sottoscale e cioè: EE (esaurimento emotivo), DP (depersonalizzazione), PA (realizzazione personale). Alla luce di una moderna visione del problema emerge che la "consapevolezza" della diminuzione della stima di se stesso come professionista "rinforza" il processo del burnout. In termini operativi ciò si traduce in:
– necessità di Formazione Continua e Supervisione;
– lavoro concepito secondo una dimensione di Gruppo e di Integrazione.

516. Esperienze soggettive anomale e risk-assessment: la versione italiana della Frankfurt-Pamplona Subjective Experience Scale

A. Raballo[*], G. Castignoli[**], C.I. Cattaneo[**]

[*] DSM AUSL Reggio Emilia, SPDC RE; [**] DSM Nord ASL 13, CSM Borgomanero

Introduzione: l' *assessment* quantitativo delle anomalie dell'esperienza soggettiva non è solo un significativo indicatore extra-diagnostico di *outcome* per la valutazione degli esisti del trattamento della schizofrenia, ma, più estensivamente si propone come *marker* precoce di trasformazione precritica del vissuto sia nell'esordio che nelle ricadute [1-3].
Tuttavia, sebbene i sintomi di base (BS) siano concettualizzati come il correlato esperienziale della vulnerabilità soggettiva alla psicosi il loro impiego come indicatori di vulnerabilità è ancora relativamente marginale.
Metodologia: l'intensità dell'irritazione basale (cioè della compromissione autopercepita di spinta, emozioni e cognitività) è stata valutata in un campione di 108 studenti delle scuole superiori del comprensorio di Novara mediante la versione italiana approvata della Frankfurt-Pamplona Subjective Experience Scale (FPSES).
Risultati: la versione italiana della FPSES mostra idonee caratteristiche psicometriche, sovrapponibili alla versione originale. L'irritazione basale si distribuisce lungo un continuum di intensità.
Conclusioni: la FPSES offre un agile strumento di quantificazione psicometrica del rischio prepsicotico e si prospetta come un utile sussidio per la valutazione longitudinale della vulnerabilità esperienziale alla psicosi.

Bibliografia

1 Huber G, et al. *Longitudinal studies of schizophrenic patients*. Schizophrenia Bull 1980;6:592-605.
2 Gross G. *The basic symptoms of schizophrenia*. Br J Psychiatry 1989;7(Suppl):21-5.
3 Klosterkotter, et al. *Diagnosis schizophrenia in the initial prodromal phase*. Arch Gen Psychiatry 2001;58:158-64.

517. Case Report: I.A., 57 anni, Disturbo Bipolare 1 con sintomi psicotici, diabete mellito di tipo II trattato con Quetiapina

F. Raimondi

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Introduzione: è stato riportato un case report in real-life trattato con Quetiapina.
Metodologia: familiarità negativa per disturbi psichiatrici. L'esordio del quadro psicopatologico risale ai 55 anni con umore disforico, elevazione della quota ansiosa, tematiche persecutorie, dispercerzioni visive, comportamento disorganizzato, episodi di arresto psicomotorio.
Risultati: dopo il ricovero il paziente ha presentato un miglioramento poi disforia, disorientamento spazio-temporale, turbe mnesiche, negativismo, tematiche persecutorie sia depressive che megalomaniche. Ricoverato è stato trattato con antidepressivi triciclici, serotoninergici, antipsicotici tipici, atipici e litio carbonato. Ha effettuato 6 applicazioni di ECT ed intrapreso una terapia con amitriptilina, venlafaxina, aloperidolo, promazina, clozapina, acido valproico, benzodiazepine, con parziale miglioramento. In seguito alla riaccensione dei sintomi affettivi e psicotici è stata impostata una terapia con Quetiapina (600 mg/die), Acido Valproico (1000 mg/die), BDZ e Promazina (60 mg/die) con marcato miglioramento del quadro clinico.
Conclusioni: dal mese di luglio è stata sospesa la somministrazione di promazina ed il paziente mantiene un discreto equilibrio psicoaffettivo con umore in asse, discreti livelli di energia, buon funzionamento socio-lavorativo, buon compenso glicemico.

Bibliografia

Chue P, et al. *An Open-Label, Effectiveness Study of Long-Term Quetiapine Treatment*. The Journal of Applied Research 2005;5(2).

Kasper S, et al. *Maintenance of long-term efficacy and safety of quetiapine in the open–label treatment of schizophrenia*. International Clinical Psychopharmacology 2004;19(5).

518. Caratteristiche psicopatologiche in pazienti con Bulimia Nervosa Purging Type, Bulimia Nervosa Nonpurging Type e Binge Eating Disorder

C.E. Ramacciotti, M. Bianchi, A. Burgalassi, L. Polese, G. Marcacci

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Introduzione: in anni recenti alcuni Autori hanno ipotizzato che la Bulimia Nervosa (BN) Senza Condotte di Eliminazione sia nosograficamente più vicina al Binge Eating Disorder (BED) che non alla BN Con Condotte di Eliminazione (Hay et Fairburn, 1998; Santonastaso et al., 1999; Striegel-Moore et al., 2001).
Obiettivo: esaminare la natura e le relazioni tra BN Con Condotte di Eliminazione (BN-BP) e Senza Condotte di Eliminazione (BN-NP) e BED. Determinare, inoltre, se la BN Nonpurging sia ancora da considerare nel capitolo BN o dovrebbe esser considerata più vicina al BED.
Metodo: il campione è costituito da 68 donne: 25 BN-BP, 16 BN-NP e 27 BED. Le pazienti sono state valutate con i seguenti strumenti: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2), Structured Interview for Personality Disorder (SCID-II), Cloninger's Temperament and Character Inventory (TCI), Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11).
Risultati: nei tre gruppi non sono state rilevate differenze per l'istruzione, lo stato civile, l'attività lavorativa. Le pazienti con BED, paragonate ad entrambi i sottotipi di Bulimia, hanno un'età maggiore, un maggiore BMI attuale, massimo, minimo e desiderato ed un esordio più precoce del disturbo. I soggetti con BED hanno, inoltre, una più elevata insoddisfazione per il corpo e sfiducia interpersonale, mentre hanno minor perfezionismo, persistenza, ricerca della novità e sregolatezza. Nelle pazienti bulimiche è significativamente più frequente una storia di Anoressia Nervosa (in particolare AN-BP in pazienti con BN-BP), rispetto alle pazienti con BED. BED e BN-NP mostravano attaccamento (alto), impulsività (bassa) e sfiducia interpersonale (alta), paragonabili.
Conclusioni: questi risultati suggeriscono che tutti e tre i disturbi bulimici hanno caratteristiche comuni. Perfezionismo, persistenza e sregolatezza potrebbero esser tratti distintivi, bassi o assenti nel BED.

Bibliografia

Hay P, Fairburn C. *The validity of the DSMIV scheme for classifying bulimic eating disorders*. Int j Eat Disord 1998;23:7-15.

Santonastaso P, Ferrara S, Favaro A. *Differences between Binge eating Disorders and Nonpurging Bulimia Nervosa*. Int j Eat Disord 1999;25:215-218.

Striegel-Moore R, Cachelin FM, Dohm FA, Pike KM, Wilfley D, Fairburn CG. *Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample*. International Journal of Eating Disorders 2001;29:157-165.

519. Comorbidità nel disturbo Borderline di Personalità

A. Rapuano, E. Filippelli, M.o Volpe

U.O. Salute Mentale, Puglianello

Il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) tende a presentarsi in associazione con altri disturbi psichiatrici con conseguenti difficoltà diagnostiche e di impostazione terapeutica. La comprensione dei meccanismi comuni a queste differenti entità nosologiche potrebbe portare allo sviluppo di più accurati criteri diagnostici che possano aiutare alla ricerca di terapie sempre più mirate.
Scopo: del nostro studio è valutare l'associazione del DBP con altri disturbi psichiatrici per meglio comprendere le sovrapposizioni e le differenze tra le diverse condizioni.
Riportiamo la nostra esperienza basata su 45 pazienti affetti da DBP (DSM-IV F60.31).
In questi pazienti è stata posta, oltre a quella di DBP, diagnosi di depressione maggiore in 8 casi (17,8%) e di disturbo post-traumatico da stress in 10 casi (22,2%). Si è inoltre osservata l'associazione con altri disturbi di personalità in 12 pazienti (26,7%), questi presentavano disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo evitante di personalità e disturbo istrionico di personalità.
Il notevole grado di comorbidità osservato nel borderline suggerisce una ancora imprecisa classificazione nosologica della patologia che non appare perfettamente distinta dagli altri disturbi di personalità e in qualche modo appare fortemente associato alla depressione maggiore e al disturbo post-traumatico da stress.
Ulteriori studi sono necessari per meglio definire i criteri diagnostici e i meccanismi comuni in queste diverse condizioni patologiche.

520. Patologia Depressiva in comorbità con malattia di Alzheimer

G. Rea

UOSM3 Nocera inferiore, ASL SA1, Servizio Psicogeriatria interdipartimentale ASL SA1

La depressione, diviene sempre più spesso motivo di intervento da parte dei medici operanti sul territorio, ciò probabilmente anche in considerazione del disagio/degrado familiare economico e sociale.
Se l'osservazione è rivolta verso la popolazione anziana, la presenza di patologia depressiva aumenta in maniera esponenziale e conseguentemente tale patologia spesso è associata a malattia d'Alzheimer.
L'osservazione del sottoscritto, all'interno della struttura da lui diretta, è stata rivolta in particolare all'esame su pazienti colpiti da malattia di Alzheimer possibile o provabile. Il quadro depressivo, in alcuni pazienti, si associava al quadro di esordio della malattia di Alzheimer, in altri, compariva

durante il decorso delle fasi successive all'esordio della malattia primaria.
43 pazienti (23 femmine e 20 maschi) con età media 72 anni, venivano sottoposti ad uno screening neuropsicologico per valutare lo stato cognitivo all'ingresso e la GDS per la valutazione dello score della patologia depressiva.
I controlli sono stati effettuati a T0, 30, 90, 180 e 360 giorni.
L'obiettivo è stato quello di valutare l'efficacia di duloxetina in monodose giornaliera di 60 mg partendo talvolta dalla dose di 30 mg/die.
Generalmente buona la tollerabilità.

521. Fattori predittivi del revolving-door: tra ripetizione e cambiamento

M. Ribolsi[3], M. Fontana[1], M.G. Bevacqua[1], N. Salvi[1], M. Grygiel[1], T. Mattioni[1], M. Zannoni[1], G. Hassan[1], P.L. Zuppi[1]

[1] SPDC, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Borsista Afar, [2] Dipartimento di Neuroscienze Ospedale San Giovanni Calibita, Isola Tiberina, Roma; [3] Università Campus Bio Medico, Roma

Il termine revolving-door (porta girevole) viene riferito al ripetersi di ricoveri dello stesso paziente. Si tratta di un fenomeno con accezione negativa (c'è sempre una colpa: i ricoveri si ripetono perché inappropriati o malconclusi, per la cattiva integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali, ecc) e considerato indice di cattiva prognosi (ricoveri ripetuti come processo di cronicizzazione e di resistenza alle cure). Viene osservato nei luoghi di ricovero dell'acuzie psichiatrica; la sua incidenza è più bassa quando accanto ai SPDC vi è una rete importante di servizi residenziali.
Alla base del ritorno dei pazienti nel reparto psichiatrico ci sono variabili cliniche, socio-familiari, e, ovviamente, dell'ambiente di ricovero: va sempre posta la dovuta attenzione sui fenomeni di dipendenza istituzionale propri dell'Ospedale. Nel presente lavoro riportiamo i risultati di uno studio catamnestico sulle "prime crisi": abbiamo selezionato pazienti giovani (18-30 anni) mai precedentemente ricoverati, spesso al primo incontro con la psichiatria, e ci siamo fermati su quanti sono ritornati almeno una seconda volta. Abbiamo preso in considerazione alcuni parametri (diagnosi, accessibilità e offerta dei servizi territoriali, durata del ricovero, abuso di sostanze, età di insorgenza, età del primo ricovero e di accesso in psichiatria, la messa in atto del TSO) e codificato le osservazioni del personale medico e infermieristico sulla partecipazione del paziente alle cure.

522. Insorgenza acuta di allucinazioni visive e zooptiche in un paziente in trattamento emodialitico cronico con favorevole risposta a bassi dosaggi di quetiapina

M. Ribolsi[**], P.L. Zuppi[*], G. Chiappini[***], M. Fontana[*]

[**] SPDC, Dipartimento di Neuroscienze, Ospedale Fatebenefratelli, Isola Tiberina; [*] AFAR, Dipartimento di Neuroscienze, Ospedale Fatebenefratelli, Isola Tiberina; [***] Unità di Dialisi, Ospedale Fatebefratelli

In base a studi precedenti, quasi il 9% dei pazienti dializzati vengono ospedalizzati a causa dell'insorgenza di un disturbo mentale. Il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichiatrici nella popolazione in regime emodialitico è da 1,5 a 3 volte più grande rispetto alla popolazione affetta da altre condizioni mediche croniche. Questo dato suggerisce che l'incidenza di comorbidità psichiatriche in questi pazienti non sono semplicemente una reazione all'inizio del trattamento dialitico, limitata ad una breve fase di adattamento, ma sono condizioni croniche psicopatologiche in sé stesse.
Le basi patofisiologiche di una tale incidenza di disordini mentali in questi pazienti non è del tutto chiara, anche se è verosimile che concorrano cause sia biologiche che psicologiche.
In questo studio riportiamo il caso di una paziente in trattamento ambulatoriale emodialitico presso il nostro ospedale in cui si è verificata l'insorgenza di un episodio psicotico breve con allucinazioni visive e micro-zooptiche. La paziente ha ricevuto trattamento psicofarmacologico con bassi dosaggi di quetiapina, ottenendo un netto miglioramento della sintomatologia e una riduzione di più del 50 % alla scala BPRS ad un follow-up a quattro settimane.

523. Valutazione dell'efficacia clinica di Quetiapina in pazienti con patologia psicotica

D. Ricca

Centro di Salute Mentale di Ravenna (DSM di Ravenna)

Obbiettivo: scopo del lavoro e verificare l'efficacia clinica di Quetiapina in un gruppo di pazienti con patologia psichiatrica di tipo psicotico (diagnosi di schizofrenia, di disturbo schizo-affettivo e di psicosi maniaco depressiva).
Metodologia: è stato adottato come strumento di valutazione la scala CGI (gravità della malattia e miglioramento globale) monitorando 10 pazienti con diagnosi di tipo psicotico in trattamento con neurolettici, a cui è stata sostituita una terapia con quetiapina con titolazione effettuata in base allo schema proposto in scheda tecnica (da 100 mg/die a 600 mg/die in quinta giornata). Il dosaggio medio giornaliero raggiunto sulla base della valutazione clinica (in un range compreso tra 400 mg e 900 mg) è di 610 ± 160 mg/die.
Risultati e Conclusioni: l'introduzione di quetiapina al dosaggio giornaliero medio di 610 ± 160 mg/die nel trattamento di tali pazienti, ha evidenziato nel tempo una riduzione della sintomatologia psicotica ed una maggior compliance, contribuendo in maniera significativa al percorso riabilitativo degli utenti.

524. Studio Retrospettivo su un Campione di 28 Pazienti in Acuto Trattati con Quetiapina

A. Rizza, M.G. Perpero, A. Girgenti

SPDC, Ospedale G.F. Ingrassia, DSM 2, ASL 6 Palermo

Introduzione: obiettivo principale nella gestione di un paziente psicotico acuto ospedalizzato (per stato di acuzie maniacale o esacerbazione acuta di schizofrenia o di disturbo schizoaffettivo) è il rapido ed efficace controllo dei sintomi produttivi quali agitazione, aggressività, ostilità, grandiosità, limitando le possibilità di danno sia per gli altri sia per il paziente stesso.
Metodologia: sono stati inclusi nel campione 28 pazienti, che rappresentano l'8,6% dei ricoveri effettuati dal 01/02/2005 al 30/09/2006, trattati in acuto con quetiapina, valutati durante il loro decorso clinico con scale PANSS e CGI, e poi raggruppati per patologia secondo il ICD9 e per dosaggio espresso in mg/die. La patologia maggiormente rappresentata nel campione è la Psicosi Schizofrenica (19/28 = 67,8%); tra questi 5 in variante Schizoaffettiva.
Risultati: il range terapeutico che comprende il maggior numero di pazienti (15/28 = 53,57%) è stato raggiunto tramite titolazione rapida assestandosi tra 300 e 600 mg/die, senza differenze significative tra le forme Schizofreniche e quelle Affettive. I pazienti con Psicosi Schizofrenica utilizzano quetiapina in associazione con altri neurolettici, mentre i pazienti con Psicosi Affettiva pura usano quetiapina in monoterapia neurolettica. Tutti i pazienti hanno presentato significativi miglioramenti sia della PANSS che CGI. Nessuno dei pazienti del campione ha avuto necessità di ricovero presso il nostro SPDC nel periodo osservato.
Conclusioni: i dati sopra riportati, pur con i limiti di uno studio retrospettivo e della casistica ridotta, suggeriscono la possibilità di effettuare una terapia orale con quetiapina in titolazione rapida confermando la buona efficacia e maneggevolezza del farmaco anche in un setting ospedaliero acuto.

Bibliografia

Hughes DH, et al. *Treating aggression in the psychiatric emergency service*. J Clin Psychiatry 2003;64(Suppl 4):10-5.

Caine ED. *Clinical perspectives on atypical antipsychotics for treatment of agitation*. J Clin Psychiatry 2006;67(Suppl 10):22-31.

Pajonk FG, et al. *Rapid dose titration of quetiapine for the treatment of acute schizophrenia and acute mania: a case series*. J Psychopharmacol 2006;20:119-24.

525. L'impiego del biofeedback nella balbuzie: un caso clinico

G. Roselli[*], A. Papazacharias[*], E. Levari[*], E. Caramia[*], E. Conte[* **], L. Corfiati[*], M. Storelli[*], G. Pierri[*]

[*] *Dipartimento Scienze neurologiche e psichiatriche, Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Laboratorio di Psicofisiologia;* [**] *TIRES*

La balbuzie come disturbo del linguaggio è un disturbo multifattoriale con rilevante componente psicologica e ambientale della personalità. È caratterizzata da un'alterazione del ritmo verbale e da un vissuto emotivo condizionato dall'espressione verbale. Nella sua insorgenza è ampiamente documentato [1] il ruolo della componente ansiosa.
Il biofeedback è una procedura clinica che fornendo ad un paziente informazioni relative ad alcune funzioni psicofisiologiche, permette allo stesso di regolare funzioni biologiche (frequenza cardiaca, temperatura cutanea, attività muscolare, resistenza elettrica della pelle, ritmo Alfa cerebrale) che di norma non sono sotto il controllo volontario.
Obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare il miglioramento clinico (Speech Situation Checklist-SSC-ER), psicodiagnostico (STAI $Y_{1,2}$ e Test di Rorschach) e psicofisiologico (Heart Rate variabilità -HRV) in un soggetto affetto da balbuzie tonica, trattato con biofeedback.
Dai risultati ottenuti si evince che il biofeedback ha determinato un miglioramento statisticamente significativo dell'aspetto clinico e psicofisiologico.
I nostri dati, confermati da ulteriori indagini, effettuate su campioni più ampi, potrebbero suggerire l'utilizzazione di tale tecnica nel trattamento della balbuzie.

Bibliografia

[1] Ezrati-Vinacour R, Levin I. *The relationship between anxiety and stuttering: a multidimensional approach*. Journal of Fluency Disorders 2004;29:135-48.

526. Switch a ziprasidone da antipsicotici tipici e atipici in pazienti ambulatoriali affetti da schizofrenia: uno studio in aperto della durata di 8 settimane

A. Rossi[1], P. Boscarino[2], F. Romeo[3], P. Tiradritti[3], A. Vita[4]

[1] *Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Neuroscienze, Università de L'Aquila;* [2] *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Ragusa;* [3] *Direzione Medica, Pfizer Italia, Roma;* [4] *Dipartimento di Psichiatria, Università di Brescia*

Introduzione/Scopo: valutare l'efficacia e tollerabilità di ziprasidone in pazienti schizofrenici ambulatoriali dopo *switch* da terapia con antipsicotici tipici e atipici
Metodologia: 312 pazienti ambulatoriali con diagnosi di schizofrenia sono stati inclusi nello studio in aperto e trattati per otto settimane con ziprasidone. I principali criteri di inclusione prevedevano: trattamento in corso con un altro antipsicotico orale da oltre 2 mesi e indicazione alla variazione della terapia per risposta inadeguata o comparsa di effetti collaterali intollerabili.
Risultati: 228 pazienti (73,1%) hanno completato lo studio. La variazione media del punteggio PANSS totale dalla visita basale all'*endpoint* è risultata significativa (n = 307; punteggio basale 86,7 ± 20,0; variazione media: -12,8 ± 18,9; p < 0,0001). Durante lo studio ziprasidone è risultato in genere ben tollerato con un tasso di interruzioni per eventi avversi pari al 10,9%. I sintomi extrapiramidali e le disfunzioni sessuali, valutati con scale di punteggio specifiche, hanno evidenziato un miglioramento alla fine dello studio. Lo *switch* a ziprasidone si è associato a un calo ponderale statisticamente significativo, rispetto al basale, pari a -1,4 ± 2,6 kg (p < 0,0001).
Discussione/Conclusioni: i pazienti arruolati hanno evidenziato, dopo lo switch a ziprasidone, un miglioramento

globale del quadro psicopatologico e un buon profilo di tollerabilità in termini di riduzione di peso corporeo, disturbi del movimento e disfunzioni sessuali.

527. Mantenimento della risposta clinica con risperidone iniettabile a rilascio prolungato in soggetti con schizofrenia o disturbo schizoaffettivo - Studio italiano R-LAI

A. Rossi[*], M.M. Bernareggi[**], M.G. Giustra[**], e gli Sperimentatori dei centri partecipanti allo Studio Clinico R-LAI

[*] *Centro Coordinatore, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università di L'Aquila (AQ);* [**] *Medical Affairs, Janssen-Cilag SpA, Cologno Monzese (MI)*

Introduzione: risperidone iniettabile a rilascio prolungato (RRP) è la prima formulazione long-acting di un antipsicotico atipico in grado di indurre ulteriori miglioramenti clinici in pazienti giudicati sintomatologicamente stabili [1].
Metodi: questo studio italiano in aperto multicentrico di 52 settimane ha come obiettivo primario il mantenimento della risposta clinica con RRP in pazienti con schizofrenia o disturbo schizoaffettivo sintomatologicamente stabili sottoposti a switch diretto da un precedente trattamento antipsicotico orale/depot.
Risultati: il 70% dei soggetti (243/347) ha completato lo studio. Il punteggio medio totale PANSS e quello delle sottoscale è significativamente migliorato ($p < 0,001$) *vs.* il basale a 4, 12, 26, 38 e 52 settimane di terapia con il 54% di soggetti che presentava una riduzione PANSS ≥ 20%. Anche il punteggio GAF è migliorato significativamente ($p < 0,001$ in tutte le visite). Al basale il 47% dei soggetti aveva una gravità di malattia moderata (GCI-S), mentre nel corso del trattamento la % di soggetti con peggioramento alla CGI-C è diminuita significativamente (da 13 a 5% $p < 0,05$). Il trattamento con RRP si è dimostrato ben tollerato: il 30% dei soggetti ha avuto almeno 1 evento avverso principalmente di grado lieve (52%) e nell'81% dei casi non è stata modificata la terapia in corso con RRP.
Conclusione: Il trattamento con RRP per 12 mesi garantisce il mantenimento dell'efficacia clinica con un significativo e persistente controllo dei sintomi.

Bibliografia

[1] Moller HJ, et al. Int Clin Psychopharmacol 2005;20:121-13.

528. Gioco, racconto e rappresentazione: riflessioni su un'esperienza in divenire dal teatro allo psicodramma psicoanalitico

G. Rossi, M. Rossi, U. Balottin[*], G. Drumbl, R. Rossi, F. Bonforte, E. Taborelli, T. Carigi

Dipartimento di Clinica Neurologica e Psichiatrica dell'Età Evolutiva, IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Casimiro Mondino, Pavia; [*] *Università dell'Insubria, UONPIA Ospedale Fondazione Macchi, Varese*

L'oscillazione tra bisogno di dipendenza e desiderio di emancipazione, caratteristica della fase adolescenziale, trova la sua più congeniale espressione nello psicodramma psicoanalitico, dove l'aspetto regressivo del gioco e quello più evoluto della modalità narrativa trovano il "medium" della rappresentazione scenica, che è momento ludico, nel quale trarre piacere dall'azione, ma anche situazione relazionale aperta al pensiero ed allo scambio verbale, in cui è possibile promuovere ed ampliare la capacità riflessiva. Paradigmi antitetici di relazioni oggettuali possono non solo coesistere, ma perfino trovare un terreno di incontro, che, in quanto spazio di espressione e di pensabilità, può innescare potenzialità trasformative. Sono presentati alcuni frammenti di sedute condotte con gli adolescenti ricoverati, per varie patologie, in un reparto di neuropsichiatria infantile.
Nell'ambito dell'approccio all'adolescente ricoverato, la tecnica dello psicodramma costituisce, con le sue differenti modalità applicative, una risorsa preziosa che, mettendo in luce gli scenari del mondo interno e del campo relazionale del singolo paziente, consente di riflettere sulle modalità relazionali proprie del paziente e che si ripropongono nel qui ed ora della relazione con i curanti, e quindi, sulle situazioni della vita quotidiana in reparto, e più in generale sul rapporto di aiuto, permettendo l'elaborazione di emozioni indigerite ed attivando modalità di pensiero più autonome ed originali.

529. Percorso innovativo in chirurgia oncologica (progetto P.I.C.O.)

M. Russano, A.M. Ferro, E. Garbarino, F. Giusto, R. Pellicci

Dipartimento di Salute Mentale A.S.L. n. 2 Savonese; Dipartimento Chirurgia Generale, A.O. "Osp. Santa Corona", Pietra Ligure

Introduzione/scopo: il progetto ha come scopo l'attivazione di un intervento di umanizzazione dell'Ospedale S. Corona di Pietra Ligure rivolto ai malati oncologici ricoverati presso la Struttura Complessa di Chirurgia Generale 2ª attraverso l'intervento di un gruppo multidisciplinare. Questo obiettivo può essere realizzato programmando un percorso continuo e assistito per il paziente attraverso una serie di interventi integrati e condivisi fra le seguenti figure sanitarie coinvolte nel suo percorso diagnostico – terapeutico: infermiere addetto all'Accettazione, infermiere dei vari reparti di degenza, chirurgo generale, oncologo, anestesista e terapeuta del dolore, psichiatra, psicologo, assistente sociale, volontario (Associazione Volontari Ospedalieri).
Metodologia: dal punto di vista metodologico, il progetto ha previsto le seguenti fasi od eventi:

Miglioramento dell'accoglienza che prevede, tra l'altro, la consegna al paziente di una "guida al paziente ricoverato" che contenga utili per quanto riguarda l'ingresso in reparto, cosa portare con sé, come comportarsi il giorno dell'intervento e consigli comportamentali per i famigliari.
Miglioramento della comunicazione medico paziente che si articola attraverso tre momenti: formazione rivolta al personale, presa in carico dei pazienti segnalati per la durata del ricovero e, laddove si individui la necessità anche dopo il ricovero, intervento di cerniera fra paziente, famigliare, personale effettuato dallo Psichiatra.
I bisogni del malato nella cartella clinica mediante l'adozione delle tabelle NEQ (Needs Evaluation Questionnaire) per una migliore comprensione dei bisogni del malato.
Introduzione della figura del terapeuta del dolore durante il periodo pre, peri e postoperatorio.
Colloquio informativo con l'oncologo prima della dimissione che prevede un incontro preliminare tra oncologo e chirurgo per la discussione collegiale del caso e l'informazione al paziente sull'iter diagnostico-terapeutico concordato.
Formazione di operatori volontari di supporto alle varie esigenze socio assistenziali del paziente attraverso discussioni di gruppo con la figura dello psichiatra.
Risultati e valutazioni: dal momento dell'avvio (aprile 2005) sono stati valutati i dati di 30 pazienti che hanno evidenziato i punti di forza del progetto ed alcune criticità che permetteranno di apportare i necessari interventi migliorativi al "modello". È stato verificato che l'iniziativa permetterà: la continuità assistenziale, la collegialità delle decisioni, l'abbattimento dei tempi di attesa tra i vari specialisti, la tranquillità del paziente.
Discussione e conclusioni: i risultati positivi raggiunti in sede sperimentale suggeriscono la prosecuzione dell'iniziativa e l'estensione del progetto a tutto il Dipartimento di Scienze Chirurgiche pur con i dovuti interventi correttivi e migliorativi. Dall'analisi statistica dei dati raccolti, considerato l'esiguità del campione esaminato emerge che le due esigenze principali dei pazienti sono relative al bisogno di informazioni e di maggior dialogo con il personale, questo rimanda al problema della comunicazione, il cui nucleo centrale non riguarda se e quanto informare, ma attivare un processo dialogo e di relazione empatica (capacità di immedesimazione nei pensieri e/o complementari come la "congiura del silenzio" e l"assalto alla verità" e facilita il raggiungimento dell'autonomia e dell'autodeterminazione del soggetto, tenendo conto che l'informazione deve essere data in tempi e modi corretti. In questo anno di lavoro si è visto come sia stato difficoltoso sviluppare un affiatamento prima emotivo e poi progettuale fra le varie figure professionali coinvolte al fine di concretizzare un pensiero comune. Crediamo quindi che questo rappresenta un nodo critico da affrontare per rendere più operativo il progetto PICO.

Bibliografia

Pancheri P, Biondi M, a cura di. *Stress, emozioni e cancro*. Il Pensiero Scientifico Editore 1987.
Torta R, Mussa A. *Psiconcologia*. Ed. Centro Scientifico 1997.
Grassi L, Biondi M, Costantini A. *Manuale pratico di Psicooncologia*. Il Pensiero Scientifico Editore 2003.

530. L'agitazione psicomotoria e l'appropriatezza del ricovero in S.P.D.C.

C. Salerno, M.G. De Giovanni, P. Calò, S. De Giorgi
Dipartimento Salute Mentale, AUSL Le/1

Obiettivo: scopo del presente lavoro è una differenziazione delle categorie diagnostiche sottese ad una emergenza di tipo comportamentale, ed una valutazione delle strategie psicofarmacologiche e gestionali messe in atto nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura della AUSL Lecce/1.
Metodo: sono stati presi in esame 212 ricoveri con diagnosi di ingresso di "agitazione psicomotoria", effettuati nel corso di due anni. Per ciascuno dei pazienti sono stati valutati l'età, il sesso, l'eventuale abuso di sostanze, l'invio, la tipologia degli interventi elicitati (psicofarmacologici, comportamentali, gestionali), la durata del ricovero. A tutti i pazienti sono state somministrate, all'ammissione ed alla dimissione, BPRS e CGI. La farmacoterapia prescritta alla dimissione è stata correlata con i punteggi alle scale psicometriche, la durata del ricovero, la diagnosi alla dimissione, effettuata secondo il DSM-IV TR.
Risultati: la valutazione e gestione dei pazienti con agitazione psicomotoria riveste una particolare importanza nell'ambito dei trattamenti in emergenza, non solo per la sicurezza dei pazienti e delle persone che vivono nello stesso ambiente, ma anche per la sicurezza del personale sanitario. Un trattamento psicofarmacologico adeguato deve mirare non solo a un più efficace e rapido controllo dell'emergenza comportamentale, ma anche ad una migliore aderenza al trattamento nel medio-lungo termine.

531. Uno strumento psicometrico per la valutazione della realizzazione interiore del senso della vita e della frustrazione esistenziale

F. Salvioli, F. Fiorini, R. Losi, F. Mazzi
Dipartimento di Neuroscienze TCR, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: per V.E. Frankl [1] definiti scopi di vita influiscono sul benessere e sulla tolleranza a frustrazioni per eventi negativi e contribuiscono a elaborare un significato personale di vita, possibile fattore protettivo dal rischio di sviluppare una patologia psichiatrica: su tali premesse si fonda la Logoterapia.
Metodologia: presentiamo i primi dati della validazione del Logotest di E. Lukas [2] strumento psicometrico per valutare la realizzazione interiore del senso di vita e di frustrazione esistenziale; 116 individui, età media di 39.9 anni, hanno autocompilato il Logotest (4 sottoscale: Obiettivi vita, Frustrazione esistenziale,Valore prospettiva e Testo libero) e la Scala del Benessere (PWB) con 6 categorie: Accettazione, Relazioni positive, Crescita personale, Autonomia, Padronanza ambientale e Scopo Vita [3].
Risultati: le correlazioni tra le scale dei 2 strumenti col metodo di Pearson sono significative ($p \leq ,05$ o $,01$) per:
– obiettivi vita e 6 categorie di PWB;
– frustrazione esistenziale e Padronanza ambientale, Scopo vita, Accettazione;

– valore prospettiva e Relazioni positive, Accettazione, Padronanza ambientale;
– testo libero e scale PWB, tranne Autonomia.

Sensibilità e specificità del giudizio clinico di normalità/ patologia (Curva ROC): Logotest ha un'area sotto la curva di.884 e PWB di.904.

Conclusioni: c'è buona correlazione nelle sottoscale che valutano aspetti cognitivi e in quelle degli aspetti affettivi; Logotest e PWB hanno buona capacità di discriminare soggetti normali da quelli con disturbo mentale.

Bibliografia

1 Frankl VE. *Logoterapia ed analisi esistenziale*. Ed. a cura di Eugenio Fizzotti, Brescia: Morcelliana 2001.
2 Lukas ES. *Dare un senso alla vita*. Assisi: Cittadella Editore 1983.
3 Ruini C, Ottolini F, Rafanelli C, et al. *La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB)*. Rivista di psichiatria 2003;38(3).

532. Uso di quetiapina in pazienti del servizio territoriale di longone al segrino

A. Sammarco, T. Savini, G. Rondalli, G. Venuto

Azienda Ospedaliera "Sant'Anna", Como, Dipartimento di Salute Mentale; U.O. di Psichiatria n. 8 di Cantù, Erba, Mariano Comense; C.P.S./C.R.T., Longone al Segrino (CO)

Scopo: di questo studio naturalistico è la valutazione dell'efficacia e della tollerabilità della quetiapina, antipsicotico atipico, nella cura di patologie psichiatriche diverse, in un gruppo di utenti seguiti dai servizi territoriali.

Il campione considerato è composto da 30 pazienti, ambulatoriali e residenziali afferenti al Centro Psico-Sociale (CPS) e ospiti del Centro Residenziale di Terapie psichiatriche (CRT) di Longone al Segrino, U.O. di Psichiatria n. 8 di Cantù, Dipartimento di Salute Mentale di Como.

Le diagnosi, secondo l'ICD X, sono state, in ordine di frequenza: psicosi, disturbi affettivi, disturbi di personalità e demenza.

La quetiapina è impiegata in un range terapeutico molto variabile dai 12,5 mg a 1200 mg/die.

Tale farmaco è usato solo o in associazione con altri neurolettici (tipici e atipici), antidepressivi, stabilizzanti del tono dell'umore e benzodiazepine.

Le condizioni cliniche dei pazienti sono state valutate attraverso due scale: la CGI (Clinical Global Impression), che considera la gravità della malattia e le sue variazioni nel tempo e la BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), che prende in esame la gravità dei singoli sintomi.

Tali scale sono state somministrate al T 0, prima della somministrazione di quetiapina, e al T 1 dopo sei mesi di assunzione.

I risultati confermano i dati della letteratura relativi all'efficacia e alla tolleranza della quetiapina in un ampio spettro diagnostico e con un altrettanto variabile range terapeutico.

533. Intervento psicoeducazionale di gruppo per il raggiungimento di uno stile di vita sano in pazienti trattati con antipsicotici

L. Sangiovanni, M. Sauro, D. Ussorio, L. Sangiovanni, A. Cavicchio, R. Roncone

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a direzione Universitaria, ASL04, Università L'Aquila; Cattedra di Clinica Psichiatrica, Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università di L'Aquila

Introduzione: l'aumento ponderale e l'obesità costituiscono un problema clinico frequentemente associato a condizioni mediche come l'ipertensione, il diabete mellito, la dislipidemia e le coronaropatie [9]. Nonostante l'obesità riconosca un elevato rischio genetico, il suo rapido incremento negli ultimi 20 anni sottolinea la rilevanza eziologia di cause non genetiche, come stili di vita non salutari. Studi clinici ed epidemiologici suggeriscono che le persone affette da schizofrenia mostrano una percentuale più elevata d'aumento ponderale, obesità e diabete rispetto ad appropriate popolazioni di controllo.

Alcuni antipsicotici inoltre sono associati ad un elevato rischio d'aumento ponderale e ad un'alterazione del controllo glicemico [1].

Scopo dell'intervento è stato quello di fornire ai partecipanti informazioni relative alle corrette abitudini alimentari e all'igiene di vita e, più in generale, indicazioni utili al raggiungimento di uno stile di vita sano. Infine, l'obiettivo a lungo termine di ogni partecipante è stato quello della diminuzione del peso corporeo.

Materiale e metodo: l'intervento riabilitativo di gruppo di tipo psicoeducazionale è stato effettuato con utenti afferenti presso il Day-Hospital del Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura de L'Aquila. Agli incontri, svolti da gennaio 2006 a giugno 2006, hanno partecipato 7 utenti (3 donne, 4 uomini). Il peso medio delle donne era di 96,3 kg. mentre quello degli uomini era di 124 kg.

L'intervento è stato diviso in due parti: 1) nutrizione benessere e stile di vita sano; 2) salute ed esercizio fisico presso la Palestra del Presidio Ospedaliero San Salvatore de L'Aquila.

Gli incontri si sono svolti con cadenza settimanale ed ogni incontro ha avuto una durata di 90 minuti.

L'intervento è stato condotto da tecnici della riabilitazione psichiatrica ed un medico in formazione specialistica in psichiatria. Gli strumenti utilizzati per le valutazioni a T0 e T1 sono stati:
– intervista di accertamento della disabilità-AD [5];
– indagine sullo stato di salute (Short Form Health Survey 36), SF-36 [7];
– test di valutazione dello stile di vita [4];
– valutazione delle conoscenze acquisite [4].

Risultati: l'utilizzo dell'intervento psicoeducativo di gruppo per il raggiungimento di uno stile di vita sano ha determinato nei pazienti uno stile di vita più sano ed una riduzione del peso corporeo che è risultato molto soddisfacente per i soggetti stessi. Gli utenti hanno riferito di essere molto soddisfatti per gli obiettivi raggiunti mostrando anche un'ottima aderenza al trattamento in quanto hanno partecipato a tutti gli incontri.

Discussioni: allo stato attuale sono ancora pochi gli studi che hanno dimostrato nei pazienti con [2 8], ma il campo si sta

rivelando promettente anche in relazione ai numerosi problemi che l'assunzione protratta di antipsicotici può provocare nel tempo.
Questo tipo d'intervento va inserito all'interno di un progetto riabilitativo innovativo: in passato l'attenzione è sempre stata posta sulle cure psichiatriche e non erano inclusi aspetti, quali il benessere fisico del paziente e l'adozione di stili di vita più sani. Il benessere, invece, è il giusto equilibrio tra lo star bene fisico e mentale e prevede l'integrazione di una sana e corretta alimentazione, attività rilassanti, svago ed esercizio fisico.

Bibliografia

1. Allison DB, Fontaine KR, Heo M, Mentore JL. *The distribution of body mass index among individuals with and without schizophrenia*. J Clin Psychiatry 1999;60:215-20.
2. Littrel KH, et al. *The Effect of an Educational Intervention on Antipsychotic-Induced WG*. Journal of Nursing Scholarship 2003;35:237-41.
3. Milano W. *Elementi per una sana alimentazione*, 2005.
4. Milano W, Comazzi M. *Test di valutazione dello stile di vita. Elementi per una sana alimentazione*, 2005.
5. Morosini PL, et al. *A.D. Accertamento Disabilità*. Istituto Superiore della Sanità 1996.
6. Morosini PL, Roncone R, Casacchia M. *Qualità di vita nei servizi sanitari. Parte I: analisi del costrutto e specificità in salute mentale*. Nooç 1997;3-2:83-98.
7. Ware JE, Sherbourne CD. *The MOS SF-36 items Short Form Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection*. Med care 1992;30:473-83.
8. Wirshing DA, et al. *Novel antipsychotics: comparison of weigh gain liabilities*. J Clin Psychiatry 1999;60:358-63.
9. Yanovski SZ, Yanovski JA. *Obesity*. N Engl J Med 2002;346:591-602.

534. Frasi a forte impatto psicologico in psicoterapia

W. Santamato, A. De Giacomo, R. Masellis, P. De Giacomo

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Clinica Psichiatrica, Università di Bari

Introduzione: le "frasi bussola" possono incrementare l'utilizzazione di specifici processi cognitivi in psicoterapia. Il Modello Pragmatico Elementare (MPE), che sta alla base della nostra ricerca, può condurre all'interpretazione di processi individuali e relazionali e alla progettazione di interventi particolarmente utili in psicoterapia. Dal MPE è stata creata una procedura per scegliere frasi a forte impatto psicologico (SISCI-frasi).
Metodologia: il SISCI-frasi test è stato applicato a gruppi diversi di soggetti: imprenditori, studenti universitari, pazienti psicotici e pattern simulati in modo random.
Risultati: sulla base del MPE e del SISCI-frasi test, sono state individuate differenze statisticamente significative tra vari gruppi di soggetti, normali e patologici e sono stati ottenuti significativi cambiamenti con minime "perturbazioni".
Conclusioni: i risultati ottenuti in questa ricerca aprono nuove prospettive nel campo della psicoterapia e del counselling tramite l'utilizzo di frasi a forte impatto psicologico.

Bibliografia

L'Abate L, De Giacomo P. *Intimate relationships and how to improve them. Integrating theoretical models with preventive and psychotherapeutic applications*. CT: Praeger 2003.
De Giacomo P, L'Abate L, Santamato W, Sgobio A, Tarquinio C, De Giacomo A, Iadicicco R, Masellis R. "*Compass" Sentences with a Strong Psychological Impact: Preliminary Investigations*. Journal of Family Psychotherapy 2007;2:45-69.

535. Abuso di Farmaci Antidolorifici e Comorbidità per Disturbi Psichiatrici, in un campione di pazienti con Cefalea Cronica Resistente

M. Savino[*], M. Miniati[*], O. Bacci[*], G. Macchia[*], V. Tullo[**], E. Mea[**], M. Leone[**], G. Bussone[**]

[*] *Clinica Psichiatrica, Università di Pisa;* [**] *Istituto Neurologico C. Besta, Milano*

Introduzione: comorbidità psichiatrica ed abuso di farmaci antidolorifici sono di frequente riscontro in pazienti con cefalea cronica resistente (CCR).
Metodo: sono state raccolte l'anamnesi farmacologica, la storia della cefalea ed è stata fatta una valutazione psichiatrica in un campione di 20 pazienti con CCR.
Risultati: il campione è costituito per il 90% (n = 18) da pazienti di sesso femminile. L'età media è di 50,3 anni (±9,5);l'età media di esordio della cefalea è di 24,0 anni (±11,8). La durata del disturbo è di 26,3 (±12,1) anni; la cronicizzazione della cefalea è presente da 11,1 (±5,6) anni. Le diagnosi psichiatriche, presenti nel 55% del campione (n = 11) ed i farmaci di abuso sono elencati in Tabella I.

Tab. I.

Diagnosi Psichiatriche	%/n.
No comorbidità	45 (9)
EDM-UP	15 (3)
D. Panico	15 (3)
Ciclotimia	15 (3)
BP-II	5 (1)
Distimia	5 (1)
Farmaci di Abuso	%/n
FANS	55 (11)
Triptani + FANS	25 (5)
Triptani	15 (3)
Indometacina	5 (1)

Conclusioni: Ulteriori studi dovranno essere effettuati per valutare se la comorbidità psichiatrica può costituire un fattore di rischio di abuso di antidolorifici in pazienti con CCR.

536. Indagine sulla qualità della vita negli individui afferenti al Centro per l'Infertilità di Coppia dell'Università di Siena

C. Sbaragli, S. Debolini, R. Pasquini, A. Goracci, A. Castrogiovanni, P. Castrogiovanni

Selezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Siena

L'infertilità di coppia viene definita come l'incapacità di concepire dopo un anno di rapporti intenzionalmente fecondi ed interessa circa il 15% degli individui adulti. La letteratura si è occupata prevalentemente degli aspetti psicologici della donna sterile ed in termini di qualità della vita sono stati indagati soprattutto eventuali cambiamenti nel rapporto di coppia.
Con questo studio ci proponiamo di valutare la qualità della vita come costrutto multidimensionale sia nella donna che nel partner maschile e di evidenziarne possibili modificazioni in relazione alla durata dello stato di sterilità, al numero delle terapie effettuate ed alla diagnosi eziologica confrontando in particolare l'infertilità dovuta a cause femminili verso quella dovuta a fattori maschili.
Il campione è costituito da 160 soggetti ai quali abbiamo somministrato il Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q). A scopo di controllo abbiamo indagato, tramite la suddetta testistica, anche un campione di coppie al 3° mese di gravidanza.
Dai risultati emerge, negli individui infertili, un peggioramento significativo sia nella soddisfazione generale, sia nel dominio del lavoro e della salute fisica.

537. Aspetti psicopatologici sia conclamati che sottosoglia e riproduzione: un confronto trasversale tra coppie sterili e coppie al 3° mese di gravidanza

C. Sbaragli, S. Debolini, R. Pasquini, A. Goracci, A. Castrogiovanni, P. Castrogiovanni

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Siena

Da una revisione della letteratura emerge che gli individui affetti da sterilità presentano una maggiore quota di psicopatologia rispetto ai soggetti sani soprattutto in termini di depressione, ansia generalizzata e vissuti di rabbia pur non raggiungendo livelli di gravità clinicamente significativi tanto che da alcuni sono stati definiti come "stressati, ma non compromessi".
Con questo studio ci proponiamo di valutare negli individui infertili l'eventuale presenza di un disturbo psichiatrico di Asse T usando l'intervista Clinica Strutturata per il DSM-IV (SCID-1) e la patologia ansiosa di tipo ossessivo-compulsivo non sono conclamata, ma anche sottosoglia somministrando il Questionario per la valutazione della patologia di spettro (SCI-OBS-SR).
Il campione è costituito da 160 individui sterili che, a scopo di controllo, verranno confrontati con 140 soggetti durante il 3° mese di gravidanza. Dai risultati emerge una maggiore prevalenza, nelle coppie sterili, di disturbi dell'adattamento con umore misto insieme a punteggi più elevati nelle aree dubbio e perfezionismo dello spettro ossessivo-compulsivo.

538. Esiste un ruolo causale dei fattori psichici nell'infertilità di coppia? Valutazione dei tratti personologici e delle modalità di esprimere le emozioni in un campione di coppie afferenti al Centro per la Sterilità dell'Università di Siena

C. Sbaragli, S. Debolini, R. Pasquini, A. Goracci, A. Castrogiovanni, P. Castrogiovanni

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Siena

Attualmente sembra che i casi di infertilità "idiopatica" per i quali non viene diagnosticata nessuna causa organica rappresentino circa il 28% dei casi totali. In passato, alcuni Autori hanno suggerito una probabile causa psicogena per queste forme di infertilità senza, tuttavia, confermare tale ipotesi con strumenti standardizzati.
Con questo lavoro ci proponiamo di individuare eventuali differenze personologiche e nella modalità di esprimere le emozioni, con specifico riferimento alla rabbia ed all'aggressività, tra i diversi raggruppamenti diagnostici nell'ambito dei pazienti sterili.
Abbiamo somministrato a 160 individui il Questionario per la Tipizzazione del comportamento aggressivo (QTA), la Toronto Alexithymia Scale (TAS) e l'intervista Clinica Strutturata per il DSM-IV (SCID-II).
Dai risultati emerge una prevalenza statisticamente significativa, nelle donne affette da infertilità idiopatica, di tratti evitanti e di una modalità di comportamento inibito con scarsa tendenza a manifestare comportamenti aggressivi verso l'esterno.

539. Caratteristiche temperamentali e prevalenza dei disturbi di personalità in pazienti con disturbi dell'umore

M. Scali[*], A. Carano[*], D. Sagripanti[*], M.T. Paoli[*], A. Crisoliti[*], D. De Berardis[**], F.M. Ferro[***]

[*] *Dipartimento Salute Mentale, Civitanova Marche (MC);* [**] *SPDC Ospedale "Mazzini", Teramo;* [***] *Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" di Chieti*

Introduzione: l'assunto che i disturbi dell'umore prendano origine da substrati temperamentali caratteristici è stato un caposaldo di un determinato tipo di letteratura psichiatria classica. Le relazioni esistenti tra disturbi dell'umore e disposizioni temperamentali, nonché la notevole importanza che la presenza di questi ultimi riveste sul piano diagnostico, prognostico e terapeutico, sono state recentemente rivalutate. Riconsiderando alcuni nodi fondamentali della riflessione psicopatologica inscritti nel registro di un continum tra determinati disturbi di personalità e alcune sindromi cliniche, il nostro studio si propone di indagare la prevalenza e le caratteristiche temperamentali e di personalità di pazienti affetti da disturbi dell'umore.
Materiali e metodi: l'analisi dei dati qui presentati sono riferiti alla valutazione di una popolazione di 52 pazienti (35 con un disturbo depressivo unipolare, in particolare Depres-

sione Maggiore, e di 17 soggetti con diagnosi di Disturbo bipolare), confrontati con 50 soggetti di controllo. Le diagnosi di Asse I del DSM-IV venivano formulate mediante l'Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi di Asse I (SCID-I) mentre per stabilire la presenza di disturbi di personalità veniva somministrata l'Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi di Asse II (SCID II). Per tutti i soggetti, inoltre, per la valutazione delle dimensioni caratteriali e temperamentali, veniva propinato il test TCI (Temperament and Character Inventory).

Risultati: le caratteristiche temperamentali dei soggetti con disturbi dell'umore presentano una elevata *Harm avoidance* (18,4 DM, 18,7 DB e 12,8 controlli) e una bassa impulsività/*Novelty Seeking* (16,8 DM, 18,8 DB e 23,4 controlli) rispetto ai controlli ($p \pm 0{,}001$). I nostri dati mostrano una maggiore prevalenza di Disturbi di personalità in tutti i pazienti con disturbo dell'umore, rispetto ai controlli. Nello specifico la presenza di un disturbo di personalità si riscontrava nel 55% dei pazienti con pregressa diagnosi di Depressione Maggiore (DM), nel 67% degli affetti da Disturbo Bipolare (DB), contro il solo 10% dei soggetti di controllo. Dall'analisi delle SCID II di tutti i partecipanti allo studio è emerso che i disturbi di personalità più rappresentati sono quelli del Cluster C (presente nel 40% dei soggetti con DM, nel 39% dei DB e nel 8% dei controlli). Un altro dato interessante scaturito dallo studio è quello che nei pazienti con DB, rispetto ai pazienti con DM e ai controlli, era significativamente rappresentato il Cluster B (Borderline 34%, Istrionico 36%, Autofrustrante 24%, Negativistico 6%).

Conclusioni: i nostri dati confermano i dati presenti in letteratura circa la maggiore prevalenza di Disturbi di Personalità nei pazienti affetti da Disturbi dell'umore. Nello specifico, mentre i disturbi del Cluster C sono i più rappresentati sia nelle forme unipolari che bipolari, i disturbi del Cluster B sono più spesso legati alla presenza di un Disturbo bipolare.

Bibliografia

Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD. *Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review*. J Affect Disord 1996;37:157-70.

Kool S, Dekker J, Duijsens IJ, Jonghe FD. *Major depression, double depression, and personality disorders*. J Personal Disord 2000;14:274-81.

Shea MT, Glass DR, Plkonis PA, Watkins J, Docherty JP. *Frequency and implications of personality disorders in a sample of depressed inpatients*. J Personal Disord 1987;1:27-42.

Fava M, Alpert JE, Borus JS, Nierenberg AA, Pava JA, Rosenbaum JF. *Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset* vs. *late-onset major depression*. Am J Psychiatry 1996;153:1308-12.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders*. Washington DC:APA 1997.

Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. *The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use*. St. Louis, MO: Center for psychobiology of personality Washington University 1994.

540. Trattamento integrato nella riabilitazione del paziente affetto da schizofrenia

V. Scardino[*], N. Stoppelli[*], M. Macagnino[**]

[*] *Casa di Cura Neuropsichiatria e Riabilitativa "Villa Verde", Lecce;* [**] *Comunità Riabilitativa Psichiatrica "Ria.So.P., Dimora S. Carlo", Acquarica del Capo (LE)*

La Schizofrenia è una patologia con outcomes specifici quali: gravità intrinseca, cronicità, inizio giovanile, alti costi assistenziali, alto impatto emotivo sulla famiglia del malato, potenziale pericolosità del paziente, difficile e complesso rapporto con il resto della società (Eandi M. et al., 2005). In questo poster gli autori hanno valutato alcuni di questi outcomes in un campione di soggetti affetti da schizofrenia, residenti in comunità di riabilitazione psichiatrica e sottoposti a terapia multimodale (psicologica, psicoeducazionale, di reinserimento sociale e lavorativo e farmacologica). L'attenzione è stata concentrata sugli utenti in trattamento con quetiapina. I parametri valutati sono stati: il decorso clinico (mediante B.P.R.S.), il numero di ospedalizzazioni nel periodo di osservazione rispetto al precedente, il funzionamento globale (mediante G.A.F.), la compliance (mediante D.A.I.) ed alcuni parametri di laboratorio. Dalla valutazione degli indici in esame si è evidenziato come l'approccio multimodale e la terapia con un antipsicotico atipico quale la quetiapina abbiano permesso un netto miglioramento delle condizioni cliniche e di inserimento sociale dei soggetti con ricadute favorevoli in termini di economia sanitaria.

541. La Musicoterapia in psichiatria: dal territorio alla liaison

G. Scarso, F. Vittone, A. Visintin, V. Banda, C. Migliozzi

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Relazioniamo sulle applicazioni della Musicoterapia effettuate in diversi ambiti di un Dipartimento di Salute Mentale. Numerosi studi hanno confermato l'utilità della Musicoterapia come complemento alle psicoterapie verbali e farmacoterapie nonché nella riabilizione. Il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino, con l'ASO S. Giovanni Battista, ha messo in campo progetti di ricerca e di assistenza nelle proprie strutture:

- un gruppo di Musicoterapia recettiva, dal 2005, per tutti i degenti della Clinica Psichiatrica Universitaria, con cadenza settimanale;
- un gruppo di Musicoterapia con modello misto recettivo/attivo, presso un CSM del Dipartimento Interaziendale Torino Sud ASL 1 dal 2004;
- il progetto Co.Sa. di ricerca sulla stimolazione sonoro-musicale del paziente in coma acuto non ipossico, presso la S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione; l'esito della stimolazione è stato studiato confrontando le rilevazioni dei parametri vitali dei pazienti durante la stimolazione e in periodi di quiete; parte integrante del progetto è stata l'assistenza psicologica ai familiari.

Per una presa in carico differenziata secondo le tipologie di pazienti e di una razionale distribuzione delle risorse, la Musicoterapia si dimostra un utile strumento complementare,

anche per contesti di gruppo, con costi ridotti e scarse controindicazioni.

Bibliografia

Benenzon RO. *La nuova musicoterapia*, 1997.
Scarso G et al. *La Musica nella terapia del coma,* 2003.
Ezzu A, Messaglia R. *Introduzione alla musicoterapia*, 2006.

542. Il trattamento del Binge Eating Disorder e dell'Emotional Eating in regime ricoveriale: descrizione di un programma di cura multidisciplinare e dei risultati su un campione di pazienti

P. Schiavone, A.L. Fiorellini Bernardis, A.N. Carraro[*]

Unità per la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare, Casa di Cura "Parco dei Tigli", Villa di Teolo (PD); [*] Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Padova

Il *Binge Eating Disorder* (BED), o disturbo da alimentazione incontrollata, individua un'area clinica che richiede ancora ulteriori approfondimenti prima di giungere a una chiara sistematizzazione diagnostica. I dati disponibili allo stato attuale identificano i soggetti BED come pazienti frequentemente obesi di difficile trattamento, con elevata comorbidità psichiatrica e medica. Lo scopo di questa presentazione è quello di descrivere un programma di cura integrato e multidisciplinare, sviluppato per il trattamento del BED e delle forme di emotional eating in comorbidità psichiatrica, e di riportare i risultati ottenuti su un campione di 48 pazienti ricoverati.
Il trattamento prevede: a) riabilitazione alimentare; b) terapia farmacologia; c) terapia psicologica individuale e di gruppo rivolta alla comorbidità psichiatrica; d) gruppi di auto-aiuto guidato ad orientamento cognitivo-comportamentale; e) monitoraggio internistico nei casi di complicanze mediche legate a grave obesità; f) giornaliera attività fisica adattata e controllata.
Il campione era composto da 48 pazienti con disturbo da alimentazione incontrollata ricoverati (9 uomini e 39 donne) con un'età media di 37,5 anni (SD = 14,4). Le diagnosi sono state definite mediante le interviste SCID-I e II. Nel corso della degenza ai pazienti veniva somministrata una batteria di test a tempi ripetuti per la valutazione del quadro sintomatologico, degli aspetti motivazionali e dell'atteggiamento nei confronti dell'attività fisica SCL-90, *Binge Eating Scale, University of Rhode Island Change Assessment Scale, Dieter's Temptations of Eating Inventory, SF-36*, scala di *Borg*). L'analisi effettuata è stata di confronto tra *baseline* e dimissione e di tipo correlazionale.
I risultati ottenuti indicano un *outcome* positivo sul piano psicopatologico e su quello della condotta alimentare, con un calo ponderale medio del 6,8%, compatibile con quanto consigliato dalle linee guida internazionali per la cura dell'obesità. I dati verranno illustrati e discussi dettagliatamente nella presentazione.

543. Gli antidepressivi nella pratica clinica: un'indagine sulle modalità prescrittive degli operatori dei dipartimenti di salute mentale campani

V. Schiavone[*], A. Bisogno[**], M.F. Buonocore[*], C. Mazza[*], O. Palladino[*], M.G. Ravel[*], G. Ventrella[*], M. Morlino[*]

[*] Dipartimento di Neuroscienze, Università "Federico II" di Napoli; [**] Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Sanitaria Locale "Salerno 1"

Obiettivi: descrivere le opinioni degli psichiatri riguardo gli antidepressivi (AD) utilizzati nel trattamento della depressione.
Materiali e metodi: il nostro campione è rappresentato dagli operatori che prestavano servizio in 9 ASL della Campania nei primi quattro mesi del 2005. A ciascuno di essi è stata presentata una scheda composta di 11 domande a risposta aperta breve. Le schede compilate sono state 98, pari al 56% degli operatori in servizio al momento dell'inchiesta.
Risultati: Gli AD ritenuti più efficaci sono sertralina (23,5%), clomipramina (24,5%), paroxetina (14,3%) e citalopram (11,2%); i più tollerabili sono sertralina (53,0%) e citalopram (35,7%), che vengono preferiti anche in caso di comorbilità della depressione con demenza, schizofrenia e nella depressione dell'anziano. La durata di prescrizione del trattamento è > 6 mesi per il 70% degli intervistati. Le molecole considerate sono prescritte entro i range consigliati, con una tendenza all'utilizzo delle dosi massime raccomandate.
Conclusioni: la scelta di un AD nel nostro campione sembra influenzata in maniera significativa dalla tollerabilità, con gli SSRI ritenuti i farmaci di prima scelta, i triciclici praticamente scomparsi dalla pratica clinica (nonostante il giudizio sull'efficacia) e le molecole a doppio punto di attacco (venlafaxina e mirtazapina) poco rappresentate.

544. Varianti del gene del trasportatore della serotonina e aspetti comportamentali: una revisione della letteratura

A. Serretti R. Calati

Dipartimento di Psichiatria, Università di Bologna

Il sistema serotoninergico modula i processi affettivi, cognitivi e comportamentali. Una struttura molecolare chiave di questo sistema, il gene che codifica per il trasportatore della serotonina (5-HTT o SERT), è risultata associata a numerosi aspetti comportamentali umani, sia normali che patologici. Lo scopo di questo studio è quello di fornire una panoramica completa degli aspetti influenzati dalle varianti del gene che codifica per il 5-HTT e di suggerire alcune ipotesi.
Nello specifico, il polimorfismo di tipo inserzione/delezione chiamato 5-HTT-LPR (Linked Polymorphic Region) è risultato associato al volume dell'ippocampo ed all'attivazione dell'amigdala e sembra influenzare i tratti di personalità di tipo ansioso ed i disturbi d'ansia; nei disturbi dell'umore sono state mostrate delle influenze del 5-HTT-LPR sull'età d'esordio, la periodicità, la ricorrenza di malattia, i cicli rapidi, la risposta antidepressiva e la reazione depressiva agli eventi di vita stressanti. Le varianti del 5-HTT-LPR risulta-

no inoltre associate ai disturbi psicosomatici, al suicidio, all'alcolismo, al fumo, ai disturbi dell'alimentazione, al disturbo da deficit d'attenzione ed iperattività ed all'autismo. Le varianti del 5-HTT sembrano quindi andare a modulare una molteplicità di aspetti, sia in soggetti normali che clinici, molti dei quali possono essere dovuti a correlazioni indirette tra tratti comportamentali umani.

545. Fattori determinanti l'outcome nel Disturbo Depressivo Maggiore: un'analisi approfondita di due casi clinici

A. Serretti[*]; R. Calati[*], O. Oasi[**], D. De Ronchi[*]

[*] Dipartimento di Psichiatria, Università di Bologna; [**] Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica di Milano

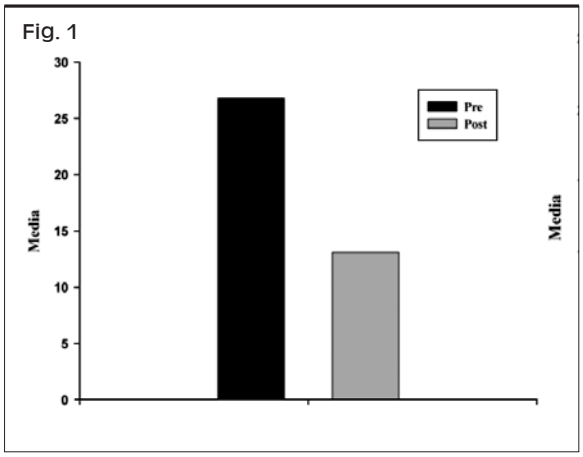
I clinici si devono rapportare ogni giorno alla complessità della depressione. Le terapie farmacologiche e psicologiche disponibili alleviano la sofferenza ad un gran numero di soggetti, tuttavia, circa la metà dei pazienti non risponde al trattamento. Il compito dei clinici è quello di predire, con un buon livello di attendibilità, se un dato paziente risponderà o meno al trattamento, basandosi su un numero di dati e sensazioni che emergono dall'interazione.
Poiché i predittori clinici della mancata risposta al trattamento provenienti dalla letteratura sono generalmente insoddisfacenti, con il presente lavoro abbiamo cercato di suggerire un dettagliato assessment che possa superare i limiti di quello standardizzato e rilevare i fattori che plausibilmente contribuiscono a così marcate differenze nell'outcome dei disturbi depressivi. A questo scopo abbiamo presentato e discusso due casi clinici che, considerando l'assessment standardizzato, facevano presumere un determinato outcome ma che, in realtà, hanno avuto un esito che si è discostato nettamente dalle previsioni. Sebbene il presente resoconto, basato su due soli casi, non sia generalizzabile, è possibile supporre che una più dettagliata analisi della personalità, del temperamento, dei meccanismi di difesa, dell'autostima, del quoziente intellettivo, del funzionamento sociale e degli eventi di vita stressanti individuali possa consentire una più completa formalizzazione di impressioni cliniche per studi biologici e farmacologici.

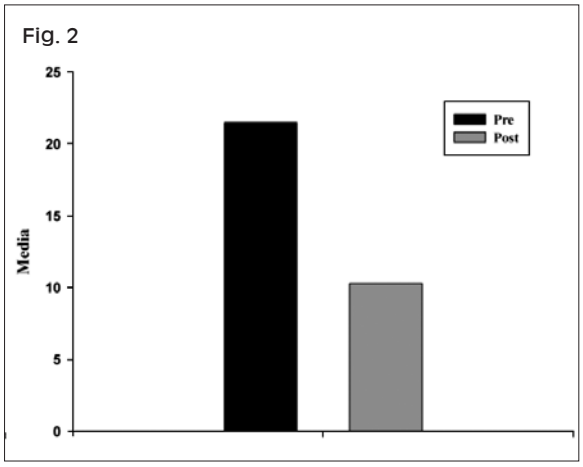
546. Il DH psichiatrico come fattore di prevenzione delle condotte suicidiarie

N. Serroni[*], L. Serroni, A.M. Pizzorno[**], M.A. Di Pietro Piccirilli[**], N. D'Eugenio[***], D. De Berardis[*], D. Campanella[**], B. Di Giuseppe[*], A. D'Agostino

[*] SPDC, Ospedale Civile, [**] CSM, Ospedale Civile, [***] Medicina di Comunità, ASL Teramo

Il lavoro è stato basato su una ricerca effettuata nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale Mazzini di Teramo con un campione di pazienti ricoverati in D.H presso questa U.O. nell'anno 2005-2006 a cui è stata fatta diagnosi di depressione maggiore e avevano avuto condotte suicide. Allo scopo di valutare l'efficacia del D.H. nella riduzione del rischio suicidarlo sono stati valutati 81 pazienti (46 femmine e 35 maschi) di età media 48,9 ± 16,9 affetti da depressione maggiore e con elevato rischio suicidario. I pazienti erano tutti avviati a fleboterapia in D.H. psichiatrico in modo volontario. La valutazione clinica è stata effettuata con i test Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) e la Scale for Suicide Ideation (SSI).
Il lavoro è stato basato su una ricerca effettuata nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale Mazzini di Teramo con un campione di pazienti ricoverati in D.H presso questa U.O. nell'anno 2005-2006 a cui è stata fatta diagnosi di depressione maggiore e avevano avuto condotte suicide. Allo scopo di valutare l'efficacia del D.H. nella riduzione del rischio suicidarlo sono stati valutati 81 pazienti (46 femmine e 35 maschi) di età media 48,9 ± 16,9 affetti da depressione maggiore e con elevato rischio suicidario. I pazienti erano tutti avviati a fleboterapia in D.H. psichiatrico in modo volontario. La valutazione clinica è stata effettuata con i test Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) e la Scale for Suicide Ideation (SSI).
Sono state calcolate le misure di statistica descrittiva (Media, Deviazione Standard [DS] e percentuali). L'analisi dei dati categoriali è stata effettuata mediante il test esatto di Fisher, mentre le comparazioni tra punteggi prima e dopo il D.H. sono stati calcolati mediante l'analisi multivariata della varianza (GLM Anova), La significatività statistica è stata posta per valori di $p \leq 0,05$. Tutti i test erano a 2-code





(two-tailed). I valori sono espressi, salvo diversamente indicato, come Media ± Deviazione Standard.
I giorni di degenza media in D.H. sono risultati 10,0 ± 3,5 (minimo 5, massimo 15). Durante la degenza l'entità della sintomatologia depressiva (misurata mediante la HAM-D) si è ridotta da 26,8 ± 7,7 a 13,1 ± 4,1 e questo dato è risultato statisticamente significativo ($p < 0,001$) (Fig. 1). Anche la riduzione del rischio suicidarlo (misurato mediante la SSI) è stata significativa da punteggi di 21,5 ± 4,3 a 10,3 ± 5,3 ($p < 0,001$) (Fig. 2). La diminuzione della sintomatologia depressiva è risultata correlata alla diminuzione dell'ideazione suicidarla sia nei soggetti di sesso maschile che nei soggetti di sesso femminile.

547. Il servizio di psichiatria contenitore delle angosce depressive e paranoidi dell'Ospedale Generale a 30 anni dalla legge 180

N. Serroni[*], L. Serroni, N. D'Eugenio, A.M. Pizzorno[**], D. De Berardis[*], D. Campanella[**], B. Di Giuseppe[*]

[*] Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, O.C. di Teramo; [**] Centro di Salute Mentale, Teramo

L'apertura dei Servizi di Psichiatria, dopo la legge 180, ha comportato lo spostamento della gestione della fase acuta della persona affetta da un disturbo psichico dall'Ospedale Psichiatrico all'Ospedale Civile. Le cose dette a quel tempo possono essere racchiuse con la frase "la peste entra nell'ospedale civile"- A Teramo all'inizio vi fu una certa resistenza o quanto meno vi furono delle incertezze da parte degli amministratori del disciolto Ente ospedaliero per la localizzazione della nuova struttura. Le varie ipotesi, fra le quali anche quella di ricucire uno spazio all'interno dell'ospedale psichiatrico, vennero spazzate via dall'intervento del Pretore di Teramo e il Servizio venne aperto il 17 giugno 1978 presso l'ospedale civile. La dotazione fu di 12 posti letto, la sistemazione in un ambiente costituito da quattro stanze di degenza, tre bagni, uno studio medico e un box per il caposala e gli infermieri. I locali erano posti sopra la centrale termica dell'ospedale per cui la temperatura era su livelli tropicali. Nel novembre del 1987, dopo circa 10 anni, il servizio venne trasferito in ambienti sicuramente più adeguati per la degenza e per il personale infermieristico, pur persistendo le stesse condizioni climatiche per gli studi medici. Questa nuova struttura all'inizio passò quasi inosservata all'interno della struttura ospedaliera, ma a distanza di circa 30 anni dall'apertura possiamo soffermarci nel fare considerazioni sia sul servizio in quanto tale sia sull'attività svolta. Tralasciando i ricoveri effettuati in tale periodo vogliamo evidenziare solo un aspetto analizzando la quantità e la qualità delle consulenze richieste sia dal Pronto Soccorso che dagli altri reparti. È necessario segnalare che prima dell'apertura del servizio, le richieste di consulenze psichiatriche erano occasionali e in genere riguardavano o ex degenti dell'ospedale psichiatrico o alcoolisti in fase di pre-delirium o delirium tremens; d'altra parte anche l'attività ambulatoriale presso l'ospedale psichiatrico era trascurabile, inoltre l'ospedale psichiatrico serviva l'utenza di Teramo nonché quella della provincia di Chieti e di Pescara. Le consulenze richieste negli anni 1978-1979-1980-1981-1982 sono state in numero esiguo, ma successivamente si è passati dalle 88 del 1982 alle 478 del 2005 con una progressione costante. Questo dato preso isolatamente potrebbe far ipotizzare che la presenza del servizio ha portato ad un aumento della sensibilità dei disturbi psichici in genere, ma l'analisi qualitativa ci porta a fare anche altre considerazioni e valutazioni.
Le consulenze effettuate nel 2005 al P.S. incidono nella misura del 20,6% mentre la rimanente percentuale è riferita alle richieste degli altri reparti e precisamente il 26,05% la Medicina Generale, il 10,91% la Pneumologia, il 10,8% l'Ortopedia, il 9,4% la Clinica Medica, il 7,56 la Neurologia, il 7% la Cardiochirurgia e la Geriatria. L'incidenza dei disturbi d'ansia e dell'umore è stata del 58,3% nei vari reparti e del 65,7% al P.S. È da segnalare che solo nel 15-18% dei casi è stata confermata la diagnosi formulata sulla richiesta di consulenza e che nel 70-75% le persone visitate non presentavano nessun disturbo psichico clinicamente rilevante. Questi dati non si prestano ad una univoca lettura ma sembrano evidenziare la tendenza alla delega allo psichiatra di ogni problema emozionale infatti è aumentata la richiesta di consulenza psichiatrica alla prima manifestazione emozionale del degente, legata magari solo alla preoccupazione per il ricovero, all'angoscia per il futuro, alla possibilità di intervento. Nella maggior parte dei casi si tratta di una normale reazione psicologica ad una condizione diversa da quella abituale e ci sembra che sarebbe stato più opportuno e forse più utile un intervento in questo senso da parte del personale medico del reparto, evitando di medicalizzare o peggio di psichiatrizzare un aspetto della condizione umana. Il medico sembra aver perso la capacità di ascoltare e il rapporto con il paziente sembra mediato solo dai vari strumenti diagnostici. Il comportamento del medico indica, in qualche modo, il tentativo di allontanare da sé situazioni che potrebbero attivare angosce depressive e persecutorie in relazione a movimenti di proiezione e introiezione di oggetti buoni-cattivi e timore di danneggiamento dei propri oggetti buoni interni. Allora il paziente viene tenuto a distanza di sicurezza, è ridotto ad organo-cosa,vengono così evitati il riconoscimento di un oggetto intero e l'impegno di un rapporto: attraverso la negazione della persona si mantiene l'equilibrio interno.

548. Indagine sui sentimenti suscitati in un adolescente dalla separazione dei genitori

N. Serroni[*], L. Serroni, A.M. Pizzorno[**], M.A. Di Pietro Piccirilli[**], N. D'Eugenio[***], D. De Berardis[*], D. Campanella[**], B. Di Giuseppe[*]

[*] SPDC, Ospedale Civile, ASL Teramo; [**] CSM, Ospedale Civile, ASL Teramo; [***] Medicina di Comunità, ASL Teramo

I ragazzi sentono lo stesso senso di smarrimento e di panico provato dai genitori nel momento in cui questi decidono di divorziare. Essi hanno perso l'integrità della famiglia e sono costretti ad adattarsi ai molteplici cambiamenti dettati dalle circostanze. Quando gli adolescenti attraversano la separazione familiare, qualunque cosa si faccia essa non potrà mai prevenire la dolorosa consapevolezza del fatto che mamma e papà non staranno mai più insieme. La separazione è vissuta con un misto di emozioni che toccano il senso di abbandono, la rabbia, la frustrazione, i sensi di colpa, sen-

timenti molto vicini al dolore provato di fronte alla morte di una persona cara. Per questa ragione abbiamo deciso di sottoporre un questionario alle terze classi di una scuola superiore di Teramo. Il contesto specifico in cui si è cercato di conoscere "Come gli adolescenti vedono la separazione dei propri genitori", è stato una scuola media superiore di tipo liceale con indirizzi tecnico-scientifico, linguistico e pedagogico. Il numero di studenti iscritti nella scuola è di circa 1200, essi provengono da tutti i comuni della provincia e quindi dalla città, dalla zona costiera e da quella montana. L' età dei dei ragazzi ai quali è stato sottoposto il questionario è tutta compresa tra i sedici e i diciotto anni. Per quanto riguanda il sesso c'è una grande predominanza di femminine con n. di 59 su 69 totale. La professionalità dei genitori risulta essere media e in particolare quella paterna ripartita in eguale misura tra lavoro dipendente di tipo impiegatizio e lavoro autonomo. Quella materna invece ricalca la stessa caratteristica di quella paterna anche se il dato predominante che ne emerge è che i 2/3 delle donne lavorano e solo 1/3 sono casalinghe. Alle domande riguardanti la situazione familiare è emerso una stabilità delle famiglie in quanto su 69 abbiamo solo 4 famiglie separate e 3 divorziate. Dalle domande del questionario emerge la preoccupazione dei ragazzi circa l'eventuale separazione della propria famiglia: il 29,28% ha paura di perdere i punti di riferimento e proverebbe dolore per il 30%. Segue però un terzo dato indicativo infatti il 16,02% proverebbe sollievo per la fine dei continui litigi dei genitori. I ragazzi non sono preoccupati per la vergogna che gli amici possano prenderli in giro (1,65%). Gli intervistati suggeriscono una separazione precoce anche con figli piccoli in contrapposizione con una percentuale leggermente inferiore che aspetterebbe che i figli diventino grandi. I ragazzi preferirebbero (65%) vivere alternativamente con i genitori in case separate e sarebbero anche favorevoli a che essi possano risposarsi ed avere altri figli (56,71%). La quasi totalità dei ragazzi preferirebbe vivere nella stessa casa e frequentare la stessa scuola. Il questionario rileva un forte attaccamento alla stabilità familiare (90%) e gli intervistati non sembrano preoccupati che l'eventuale separazione possa creare difficoltà in altri contesti. Alla domanda volta a sondare quale comportamento possa venir messo in atto da un adolescente alla notizia della separazione dei propri genitori il 36% risponde che parlerebbe con i genitori, esprimendo le proprie paure sul futuro, ma il 28% si chiuderebbe nel silenzio più assoluto.I ragazzi sembrano consapevoli che la responsabilità della separazione ricade interamente sui genitori per il 63,88%, dato però da non sottovalutare è che il 18,05% di essi si sentono coinvolti insieme ai genitori dichiarando che la responsabilità va egualmente distribuita tra tutti i membri della famiglia. La domanda volta a sondare se la separazione potesse essere pericolosa per i figli il 37,5% dei ragazzi pensa che non sia pericolosa se i genitori continuino a occuparsi insieme dei figli e il 32,5% dei ragazzi ritiene che non sia dannosa se i genitori rimangono in buoni rapporti tra di loro, invece il 20% la ritiene comunque dannosa. Il 74,62% dei ragazzi accetterebbero la nuova compagna del padre vincolando l'accettazione alle caratteristiche della persona, il 22,38% non accetterebbe mai una nuova compagna per il padre.

549. Bulimia nervosa e binge eating disorder: valutazioni prognostiche e terapeutiche con l'ausilio del MMPI-2

F. Sibilla, M. Bellomo

Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica, Sezione Psichiatria, Università di Genova

Introduzione: l'osservazione longitudinale dei pazienti affetti da DCA, afferenti dal 2001 all'Ambulatorio per il Trattamento Integrato dei DCA della Clinica Psichiatrica dell'Ospedale San Martino di Genova, ha evidenziato come i pazienti con diagnosi di BN e di BED siano quelli che più frequentemente incorrono in drop out precoce. Questa osservazione clinica ha generato la necessità di approfondire, attraverso la somministrazione del MMPI-2, gli aspetti caratteriali e personologici responsabili della difficoltà di presa in carico e cura di questi pazienti.
Materiale e Metodo: il campione preso in esame è costituito da 23 pazienti con diagnosi di BN o BED, seguiti in regime ambulatoriale. Il gruppo con diagnosi di BED è costituito da 11 pazienti (10 femmine ed 1 maschio), il gruppo con diagnosi di BN da 12 pazienti (tutte femmine). Il campione è stato testato con il MMPI-2, dopo l'elaborazione dei test si è provveduto all'interpretazione dei risultati e alla comparazione dei punteggi conseguiti dai due gruppi.

550. Attaccamento, alessitimia e dissociazione nella dipendenza tecnologica

L. Sideli, S. Cannizzaro, A. Agueci, D. La Barbera

Dipartimento di Neuroscienze cliniche, Università di Palermo, Sezione di Psichiatria

Le nuove tecnologie si configurano come *psicotecnologie* (De Kerckhove, 1995), capaci di emulare, estendere ed amplificare l'ambito delle funzioni psicologiche e sensoriali umane. Un recente filone di ricerca propone di considerare le condotte d'abuso e di dipendenza tecnologica come derivanti dall'impiego massivo di meccanismi di difesa di tipo dissociativo (Steiner, 1993, Putnam, 2001), che vengono impiegati per sopperire al deficit di regolazione degli affetti (alessitimia), cioè all'incapacità di sostenere stati mentali dolorosi, come la tristezza, la solitudine, la rabbia, specie laddove essi si presentano come intensi e prolungati (Taylor, Bagby, Parker, 1997). Inoltre l'abuso e la dipendenza tecnologica sembra riguardare prevalentemente soggetti con problematiche affettive e relazionali (Cantelmi et al., 2000; Cantelmi 2001) e caratterizzati da uno stile di attaccamento di tipo insicuro.
Metodologia: ad una popolazione di 1.334 adolescenti, di età compresa tra i 13 e i 19 anni, sono stati somministrati i seguenti strumenti: TSB (Tech Stile Behavior) per indagare gli stili psicologici e comportamentali della dipendenza dalle nuove tecnologie; TAS20 (Toronto Alexithymia Scale) per la misurazione dell'alessitimia; DES (Dissociative Experience Scale) per l'individuazione di esperienze dissociative; ASQ (Attacchment Style Questionnaire) per indagare gli stili di attaccamento.

Risultati: nei soggetti che mostrano un uso problematico con le tecnologie, soprattutto nei confronti di Internet, prevale uno stile di attaccamento tendenzialmente caratterizzato da propensione alla dipendenza, bisogno di approvazione, vissuto ansioso e preoccupazioni per le relazioni, senso di solitudine. Il tempo dedicato all'uso della rete correla positivamente con modalità di uso problematico. Il fattore "ricerca nuove emozioni" risulta significativo nel gruppo dei forti utilizzatori dei videogame. I soggetti con dipendenza dalla TV, che prediligono la visione di talk show, telefilm e reality, mostrano una più spiccata tendenza all'alessitimia, mentre le esperienze dissociative sembrano riguardare maggiormente soggetti con dipendenza dai videogame.
Conclusioni: dai risultati della ricerca emerge che nella dipendenza dalle nuove tecnologie sembrano intrecciarsi fattori di tipo emotivo, relazionale e psicopatologico che verosimilmente possono sia predisporre all'uso patologico sia complicarne il quadro.

Bibliografia

Caretti V, La Barbera D. *Le dipendenze patologiche, clinica e psicopatologia*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 2005.

Putnam FW. *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti*. Roma: Astrolabio, 2005.

Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *I disturbi della regolazione affettiva*. Roma: Fioriti, 2001.

551. Profilo lipidico, glicemia e body mass index in un gruppo di pazienti con disturbi dello spettro psicotico in trattamento con antipsicotici atipici

M. Simoncini, S. Castrogiovanni, M. Miniati, N. Iovieno, G. Orsolini, F. Dima, C. Bolognese, M. Mauri, G.B. Cassano

Clinica Psichiatrica, U.O. I, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa

Introduzione: un alto numero di osservazioni ha evidenziato la frequenza dell'aumento di peso e dell'alterazione dei profili glucidico e lipidico in pazienti con disturbi dello spettro psicotico trattati con antipsicotici atipici.
Obiettivo: valutazione sul lungo termine (1 anno) del profilo glucidico, lipidico e del body mass index (BMI), in un gruppo di pazienti con disturbi dello spettro psicotico (spettro bipolare e spettro schizofrenico), in trattamento ambulatoriale con antipsicotici atipici.
Metodologia: 56 pazienti con disturbi psicotici sono stati valutati al baseline e dopo 12 mesi di terapia con neurolettici atipici in follow-up naturalistico ambulatoriale, per i seguenti parametri: BMI, glicemia, colesterolo totale e frazioni, trigliceridi.
Risultati: il campione è costituito da 24 pazienti di sesso maschile (42,9%) e 32 di sesso femminile (57,1%). Il 28,5% del campione (n = 16) è costituito da pazienti con diagnosi di disturbi dello spettro schizofrenico. La durata media di trattamento è di 370,4 giorni (= 87,2). Il BMI è risultato statisticamente superiore dopo 12 mesi di trattamento (81,4 ± 18,3 *vs.* 84,1 ± 17,2; p = 0,003). Non sono emerse differenze statisticamente significative per i parametri ematici del profilo lipidico e glucidico.
Conclusioni: l'incremento ponderale a 1 anno, nel campione considerato, non ha avuto corrispondenza in significative variazioni della glicemia e del profilo lipidico.

552. Qualità della vita, benessere e distress psicologico nei pazienti sottoposti a trapianto cardiaco e nella popolazione generale

L. Sirri[*], E. Tossani[*], L. Potena[**], M. Masetti[**], C. Magelli[**], S. Grandi[*]

[*] *Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna;* [**] *Istituto di Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, Università di Bologna*

Scopo: confrontare la qualità di vita, il benessere ed il distress psicologico tra pazienti con trapianto cardiaco e la popolazione generale.
Metodologia: 96 pazienti (83% maschi, età media 56 ± 10,1 anni, 73% coniugati) in media a 4,4 (±3,2) anni dal trapianto e 99 soggetti estratti dalla popolazione generale (età media 56,8 ± 10,7 anni), bilanciati per variabili socio-demografiche, sono stati sottoposti alla seguente batteria psicometrica: World Health Quality of Life Instrument-Brief (WHOQOL-Brief), Psychological Well-being scales (PWB) di C. Ryff e Symptom Questionnaire (SQ) di R. Kellner.
Risultati: rispetto al gruppo di controllo, i pazienti presentano una qualità di vita più limitata nell'area dei rapporti sociali, ma migliore nell'area ambientale. Le PWB scales relative alla crescita personale e alle relazioni positive con gli altri indicano un minore benessere psicologico nei trapiantati di cuore. Al SQ non emergono differenze significative tra i due gruppi.
Discussione: il trapianto è la terapia d'elezione per lo scompenso cardiaco grave, ma non comporta il ripristino della qualità di vita e del benessere psicologico presenti nella popolazione generale, soprattutto per quanto riguarda la dimensione dei rapporti sociali.
Conclusioni: specifiche strategie di intervento psicologico, quali la Well-being Therapy, potrebbero migliorare il benessere psicologico e le relazioni sociali dei soggetti con trapianto cardiaco, con importanti implicazioni per l'adesione al trattamento.

553. Prevalenza delle condotte di abuso e dipendenza da sostanze nei candidati a trapianto cardiaco

L. Sirri[*], E. Tossani[*], L. Potena[**], M. Masetti[**], C. Magelli[**], S. Grandi[*]

[*] *Dipartimento di Psicologia,* [**] *Istituto di Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, Università di Bologna*

Scopo: esaminare la prevalenza delle condotte di abuso e dipendenza da sostanze nei candidati a trapianto cardiaco (TC), utilizzando criteri diagnostici condivisi a livello internazionale.
Metodologia: il campione comprende 83 pz. (90% maschi, età media 55 ± 9,9 anni) con scompenso cardiaco congesti-

zio, di cui 51 sottoposti a screening per valutare l'idoneità al TC e 32 già inseriti in lista d'attesa per l'intervento.
La presenza di abuso o dipendenza da sostanze è stata identificata somministrando la sezione dei Disturbi Correlati a Sostanze dell'Intervista Clinica Semistrutturata secondo il DSM-IV.
Risultati: nel 61,4% del campione (N = 51; 98% maschi, età media 56 ± 9,2 anni) viene riscontrata dipendenza da nicotina in anamnesi. 10 pz. (12% del campione; 90% maschi, età media 55 ± 12 anni) fanno uso di nicotina al momento della valutazione: 6 in modo sporadico e 4 soddisfano i criteri per la dipendenza. In anamnesi il 9,6% dei pz. (maschi, età media 59 ± 4,9 anni) presenta abuso di alcool, il 2,4% (maschi, età media 46,5 ± 13,4 anni) intossicazione da caffeina.
Discussione: viene documentata una notevole prevalenza anamnestica di abuso e dipendenza da sostanze, soprattutto nicotina, nei candidati a TC ed una quota non trascurabile di pz. che continuano a fare uso di nicotina.
Conclusioni: è necessario valutare le condotte di abuso e dipendenza da sostanze in fase pre-TC per identificare i pz. a rischio di complicanze post-TC dovute a difficoltà nel modificare comportamenti non salutari.

554. Esito psicologico-psichiatrico e clinico-strumentale del trapianto di cuore: uno studio longitudinale, prospettico

L. Sirri[*], L. Potena[**], M. Masetti[**], F. Grigioni[**], C. Magelli[**], A. Bravi[*], S. Grandi[*]

[*] *Dipartimento di Psicologia,* [**] *Istituto di Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, Università di Bologna*

Scopo: esaminare la relazione tra esito clinico-strumentale e psicologico-psichiatrico, auto ed eterovalutativo, del trapianto cardiaco (TC).
Metodologia: all'inserimento in lista d'attesa per TC e ad un anno di follow-up dall'intervento, 91 pz. con scompenso cardiaco (84% maschi, età media 54,2 ± 10,1 anni, origine ischemica/dilatativa 36/64%, classe NYHA III-IV 85%) sono stati sottoposti a monitoraggio dei parametri cardiologici e ad assessment psicologico-psichiatrico con: le interviste cliniche semistrutturate per identificare i disturbi psichiatrici secondo il DSM-IV e le sindromi psicosomatiche secondo i Criteri Diagnostici per la Ricerca in Psicosomatica (DCPR) (eterovalutazione), il World Health Organization Quality of Life Instrument e le Psychological Well-Being scales di C. Ryff (autovalutazione).
Risultati: ad un anno dal TC, nonostante migliorino i parametri clinico-strumentali e la soddisfazione soggettiva per la qualità di vita ed il benessere psicologico, aumenta il numero di pz. con almeno una diagnosi DSM-IV (dal 21 al 26%) o DCPR (dal 67 al 72%). Sia prima che dopo il TC la presenza di disturbi psichiatrici non correla con gli indici clinico-strumentali.
Discussione: esito cardiologico e psicologico-psichiatrico del TC sono in parte indipendenti tra loro. Auto ed eterovalutazione psicometrica non forniscono informazioni ridondanti.
Conclusioni: il trattamento dei disturbi psichiatrici deve essere un obiettivo specifico, indipendente del programma di TC.

555. Quetiapina e adesione al trattamento nel percorso riabilitativo del paziente in comunità terapeutica

P. Soligon

Comunità Terapeutica "Villa Cicin", Riva Ligure (IM)

Come è noto, gli obiettivi del percorso riabilitativo in comunità terapeutica sono il recupero e il mantenimento delle capacità di funzionamento personali e sociali al fine di permettere, dove possibile, il reinserimento nel contesto familiare e lavorativo. In questo contesto, più che altrove, è importante la scelta del trattamento psicofarmacologico che deve permettere non solo il controllo dei sintomi della malattia, ma anche la minimizzazione degli effetti collaterali con il doppio obiettivo di permettere al paziente di partecipare al programma riabilitativo in comunità, e di essere ben accettato anche dopo le dimissioni dalla struttura.
Al fine di valutare l'accettazione della terapia farmacologia abbiamo avviato uno studio, tuttora in corso, che prende in esame pazienti ospiti di comunità protette a cui è stata somministrata quetiapina (QTP) ad un dosaggio medio di circa 700 mg/die. Più nel dettaglio si tratta, ad oggi, di un gruppo di dieci pazienti con diagnosi di schizofrenia (8 casi) e di disturbo bipolare di tipo I (2 casi); QTP è stata somministrata sia in monoterapia (1 caso) che in associazione, a dosaggi compresi fra 600 e 850 mg/die. In due casi i pazienti erano giunti in struttura già con terapia con quetiapina, nei restanti casi il farmaco è stato inserito per sostituire un neurolettico di tipo diverso. L'obiettivo dello studio è valutare l'effetto del farmaco sull'adesione globale al trattamento, inteso sia dal punto di vista clinico (riduzione dei sintomi e partecipazione effettiva alla vita comunitaria), sia come accettazione della terapia farmacologia. La valutazione è avvenuta anche attraverso la somministrazione ai pazienti, all'inizio del trattamento e ripetutamente nel tempo, della DAI-10 (Drug Attitude Inventory), scala volta a mettere in rilievo l'atteggiamento soggettivo dei pazienti nei confronti della terapia neurolettica. Lo studio è al momento ancora in corso, ma i primi risultati sembrano suggerire che quetiapina favorisca l'adesione sia al trattamento farmacologico sia a quello riabilitativo più ampio, anche grazie alla scarsa incidenza di effetti collaterali.

556. Bisturbi bipolari e manifestazioni psicotiche. Switch da antipsicotico tradizionale a quetiapina

M. Sozzo

U.O. Centro Salute Mentale di Calmiera, Comunità Riabilitativa di Strudà /DSM AUSL LE/1, Lecce

In questo studio si sono voluti considerare clienti afferenti a strutture pubbliche. Aventi in comune una storia rappresentata da umore e comportamenti maniacali, sintomi comportamentali e cognitivi, sintomi psicotici, umore disforico o depresso. Alcuni facenti uso di sostanze: alcool e/o cannabis. Tutti i clienti hanno utilizzato, in passato, farmaci neurolettici tipici; utilizzano attualmente, stabilizzanti dell'umore, quetiapina (a dosaggi compresi tra 500 e 900 mg/die). Affianco alla terapia farmacologia e riabilitativa è stata in-

serita una terapia psicoeducativa di supporto, fornita anche al nucleo familiare (poiché la famiglia rappresenta un potente fattore in grado d'influenzare il decorso dei disturbi psichiatrici, sia in senso migliorativo che in senso peggiorativo). Il tutto per raggiungere un migliore inserimento lavorativo, per un'efficace riabilitazione sociale e per un più adeguato livello comportamentale.

557. Case Report: S.F., anni 23, Disturbo Bipolare ed Uso di sostanze trattato con quetiapina

S. Spagnolli

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Introduzione: è stato riportato un case report in real-life trattato con Quetiapina
Metodologia: familiarità positiva per Disturbi dell'Umore e Disturbo della Condotta Alimentare. Temperamento ciclotimico, tratti anancastici e schizoidi di personalità. Sin dall'adolescenza il paziente ha presentato abuso di cannabinoidi e oscillazioni timiche subcliniche contropolari. Dai 18 anni il quadro si è complicato con la comparsa di condotte di abuso alcolico. All'età di 21 anni: umore disforico, impulsività, aggressività fisica eterodiretta, tematiche di autoriferimento, sentimenti di inadeguatezza, inversione del ritmo sonno-veglia fino all'attuazione di un TS. Il paziente ha quindi intrapreso una terapia con Sali di litio, Aloperidolo e Oxcarbazepina, ed è stato seguito in ambulatorio mostrando scarsa compliance alle terapie ed ai controlli. Ricoverato per un quadro caratterizzato da umore espanso, aggressività fisica, allentamento dei nessi associativi, ridotto bisogno di sonno, sospettosità, dispercezioni uditive, elevazione della quota ansiosa, abuso di alcol.
Risultati: durante la degenza S.F. è stato trattato con aloperidolo (3.5mg/die), clorpromazina (180mg/die), quetiapina (600 mg/die) e diazepam ottenendo un discreto miglioramento clinico, grazie al quale è stato progressivamente ridotto il dosaggio della clorpromazina, dell'aloperidolo e delle bdz.
Conclusioni: dal mese di giugno il paziente mantiene un buon compenso psicoaffettivo, con sospensione dell'abuso di sostanze.

Bibliografia

Glick ID. *Long-Term Maintenance Therapy With Quetiapine* vs. *Haloperidol Decanoate in Patients With Schizophrenia or Schizoaffective Disorder*. J Clin Psychiatry 2005;66:5.

Chue P, et al. *An Open-Label, Effectiveness Study of Long-Term Quetiapine Treatment*. The Journal of Applied Research 2005;5(2).

558. Utilizzo della quetiapina nel disturbo borderline di personalità

S. Spanarello, K. Amantini, G. Mina, A. Colotto

U. O. Psichiatria, DSM Valle d'Aosta

Introduzione: nel disturbo di personalità borderline gli antipsicotici tradizionali dimostrano efficacia aspecifica su pannsietà, screzi psicotici e impulsività. Agendo su sintomi schizotipici come tangenzialità, circostanzialità, eccentricità, pensiero magico gli atipici hanno aperto nuove possibilità terapeutiche e gestionali.
Metodi: lo studio ha confrontato pz. trattati con quetiapina *vs.* pz. trattati con neurolettici tradizionali. 48 pz. con diagnosi in asse II di BPD sono stati suddivisi in 2 sottogruppi: uno di 28 pz. (17 M e11 F) trattati con quetiapina, associata a stabilizzatori dell'umore (10) e a SSRI (8); l'altro di 20 pz. (9 M e 11 F) trattati con antipsicotici tradizionali associati a stabilizzatori dell'umore (16) e ad antidepressivi (12). Sono stati valutati numero di ospedalizzazioni e manifestazioni cliniche tratti dal nostro database.
Risultati: il gruppo con quetiapina ha evidenziato una migliore tollerabilità, minori modifiche terapeutiche, ridotti drop-out e ricoveri e,in misura statisticamente significativa ha potuto usufruire di monoterapia e di riduzione di dosaggio durante il follow-up. Il secondo gruppo ha mostrato numerose modifiche terapeutiche (sempre necessaria politerapia), maggior numero di ricoveri e bassa compliance.
Conclusioni: la quetiapina si è dimostrata efficace su un'ampio spettro di sintomi bersaglio (angoscia, manifestazioni affettive, distorsioni cognitive e percettive e comportamenti impulsivi e autoaggressivi).

Bibliografia

Bellino S, et al. *Efficacy and tolerability of quetiapine in the treatment of borderline personality disorder: a pilot study*. J Clin Psychiatry 2006;67:1042-6.

Hilger E, et al. *Quetiapine in the treatment of borderline personality disorder*. World J Biol Psychiatry 2003;4:42-4.

559. Qualità di vita nella Sindrome di Marfan

F. Stramesi, P. Fusar-Poli, P.i Politi

Università di Pavia, DSSAeP via Bassi 21 Pavia

Introduzione: la sindrome di Marfan (MS) è una rara patologia (2-3 x 10000), a trasmissione autosomica dominante (75%), caratterizzata da mutazioni del cromosoma 15q21 per la fibrillina 1, proteina costitutiva del tessuto connettivo. Obiettivo del presente lavoro è valutare la qualità di vita (QoL) di soggetti con MS ed identificarne i determinanti.
Metodologia: sono state arruolate 36 persone affette da MS, presentatesi al Gruppo Italiano Sindrome di Marfan (IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia). Previo consenso informato, ogni paziente ha compilato il questionario psicometrico SF-36 (Short Form Health Survey), composto da 8 items focalizzati sul funzionamento fisico e psichico (PCS e MCS). Sono state inoltre raccolte caratteristiche sociodemografiche, complicanze fisiche in atto e livello di funzionamento globale (punteggio Karnofsky).
Risultati: rispetto alla popolazione generale italiana, i soggetti con MS riportano bassi livelli di QoL relativamente al dominio mentale, e livelli di QoL fisica sovrapponibili a quelli della popolazione sana:
Inoltre, il sesso maschile e l'età avanzata si sono dimostrati significativamente associati con una bassa QoL mentale ($p < 0,05$).
Conclusioni: i pazienti con MS presentano una significativa riduzione della QoL soprattutto nel dominio mentale, ve-

Domini della QoL	Media (Pop Gen = 50)	IC 95%
MCS	46,05	42,80-49,30
PCS	50,43	47,19-53,68

rosimilmente associata a limitazioni fisiche, complesse terapie farmacologiche, complicanze medico-chirurgiche.

560. Fattori di rischio transculturali per disturbi psichiatrici nei migranti

I. Tarricone, M. Morri, F. Poggi, G. Pompei, F. Salvatori, S. Di Marco, V. Spigonardo, D. Manganaro, E. Pedrini, D. Berardi.

Istituto di Psichiatria "P. Ottonello", Università di Bologna

Scopo: il Centro di Psichiatria Transculturale è parte integrante del Centro di Salute Mentale Ovest di Bologna. All'équipe multiprofessionale si rivolgono i migranti, regolari e non, che necessitano di un accesso mediato al Centro di Salute Mentale Lo scopo di questo studio è descrivere le caratteristiche socio demografiche e cliniche dei pazienti presi in carico dal luglio 1996 al luglio 2006).
Metodi: alla prima visita sono stati raccolti i dati socio demografici ed è stata effettuata una valutazione psicopatologica tramite l'AMDP SYSTEM (Manual for the Assessment and Documentation of Psychopatology).
Risultati: sono stati valutati 132 immigrati di prima generazione, 33% provenienti dal Nord Africa, 26% dall'Africa sub-sahariana, 21% dall'Asia 21% dall'Est Europa e 4% dal Centro e Sud America. La diagnosi più frequentemente posta è Disturbo dell'Adattamento (30%), seguita da Disturbi Psicotici (26%), Disturbi dell'Umore (16%), Disturbi d'Ansia (15%), Disturbo correlato alle Sostanze (5%). Fattori di rischio per Disturbi dell'Umore sono la scolarità, in particolare un livello di istruzione superiore a 8 anni ($p = 0,004$), e l'immigrazione per motivi famigliari ($p = 0,028$).
Conclusioni: i nostri risultati confermano l'importanza transculturale delle caratteristiche sociodemografiche e delle ragioni della migrazione come fattori di rischio nello sviluppo della morbilità psichiatrica fra i migranti.

561. Quetiapina nel trattamento del Disturbo da uso di Sostanze in comorbidità con Disturbo di personalità e/o Disturbo Bipolare

L. Tarricone, L. Luchena

DSM AUSL LE1

Obiettivi: valutare l'efficacia clinica di Quetiapina in pazienti con diagnosi di Disturbo da uso di sostanze in Comorbidità e/o Disturbo Bipolare.
Metodo: sono stati osservati per un periodo di sei mesi dieci pazienti con diagnosi di disturbo da uso di sostanze in comorbidità con disturbo di personalità e/o disturbo bipolare. Sei in trattamento con Quetiapina e valproato di sodio; quattro con Quetiapina e benzodiazepine. Dosaggi di Quetiapina compresi tra 800 e 1200 mg/die, con titolazione effettuata con aumento di 300 mg/die. Valutazione effettuata con CGI e ricadute nell'uso di sostanze.
Conclusioni: si ritiene fondamentale un approccio integrato al trattamento di pazienti con Disturbo dia uso di sostanze in comorbidità con disturbo di personalità e/o Disturbo Bipolare per trattare sia l'uso di sostanze che i disturbi affettivi. L'utilizzo di Quetiapina nel trattamento di questi pazienti ha determinato in tempi brevi riduzione o scomparsa della sintomatologia affettiva, maggiore compliance verso la terapia e riduzione del craving per sostanze.

562. Potenziali evocati visivi durante il riconoscimento emotivo delle espressioni facciali e sistemi emozionali di base

D. Tempesta[3], A. Marrelli[4], P. Aloisi[4], G. Cerroni[1], P. Stratta[2], A. Rossi[3]

[1] U.O. di Psicologia Clinica a Villa Serena, Città S. Angelo (PE); [2] Dipartimento di Salute Mentale, ASL 4 L'Aquila; [3] Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila; [4] Centro di Neurofisiopatologia, ASL 4 L'Aquila

Il Riconoscimento delle Espressioni Facciali (REF) rappresenta un importante aspetto nella comunicazione interpersonale ed è governato da substrati neurali specifici. Registrazioni elettroencefalografiche di potenziali evocati (Event Related Potentials - ERPs) hanno evidenziato l'esistenza di alcuni sottosistemi dedicati all'elaborazione dei volti.
In questo studio è stato esaminato il processo di decodifica delle emozioni in un campione ($n = 20$) di volontari sani mediante l'applicazione di potenziali evocati corticali usando il paradigma di *oddball visivo* nel quale i soggetti hanno dovuto discriminare le emozioni espresse da immagini di volti: uno stimolo bersaglio, paura (10% degli stimoli), stimolo non-bersaglio, felicità (10%), stimolo neutrale (80%). È stata postulata una correlazione tra l'attivazione di reti neurali specifiche e sistemi emotivi di base attraverso il Multi-dimensional Inventory – The affective Neuroscience personality Scale – (Davis K.L., Panksepp J., Normansell L., 2003). Inoltre, sono stati impiegati strumenti per la valutazione del temperamento e del carattere con Temperament Character Inventory e di eventuali sintomi con SCL-90. Complessivamente in un campione relativamente piccolo i dati dimostrano una buona consistenza interna della metodica di esplorazione neurofunzionale con indicazioni preliminari di influenza di parametri quali l'età e gli stili affettivi nei confronti della modalità di processamento delle emozioni. Tale metodica può rivelarsi utile nello studio dei correlati neurodisfunzionali in ambito clinico.

563. Studio osservazionale: presenza di sintomatologia ansioso depressiva in medicina generale

M. Trevisi, S. Zangaro, S. Buffo, A. de Stefano, A. Manzari, M. Paniccia, G. Ruberto, V. Savoja, S.S. Caltagirone, A. Vento, A. Ruberto

Sapienza Università di Roma, II Facoltà di Medicina, Ospedale Sant'Andrea, Roma

Introduzione: recenti studi epidemiologici hanno evidenziato una crescente presenza di disturbi ansioso-depressivi negli ambulatori di medicina generale con la tendenza all'ulteriore aumento. Tuttavia, le diagnosi di alcuni disturbi mentali legati a patologie internistiche sono spesso sottostimate [1] a dispetto del fatto che i meccanismi eziopatogenetici di tali patologie possono sottendere una vasta gamma di disturbi di Asse I e almeno un importante disturbo di Asse II. Inoltre spesso le patologie internistiche esordiscono con sintomi esclusivamente psichici [2].
Obiettivi: rilevare la presenza di sintomatologia psichica nelle patologie internistiche in vari ambulatori specialistici di medicina interna e confrontare i risultati delle varie specialità.
Metodologia: sono stati reclutati un totale di 350 pazienti presso 7 centri internistici ambulatoriali e di reparto dell'Ospedale Sant'Andrea di Roma: cardiologia, dermatologia, ematologia, endocrinologia, malattie infettive, neurologia. A ciascun paziente è stata somministrata una scheda anagrafico-anamnestica, scale autovalutate di depressione e ansia (Zung-D e Zung-A) e l'SCL-90. Il confronto delle distribuzioni delle nove scale dell'SCL-90 è stato eseguito applicando l'Analisi della Varianza.
Risultati: le variabili dell'SCL-90 che si associano significativamente con patologie organiche riguardano sintomi che appartengono all'area della somatizzazione(< ,001), dell'ossessività/compulsività (< ,001), della depressione (,005) e dell'ansia (,008). I disturbi cardiologici e neurologici risultano avere maggiore comorbidità con patologie psichiche. Le curve costruite sulla media dei valori della scala SCL-90 mostrano un andamento sovrapponibile e indicano una netta prevalenza dei sintomi ansioso-depressivi rispetto agli altri cluster sintomatologici. Anche la variabile somatizzazione rappresenta un picco elevato.
Conclusioni: la distribuzione di identici disturbi mentali all'interno di differenti patologie organiche e la possibilità che la stessa patologia organica sottenda l'insorgenza di differenti quadri psicopatologici potrebbe essere meglio spiegata se si ipotizzasse la presenza di vie patogenetiche comuni.

Bibliografia

1 Roy-Byrne PP, et al. *Primary care perspectives on generalized anxiety disorder*. J Clin Psychiatry 2004;65(Suppl.13):20-6.
2 de Waal MW, et al. *Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders*. Br J Psychiatry 2004;184:470-6.

564. Miglioramento delle competenze psicomotorie e relazionali: Intervento di attività psicomotoria di gruppo per pazienti ricoverati presso il S.P.U.D.C. de L'Aquila

D. Ussorio, M. Sauro, A. Cavicchio, P. Legnetti, L. Demelas, U. Gennaioli, G. Spacca, L. Sangiovanni, R. Roncone

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a direzione Universitaria, ASL04, Università L'Aquila; Cattedra di Clinica Psichiatrica, Scuola di Specializzazione in Psichiatria,Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università di L'Aquila

Introduzione: la partecipazione ad attività di gruppo rappresenta un utile mezzo per ottenere il miglioramento di alcune competenze frequentemente carenti nelle persone con disturbi psichici, quali le abilità relazionali, la cura dell'igiene personale e dell'aspetto, dell'abbigliamento; in generale, può rappresentare un utile stimolo ad aumentare la cura della salute fisica e psichica. Lo svolgimento di attività di gruppo inoltre può essere di stimolo per ottenere cambiamenti positivi nella qualità dei rapporti sociali attraverso il miglioramento delle abilità di comunicazione.
Scopo dell'intervento psicomotorio di gruppo da noi condotto è stato quello di favorire le abilità psicomotorie attraverso il movimento per stimolare le abilità di coordinazione, di equilibrio, di controllo posturale e di controllo dinamico. Ulteriore scopo dello studio è stato quello di valutare l'eventuale miglioramento delle abilità relazionali, delle abilità della cura di sé, della capacità di gestione della aggressività e della capacità del rispetto delle regole di convivenza.
Materiale e metodo: l'intervento psicomotorio riabilitativo di gruppo è stato effettuato con utenti ricoverati presso il Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura de L'Aquila con diagnosi di Disturbo Schizofrenico e Disturbo Bipolare, tutti in trattamento con farmaci antipsicotici. Gli utenti che hanno partecipato ad almeno 3 incontri è stato complessivamente di 32 persone (età media: 37.4 anni) di cui 19 donne e 13 uomini. Gli incontri, a cadenza bisettimanale, si sono tenuti continuativamente per sei mesi, a partire dal mese di gennaio, presso la palestra dell'U.O. di Medicina Riabilitativa dell'Ospedale "San Salvatore" di L'Aquila. Agli incontri, che avevano una durata di circa un'ora, hanno partecipato in media quattro utenti.
Ogni incontro, condotto da uno psicomotricista e da un tecnico della riabilitazione psichiatrica, era strutturato in tre fasi. La fase iniziale, della durata di circa 15 minuti, era volta alla preparazione psico-fisica degli utenti La seconda fase era riservata all'esecuzione di esercizi fisici che alternativamente erano eseguiti individualmente, in coppia o in piccolo gruppo. La terza fase finale della durata di circa 15 minuti era incentrata su esercizi volti a favorire la distensione e il rilassamento muscolare.
Gli strumenti utilizzati per le valutazioni a T0 e T1 sono stati: il Life Skills Profile (Parker 1991) e la Scheda di Rilevamento delle Abilità Psicomotorie, sviluppata ad hoc.
Inoltre dopo ogni incontro veniva somministrato ai partecipanti un "Questionario per la valutazione del gradimento dell'intervento".
Risultati: gli utenti che hanno partecipato agli incontri hanno mostrato tutti un miglioramento delle abilità motorie,

non solo di coordinazione, ma soprattutto del controllo posturale. Inoltre, la partecipazione agli incontri di gruppo di psicomotricità ha portato ad un miglioramento nelle aree della cura di sé, del contatto sociale e della comunicatività, miglioramento evidenziato dalla valutazione con la Life Skills Profile.
Gli utenti hanno manifestato, inoltre, un elevato gradimento dell'intervento, confermata dalla continuità di partecipazione e, per alcuni di loro, dalla frequenza agli incontri, anche al termine del ricovero.
Discussioni: l'introduzione di un intervento di psicomotricità di gruppo può essere vantaggioso e di gradimento per persone ricoverate in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.
Infatti le attività psicomotorie proposte ai nostri utenti hanno favorito non solo un miglioramento delle competenze motorie, quali il potenziamento del tono trofismo muscolare e del controllo posturale, ma anche e, soprattutto, il miglioramento delle capacità relazionali e della cura della persona.

Bibliografia

Parker G, Rosen A. *The Life Skills Profile: Psychometric properties of a measure assesing function and disability in schizophrenia*. Acta Psychiatr Scand 1991;83:145.
Lapierre A, Aucouturier B. *La simbologia del movimento*. Cremona: Editrice PADUS 1990.
Vecchiato M. *La terapia Psicomotoria*. Napoli: Edizione Gnocchi 1998.

565. Terapia dei disturbi d'ansia: un approccio sistemico

G. Vanni, R. Pace, A. Vanni*, L. Bellodi, G. Perna

*Centro Disturbi d'Ansia, Università Vita-Salute, Ospedale San Raffaele Turro, Milano; * Università di Parma*

Questa review intende rileggere la letteratura centrata sui fattori ambientali (relazioni interpersonali, eventi di vita, traumi) coinvolti nei Disturbi d'Ansia ed offrire un punto di vista che tenga conto della complessità di questi fenomeni e quindi della loro terapia. Gli studi condotti sui Disturbi d'Ansia pongono in rilievo come ogni paziente rappresenta un mondo a sè. Conoscere la storia personale, il contesto fisico e psichico nel quale è avvenuto lo sviluppo, le caratteristiche temperamentali, lo stile comunicativo nei sistemi sociali in cui il paziente è cresciuto e vive, assume di volta in volta significati differenti. E perciò, nel campo dei Disturbi d'Ansia, il progetto terapeutico potrebbe essere di volta in volta personalizzato sulla base dei fattori di vulnerabilità personali (come la presenza di un pregresso trauma) e dei punti di forza che in alcuni casi possono essere rappresentati da relazioni protettive, in primo luogo con la famiglia. Il concetto di terapia dei Disturbi d'Ansia assume così un significato sistemico nel senso più ampio. Accanto alla terapia comportamentale focalizzata sul sintomo, si potrebbe articolare il trattamento individualizzato sulla storia particolare di quel singolo individuo, sulle sue relazioni reali e percepite, sulla base del suo assetto temperamentale e personologico. Questa terapia potrebbe quindi essere affrontata da un punto di vista olistico: l'uomo inteso come sistema (che tenga conto delle numerose variabili che possono essere entrate in gioco) che ha appreso e che apprende.
In conclusione, i disturbi psicopatologici, in particolare i Disturbi d'Ansia, sembrano "emergere" da una serie di elementi personali che si interfacciano con gli ambientali ognuno con un peso diverso nelle diverse situazioni.

566. Validation of the TEMPS-A Buenos Aires: Psychometric validation of affective temperaments in a population study of Argentina

G.H. Vázquez[1], S. Nasetta[2], B. Mercado[3], R. Ester[3], S. Tifner[2], M. del L Ramón[3], V. Garelli[2], A. Bonifacio[1], K.K. Akiskal[4], H.S. Akiskal[4]

[1] Department of Neuroscience, University of Palermo, Buenos Aires, Argentina; [2] Faculty of Psychology, National University of San Luis, San Luis, Argentina; [3] Department of Psychology, Argentine Catholic University of La Plata, La Plata, Argentina; [4] International Mood Center, La Jolla, CA, USA

Background: the TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego) is a 110-item questionnaire in five scales which has been translated into 20 language versions: American, Italian (only for Interview version or TEMPS-I), French, Lebanese, Hungarian, Japanese and Turkish versions have already been validated. There are two Spanish versions, one from Barcelona, and the present one from Buenos Aires. This study represents the first attempt at validating the TEMPS-A in Spanish.
Methods: 932 clinically well subjects were studied, of both sexes (62% female) with mean ±SD age of 35.4 ± 18.1. Standard psychometric tests of reliability and validation were performed.
Results: chronbach alphas were 0.7 (depressive) and 0.8 (anxious, cyclothymic, irritable and hyperthymic). In exploratory factor analyses, the hyperthymic was distinct from the others. As expected, the depressive and anxious correlated strongly, so did the cyclothymic and anxious. Dominant temperaments ranged from 2.1% to 4.5% of the population under study, except for the hyperthymic which had a negligible rate of 0.2% (but accounted for 13% between +ISD and +2SD).
Limitation: we did not examine test-to-test reliability.
Conclusions: this is the first validation of the TEMPS-A in Spanish, the Buenos Aires version with the original 110 items, with very good psychometric properties.

Bibliogrhapy

Akiskal HS, Akiskal KK. *Special Issue: TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego*. J Affect Disord 2005;85:1-242.
Vazquez GH, Akiskal H. *The temperament evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego autoquestionnaire, Argentine version (TEMPS-A Buenos Aires*). Vertex 2005;16:89-94.

567. L'efficacia della Lamotrigina nella prevenzione della depressione ricorrente

A. Ventriglio, A. Borelli, M. Patella, A. Bellomo, A. Lepore

Dipartimento Misto di Salute Mentale, AUSL Fg, Università di Foggia

Introduzione: in letteratura viene riportata un'efficacia della Lamotrigina nella prevenzione delle recidive depressive in pazienti affetti da Disturbo Depressivo Maggiore- episodio ricorrente [1] e Disturbo Bipolare [2]. Ad oggi non vi sono ancora conferme di tale efficacia nella realtà clinica dei servizi psichiatrici e nella specifica realtà Italiana.
Materiali e metodo: il lavoro presentato è di tipo retrospettivo e valuta pazienti affetti da Disturbo Depressivo Maggiore-episodio ricorrente o Disturbo Bipolare trattati negli ultimi 3 anni presso il nostro CSM con Lamotrigina in monoterapia o in associazione con altre molecole.
Risultati: verranno descritti i dati sociodemografici, i trattamenti concomitanti, l'efficacia clinica del trattamento mediante scale di valutazione, la frequenza delle recidive prima e dopo il trattamento, la percentuale di drop out e l'incidenza degli effetti avversi riscontrati.
Risultati: i dati sembrano evidenziare luci ed ombre di un trattamento che merita ancora di ulteriore valutazione per una definitiva "canonizzazione" clinica.

Bibliografia

1 Ravindran, Lakshmi N, Ravindran, Arun V. *Lamotrigine in the treatment of recurrent brief depression.* Int Clin Psychopharmacol November 2006.
2 van der Loos ML, Kölling P, Knoppert-van der Klein EA, Nolen WA. Lamotrigine in the treatment of bipolar disorder, a review. Tijdschr Psychiatr 2007;49:95-103.

568. Predittori clinici della risposta al trattamento nella bulimia nervosa

A. Veronese, G. Zanuttigh, A. Ronzan, R. Bosello, A. Palleschi, A. Favaro, P. Santonastaso

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Introduzione: la percentuale di soggetti con diagnosi di bulimia nervosa che rispondono ai trattamenti considerati più efficaci non è ancora ottimale, è quindi importante studiare quali fattori influiscano nella risposta alla terapia. Lo scopo di questa ricerca è quello di valutare la risposta ad un trattamento ambulatoriale in pazienti con diagnosi di bulimia nervosa e di individuare eventuali indici predittivi del drop out e della remissione completa.
Materiali e metodi: i soggetti della ricerca sono 83 pazienti di sesso femminile con diagnosi di bulimia nervosa scelte in maniera casuale da un campione di pazienti dal 1999 al 2003. I dati del presente studio sono stati ottenuti attraverso: un'intervista clinica strutturata per il DSM-IV, un'intervista semi-strutturata relativa alle informazioni socio-demografiche e a variabili cliniche, un'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche e alcuni questionari autosomministrati (EDI, H-SCL, TPQ).
Risultati e conclusioni: la percentuale di drop-out precoce ottenuta in questo studio è risultata pari al 28% mentre la

Fig. 1. Suddivisione del campione a seconda dell'esito della terapia.

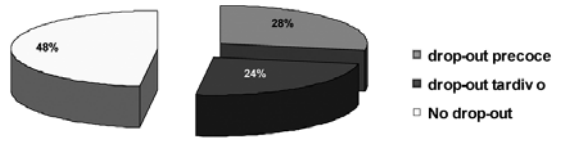
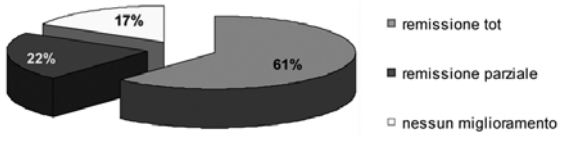


Fig. 2. Esito del trattamento nei soggetti senza abbandono della terapia.



percentuale di remissione completa e del 61%; dallo studio è emerso che i soggetti con maggiori difficoltà interpersonali, maggiore tendenza ai comportamenti impulsivi e minore compulsività e minor preoccupazione dimostrata in relazione alla sintomatologia bulimica risultano a maggior rischio di abbandono precoce della terapia e che i soggetti con esordio tardivo, maggiore familiarità psichiatrica e maggiore persistenza mostrano una scarsa risposta al trattamento ambulatoriale effettuato.

569. Effetti dello switch a ziprasidone sui fattori di rischio cardiovascolare in pazienti schizofrenici ambulatoriali: uno studio in aperto della durata di 8 settimane

A. Vita[1], A. Pezzoli[2], F. Romeo[3], P. Tiradritti[3], A. Rossi[4]

[1] Dipartimento di Psichiatria, Università di Brescia; [2] Dipartimento di Salute Mentale, AUSL, Bologna; [3] Direzione Medica, Pfizer Italia, Roma; [4] Dipartimento Medicina Sperimentale, Sezione di Neuroscienze, Università de L'Aquila

Introduzione/Scopo: valutare gli effetti di ziprasidone sui fattori di rischio cardiovascolare dopo *switch* da antipsicotici tipici e atipici in pazienti schizofrenici.
Metodologia: 312 pazienti con diagnosi di schizofrenia sono stati inclusi nello studio in aperto e trattati per otto settimane con ziprasidone. I principali criteri di inclusione prevedevano: trattamento in corso con un altro antipsicotico orale da oltre 2 mesi e indicazione alla variazione della terapia per risposta inadeguata o comparsa di effetti collaterali intollerabili.
Risultati: lo *switch* a ziprasidone si è associato, rispetto al basale, a un miglioramento medio significativo ($p < 0,05$ *vs.* basale) del peso corporeo e di tutti i parametri relativi al profilo lipidico: colesterolo totale (-13,5 mg/dl); colesterolo LDL (-10,5 mg/dl); colesterolo HDL (+1,4 mg/dl), trigliceridi (-12,6 mg/dl). La glicemia si è ridotta di -1,8 mg/dl (basale 92,9 mg/dl); l'intervallo QTc medio è aumentato, dopo lo switch, di 4 msc. Rispetto ai valori basali, lo *switch* a zi-

prasidone non ha prodotto variazioni significative dei segni vitali. Ziprasidone è risultato in genere ben tollerato con un tasso di abbandoni per eventi avversi pari al 10,9%.
Discussione/Conclusioni: dopo lo *switch* da antipsicotici classici e atipici, il trattamento di 8 settimane con ziprasidone è stato associato a una variazione favorevole, statisticamente significativa, di diversi fattori di rischio cardiovascolare.

570. Esiste una correlazione tra riduzione della contenzione fisica in un SPDC e infortuni degli operatori?

R. Zanfini, G. Correddu, G. Fucci, P. Babini, G. Dimaggio, E. Ricci

Dipartimento Salute Mentale e SerT, AUSL di Ravenna, U.O. SPDC

A partire dal 2000 abbiamo iniziato a monitorare la contenzione fisica eseguita in SPDC con l'obiettivo di ridurla progressivamente. Siamo passati da 146 contenzioni nel 2000 a 9 nel periodo gennaio-agosto 2006. Contemporaneamente, oltre ad analizzare i fattori che hanno contribuito a ridurre la contenzione e a valutare gli interventi che possono essere eseguiti per ridurla, abbiamo monitorato anche gli infortuni occorsi agli operatori nello stesso periodo di tempo. Sono stati presi in considerazione solo gli infortuni correlati ad episodi di aggressività da parte dei degenti. Vengono riportati i dati preliminari di questa analisi.

571. Quali sono i fattori che determinano una riduzione della contenzione fisica?

R. Zanfini, G. Correddu, G. Fucci, P. Babini, G. Dimaggio, E. Ricci

Dipartimento Salute Mentale e SerT, AUSL di Ravenna, U.O. SPDC

A partire dal 2000 abbiamo iniziato a monitorare la contenzione fisica eseguita in SPDC con l'obiettivo di ridurla progressivamente. Oltre alla registrazione in un apposito registro, è stata approntata una scheda nella quale vengono rilevate informazioni allo scopo di individuare quali siano i fattori che l'hanno sottesa e gli interventi eseguiti prima di utilizzarla. Inoltre, ad ogni contenzione, segue una discussione, tra tutto il personale, per verificare se siano state utilizzate tutte le risorse e le alternative possibili per evitarla. Infine, è stato costruito ad hoc un questionario (somministrato nel 2001 e nel 2006 a tutti gli operatori del SPDC) per verificare se nel corso del tempo vi sia stato un cambiamento del vissuto degli operatori rispetto al ricorso alla contenzione. Vengono discussi i fattori che hanno contribuito, in modo significativo, alla progressiva riduzione del ricorso alla contenzione fisica (146 contenzioni nel 2000 rispetto alle 9 nel periodo gennaio-agosto 2006) e le loro implicazioni nella pratica clinica quotidiana.

572. Dimensioni psicopatologiche nei soggetti obesi. Indagine nell'Ambulatorio di Nutrizione Clinica di Udine

L. Zanone[*], B. Orbitello[*], M. Comi[*], M. Cagol[*], C. Taboga[**], R. Ciano[*], M. Balestrieri[*]

[*] Clinica di Psichiatria, Psicologia Medica e Psicosomatica, DPMSC, PUGD, Udine; [**] Nutrizione Clinica, AOSMM, Udine

Scopo: lo studio si propone di osservare il profilo di personalità di un campione di soggetti obesi, valutando la frequenza di tratti psicopatologici di rilievo, e di confrontare due sottogruppi del campione, soggetti affetti da Binge Eating Disorder (BED) e non affetti, al fine di determinare l'eventuale presenza di caratteristiche psicopatologiche di significato clinico.
Materiali e metodi: sono stati indagati 100 soggetti obesi (BMI > 30) afferenti all'Ambulatorio di Nutrizione Clinica di Udine per una consulenza. Sono stati somministrati l'intervista psichiatrica strutturata M.I.N.I., il test autosomministrato per la valutazione dell'adattamento sociale S.A.S.S., e il test per la valutazione della personalità MMPI-2.
Risultati: in accordo con i dati di letteratura, non sono state rilevate caratteristiche di personalità specifiche e clinicamente significative negli obesi rispetto alla popolazione di riferimento. La diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore è significativamente più frequente nel sottogruppo di soggetti affetti da BED.

573. Il conflitto, le cause e la gestione in un reparto di Fisiatria e Riabilitazione

P. Zeppegno, O.A. Allera, L. Lavatelli, C. Obezzi, E. Torre

S.C.D.U. Psichiatria, Cattedra di Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Novara

Introduzione: il reparto di Fisiatria e Riabilitazione, con le sue peculiari caratteristiche (pz. non acuti; obiettivi di "riabilitazione", équipe multiprofessionale) è suscettibile ad uno stress individuale e di equìpe, nocivo al clima e al rendimento lavorativi. Scopo del presente lavoro è individuare, tra gli infermieri, l'eventuale presenza di conflitto, i meccanismi di gestione adottati e la relazione col burnout, fattori personologici, caratteristiche anagrafiche.
Metodologia: hanno partecipato allo studio gli infermieri del reparto di Fisiatria e Riabilitazione dell'ospedale Fatebenefratelli di Milano, a cui sono stati somministrati un questionario, l'MBI, l'MBTI, il ROCI.
Risultati: si rileva un alto tasso di collaborazione e basso di conflitto sociale, ma scarsa coerenza di ruolo. È presente una buona capacità di gestione dei conflitti con il capo e i subalterni, ma scarsa con i colleghi. Vi sono un elevato livello di burnout e personalità simili. I soggetti sono insoddisfatti del proprio lavoro, poiché disorganizzato, sentendo la necessità di gruppi di incontro e formazione.

Conclusioni: il test per il conflitto correla con le altre variabili esaminate, fornendo un valido strumento di autoconoscenza e dialogo interdisciplinare e l'indicazione ad ampliare la presente ricerca a medici e fisioterapisti e a reparti uguali di altri ospedali.

Bibliografia

Li Calzi S, et al. *Physical rehabilitation and burnout quantification of its: different aspects of the syndrome and comparison between healthcare professionals involved.* Eura Medicophys 2006;42:27-36.

Torre E, Imperatori F, Artioli P, Crini F, Olgiati P, Zeppegno P. *Il burnout come"sindrome"o come"occasione"? Considerazioni critiche per una proposta di intervento.* Psichiatria di consultazione 1999;II(2).

574. Analisi del burnout e del conflitto negli operatori di un reparto di ginecologia e ostetricia

P. Zeppegno, C. Obezzi, G. Ferraris, V. Zanoli, O.A. Allera, L. Lavatelli, E. Torre

S.C.D.U. Psichiatria, Cattedra di Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro", Novara

Introduzione: gli operatori dei reparti di Ginecologia e Ostetricia sono soggetti ad uno stress derivante dalla peculiare natura del loro lavoro (contatto con madri e neonati, specialità clinico-chirurgica) e dalle implicazioni medico-legali sempre più presenti e condizionanti.
Materiali e metodi: sono stati arruolati 25 operatori (medici strutturati e specializzandi, infermieri, ostetriche) dell'SCDU Ginecologia e Ostetricia di Novara ed è stato loro somministrato un protocollo con: questionario, SDS, SAS, MBI, MBTI, ROCI.
Risultati: MBI: EE medio/alto = 88%; DP medio/alto = 72%; PA medio/alto = 56%. I soggetti sono soddisfatti del lavoro, ma non della sua organizzazione, e desiderano più momenti di confronto interprofessionali. MBTI: prevalenza del tipo ISTJ (32%). ROCI-I: emergono conflitto di ruolo e sociale. ROCI-II: la gestione del conflitto è composita col capo; soprattutto con l'uso del compromesso con i subordinati; prevale un atteggiamento di sottomissione coi colleghi.
Conclusioni: in accordo con la letteratura, il campione, prevalentemente femminile (84%), presenta un alto livello di esaurimento emotivo, legato alla disorganizzazione del reparto e alla presenza di fattori personologici preponderanti. Significativa risulta la relazione con i risultati rilevati al ROCI, strumento che si rivela pertanto sensibile nell'identificare le dinamiche relazionali interprofessionali. I risultati indicano la necessità di gruppi di confronto e formazione.

Bibliografia

Elit L, et al. *Job satisfaction, stress and burnout among Canadian gynecologic oncologists.* Gynecol Oncol 2004;94:134-9.

Martini S. *Burnout comparison among residents in different medical specialties*. Acad Psychiatry 2004;28:240-2.