GIORNALE ITALIANO DI PSICOPATOLOGIA

ITALIAN JOURNAL OF PSYCHOPATHOLOGY

14° CONGRESSO
DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOPATOLOGIA

Psichiatria 2010:
No Health Without Mental Health

Roma, 16-20 febbraio 2010

ABSTRACT BOOK

sotto gli auspici della Fondazione Paolo Pancheri

a cura di
Roberto Brugnoli, Adalgisa Palma

Segreteria Scientifica
Via Tacito 90, 00193 Roma
Tel. +39 063210494 - Fax +39 063225286
www.sopsi.it

Società Italiana di Psicopatologia

Consiglio Direttivo

Presidente: Mario Maj
Vice Presidente: Filippo Bogetto
Segretario: Alfredo Carlo Altamura
Tesoriere: Gian Franco Placidi

Consiglieri
Eugenio Aguglia
Amato Amati
Massimo Biondi
Massimo Casacchia
Paolo Castrogiovanni
Carlo Maggini
Giovanni Muscettola
Alessandro Rossi
Alberto Siracusano

Consiglieri Onorari
Giovanni Battista Cassano
Luigi Ravizza

VOLUME
16

MARZO
2010

NUMERO
S1

Organo Ufficiale della
Società Italiana di Psicopatologia
Official Journal of the
Italian Society of Psychopathology

Fondatori:
Giovanni B. Cassano, Paolo Pancheri

Editor-in-chief:
Alessandro Rossi

Citato in
EMBASE - Excerpta Medica Database
Index Copernicus
PsycINFO
SCOPUS Elsevier Database

PACINI EDITORE MEDICINA

SESSIONI PLENARIE

MARTEDÌ 16 FEBBRAIO – ORE 18,00-19,00
Sala Michelangelo

Sessione Inaugurale

No health without mental health: noi sappiamo che è vero; perché non ci credono?

S. Wessely
Institute of Psychiatry King's College London

We know that health and well being depends critically on our mental health. To put it simply, it is possible to have cancer, heart disease, HIV infection, rheumatoid arthritis and so on, and be happy. It is not possible to have depression and be happy. Likewise, we know that biomedical markers help us predict who will live or die after a heart attack, or after being diagnosed with cancer, whilst our wonderful scanners can tell us which broken bones will mend after we have been involved in a car accident. But they will not tell us if a person will go back to work again. Yet a simple mental examination will give a very good indication of just that. So there is no health without mental health. I know it, you know it, research proves it – so why don't people believe us? Why does the hospital in which I work have more people running the telephone switchboard than psychologists, and more people sorting out the car parking than psychiatrists?

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO – ORE 9,30-11,30
Sala Michelangelo

Chairman
F. Bogetto (Torino)

Empathy, sympathy and the perception of others' distress: a neuroscience perspective and implications for therapeutic relationships in medicine and in psychiatry

J. Decety
Department of Psychology, University of Chicago, USA

It is often taken for granted that it is good to be empathic. It is indeed useful and necessary in interpersonal interactions. Empathy is a valuable attitude in many aspects of social interaction (such as a good teacher, a dedicated father/mother, a sensitive physician, etc.). But there are also physiological and social costs associated with being too empathic. I will first clear up some conceptual issues and distinguish empathy from sympathy and personal distress. Then I will critically examine a growing number of functional neuroimaging studies of pain empathy from my laboratory, which demonstrates a sticking neural overlap between the first hand experience of pain and the perception of pain in others. This overlap includes not only the brain regions involved in the affective-motivational dimension of pain processing but also the somatosensory representation of pain. Based on these functional imaging studies, I will argue that the more overlap between self and other in the context of pain empathy the more likely personal distress, burn out and even compassion fatigue can be experienced. This is detrimental to the self. Empathy is thus something that needs to be regulated, and such regulation can be unconscious or intentional.

Suffering and pain – psyche *versus* soma

T. Sensky
Department of Psychological Medicine, Imperial College London

Pain is a common cause of suffering, to the extent that the two terms are sometimes used interchangeably. This is partly due to the wide variety of ways in which the term 'suffering' is used in everyday language. The two terms are certainly not synonymous because suffering is possible in the absence of pain, and vice versa. The main distinction between pain and suffering is that while pain can usually be localised to a part of the body, suffering is always associated with the whole Person. According to the seminal definition by Eric Cassell, suffering occurs when there is a serious threat to an individual's Personhood – the qualities and characteristics that a person regards as defining him – or herself. Research evidence will be presented to show that lay people are consistent in their understanding of suffering, and that this understanding fits with the definition above. Lay people recognise a distinction between 'somatic suffering', often associated with experience of pain, and 'psychic suffering'. From an understanding of the nature of suffering, clinicians can intervene to alleviate it. Such interventions are crucial in person-centred medicine.

New trends in the diagnosis and classification of somatoform disorder

J.I. Escobar

Associate Dean for Global Health and Professor of Psychiatry and Family Medicine, UMDNJ-RWJMS Member, DSM-V Task Force

In the last decade, a number of experts have been unhappy of the current classification of somatoform disorders (SD) and have proposed to reconsider it for the upcoming DSM-V. In particular, a group of experts collaborating in the Conceptual Issues in Somatoform and Similar Disorders (CISSD) would raise some key issues related to DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) stakeholders (include primary care practitioners), problems with the multiaxial classification, the use of imprecise or pejorative terms (somatization, somatomorph, hypochondriasis) and the reliance on counts of lifetime "medically unexplained" symptoms. The group produced a set of recommendations that were published in *Psychosomatics* in 2007. A major recommendation was that the American Psychological Association (APA) and World Health organization (WHO) should work together to make DSM-V and ICD-12 compatible with respect to the categories, disorders, and criteria for these disorders. Later on, as the DSM-V process unfolded, a number of individuals from CISSD would be invited to join the official DSM-V somatic symptom disorders workgroup (Barsky, Escobar, Sharpe, Creed). Some of the initial recommendations of this group were recently outlined in an editorial published in the Journal of Psychosomatic Research in 2009. The workgroup has been deliberating for about one year and its functions have been supplemented by the work of two overarching groups, one working on gender, ethnic and cultural influences the other on the on the interphase of medical and psychological problems, in both of which the author of this presentation also participates. This presentation will offer highlights of the DSM-V process and will outline the major recommendations from the Somatic Symptom Disorders Workgroup, hoping to get needed feedback from the audience.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO – ORE 9,30-11,30

SALA MICHELANGELO

CHAIRMAN

A.C. Altamura (Milano)

Resilience in physical and mental disorders

A. Steptoe

Department of Epidemiology and Public Health, University College London

The striking variation in the relationship between stress and physical and mental disorder has stimulated growing interest in the concept of resilience. Resilience can be defined as the capacity to adapt successfully to acute and chronic adversity. Differences between people in resilience may help to explain why some become ill while others remain healthy when exposed to life stress.
Resilience is influenced by early life experience, genetic and epigenetic factors, and by socioeconomic circumstances both in early and adult life. It is also appears to be characterised by a number of psychosocial factors in adult life, notably the use of active coping strategies, dispositional optimism and positive emotionality, social connectedness and openness to social support, a sense of purpose in life, adaptiveness in response to stress and an ability to mobilise cognitive reappraisal and positive reframing when confronted by adversity. The neural circuitry underlying resilience is likely to involve connections between the limbic system and forebrain regions. This presentation will outline the current state of evidence relating resilience to health, drawing on epidemiological, clinical and experimental studies of humans. It will emphasise the biological factors that may mediate resilience effects, including autonomic, cardiovascular, neuroendocrine and inflammatory processes. Positive psychological features such as positive affect also play an important role. The investigation of resilience in health requires the development of methodologies that centre on positive adaptation, complementing current research strategies that focus on the health consequences of failures of adaptation.

Social capital, health and mental health

H. Whiteford

Kratzmann Professor of Psychiatry and Population Health, The University of Queensland, Brisbane, Australia

Society is not simply the sum of individuals living in it. The health status of a population cannot be completely understood without an understanding of the social environment. Social capital is a term coined in an attempt to conceptualise and measure the social cohesion in a society. It can be thought of as the benefit networks of

people derive from interactions with each other. Social capital is the features of social organization that facilitate cooperation for mutual benefit. It is therefore not just the sum of the individuals and institutions within a society, it is the glue that holds these together.
Social capital in different guises has been a prominent theme in public health at least since Durkheim's description of the relationship between a socially un-cohesive society and the health of the population. In mental health, two explanations have been put forward to explain the association between mental disorders and poor social circumstances. One explanation is that mental disorder impairs psychological and social functioning and this leads to social exclusion (what used to be called downward "social drift"). The second explanation is that individuals in socially disadvantaged situations are exposed to more psychosocial stressors (adverse life events) than those in more advantaged environments. These stressors act as triggers for the onset of symptoms and the loss of the individual psychological abilities necessary for social functioning. Social capital provides a perspective that takes us beyond these types of explanations.
This presentation will provide a working description of social capital, explore how it can add enrich our understanding of the biopsychosocial determinants of physical and mental disorder and how it can be used in treatment and recovery. The presentation will also explore how health and mental health interventions can help build social capital in disadvantaged communities and post-conflict societies.

Mental health and disasters: a scientific approach to the recovery of traumatized communities

R.F. Mollica
Cambridge, Massachussetts, USA

Scientific research in communities devastated by human, technological and natural disasters from around the world reveal significant mental health problems and psychiatric morbidity. A summary of these international studies will be reviewed including the research conducted in Italy. New large scale population based studies showing trauma as a major health risk will be presented. This data will be put in perspective as to the known best practices for responding to the mental health problems of traumatized communities at the public health and clinical level. The importance of an integrated holistic system of primary health care with psychiatric supervision will be emphasized. Culture and evidence-based clinical practices in the acute and chronic phases of a disaster will be reviewed. The new "Abruzzo Model" now in progress in the L'Aquila earthquake zone will be presented as a new approach to disaster relief in Italy. The Abruzzo model can also serve in settings such as the natural catastrophe in Haiti.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO – ORE 9,30-11,30

SALA MICHELANGELO

CHAIRMAN
G.B. Cassano (Pisa)

The therapeutic relationship in medicine and in psychiatry

S. Priebe
Institute of Health Sciences Education, London

The therapeutic relationship is the defining element and at the centre of all delivery of medical care. A more positive therapeutic relationship has been shown to be associated with higher patient satisfaction and better treatment adherence throughout medicine. Therapeutic relationships in psychiatry share many characteristics with those in other medical specialities, but also have specific aspects. Some of these specific aspects are linked to the symptomatology of psychiatric patients, e.g. psychotic experiences, and to the stronger role of the relationship in the process of diagnosis and treatment.
Different theoretical models (e.g. role theory, learning theory, psychodynamic theory) have been used to explain and study therapeutic relationships in psychiatry, and methods have been established to measure relationships. However, research on the therapeutic relationship has been relatively limited in psychiatry, which may partly reflect conceptual and methodological difficulties.
Psychiatrists influence relationships mainly through the way they communicate with patients. Whilst there is no coherent theory of good communication in medicine in general or in psychiatry in particular, a wide literature suggests what constitutes good communication in psychiatry. Communication should meet general requirements of good medical care. Beyond that, it has different clinical objectives, which include reaching appropriate decisions, achieving a positive engagement, maximising adherence to treatment and inducing therapeutic change.

A conceptual literature review of the literature in general practice, psychiatry and psychotherapy identified five guiding principles to achieve these objectives: 1) a focus on the patient's concerns; 2) positive regard; 3) appropriate way of reaching decisions; 4) genuineness with a personal touch; and fifth, the application of a psychological model.
The principles will be briefly explained and implications outlined for teaching and supervision which go beyond training of defined skills as part of standardised curricula. Finally, consequences for research will be discussed.

Psychiatry in the General Hospital

T.N. Wise

Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimora, Maryland, USA

Psychiatry is an integral element of the General Hospital. It is the medical specialty that diagnoses and treats disorders wherein aberrations of mind, mood and behavior present to the medical setting. Such problems may be a derivative of medical disorders or treatments such as post surgical delirium or a primary psychiatric illness such as mania that presents in a casualty department. Psychiatric services within such a setting are composed of psychiatric emergency services that are the "front end" of such a behavioral service line; an outpatient program; inpatient unit(s) and a consultation liaison service. In the current economic climate there are significant challenges to manage such an array of programs. For example, the economic limits of traditional public sector psychiatry will impact the emergency department while limited psychiatric resources demand innovative models in primary care settings. With increasing recognition of psychiatric symptoms within primary care populations innovative models are being developed to better aid the general physician in managing such problems within the primary care clinic. Use of efficient screening via the patient health questionnaire (PHQ) and Katon's collaborative care model exemplify possible solutions. Inpatient programs are now de facto medical-psychiatric units while the consultation liaison services are both "ambassadors" of psychiatry and managers of psychiatric problems for psychiatric issues among the patients within the medical and surgical units. There is often confusion regarding which setting is most appropriate for a patient with comorbid medical and psychiatric issues. The INTERMED model is one solution to manage such complex cases. Each of these clinical units provide a platform for both teaching and research within the clinical mission. Each unit also faces unique challenges.

SABATO 20 FEBBRAIO – ORE 9,30-11,30

SALA MICHELANGELO

CHAIRMAN
G.F. Placidi (Firenze)

Depression and heart disease

A. Glassman

Greenwich Hospital New York, USA

Although writers and poets have long connected depression and cardiac death, the connection has proven to be complicated. Medically healthy individuals suffering from depression when followed prospectively are 60% more likely to develop and die of heart disease and in 1993, Frasure-Smith demonstrated that post-myocardial infarction (MI) patients observed to be depressed were 3 1/2 times more likely to die than those without MDD. That raised two fundamental questions. Whether treatment would reduce that risk and what caused the increased risk?
Antidepressant safety in the post-MI period had not been tested and was a prerequisite for a mortality reduction trial. SADHART (Sertraline AntiDepressant Heart Attack Trial) tested sertraline in 369 acute coronary syndrome (ACS) patients and found no evidence of harm. ENRICHD (Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease) compared to CBT (cognitive behavioral therapy) and usual care. Because safety was not an issue with psychotherapy, mortality reduction was tested in that trial. CBT reduced depression but not mortality. Both studies found evidence suggesting SSRI's (selective serotonin reuptake inhibitors) reduced death and recurrent MI. However, drug was not randomized in ENRICHD and SADHART was not powered adequately to address mortality. Although suggestive, evidence of reduced mortality is not adequate to make SSRI treatment of post ACS depression a standard of care.
In a recently published follow-up study, we recently showed that among SADHART's participants, whether receiving drug or placebo, those who did not recover from depression were more than twice as likely to die. This suggests, but does not prove that reducing depression will reduce medical risk. However, there is no question that persistent depression is associated with

increased mortality and beyond treatment to alleviate depression; these patients require aggressive medical treatment.
Most depression begins before the coronary and in these cases the coronary cannot be the cause of the depression. It seemed intuitive MDD beginning for the first time after the coronary would be reactive and carry a lower risk of mortality than recurrent MDD. However, recent data indicates first episode MDD carries at least as much mortality risk as recurrent depression. We expected patients with a first episode late in their life to be reactive to the stress of the coronary and to recover spontaneously with little increased risk. Why this was not so needs to clarified, but it is clear the increased risk of dying associated with depression does not diminish because it is a first episode.
In that same 7 year follow-up, more severe MDD died twice as often as less severe cases even though all patients met criteria for MDD. It has long been recognized that depressed patients had an increased risk of death compared to non-depressed coronary patients, but not that the risk doubled even among patients all of whom had major depression. Even more striking this single measure of depression severity made a few weeks after a coronary predicted mortality over 7 years in even this truncated sample. One potential explanation is that depression severity is also a marker of inflammation associated with coronary disease. It is possible that inflammation associated with vascular disease might be a risk factor for depression similar to the use of alpha interferon in hepatitis C and that the relationship between depression and heart disease maybe it two-way street.
In the same follow-up study, in a post hoc observation, we found improvement in depression improved medication adherence. Adherence is a serious, well recognized problem. Depressed patients comply poorly to multiple medical treatment regimens. That improvement in mood would improve adherence had been assumed, but never before demonstrated.
Taken together, these observations extend the justification for the American Heart Association's call to screen for depression and once identified to treat aggressively with adequate dose for extended periods of time. Depression reduces the quality of life, reduces medical adherence, and marks patients at increase medical risk while treatment with sertraline or citalopram have minimal cost and no evidence of harm.

Obesity, diabetes and schizophrenia. Recommendation for diagnoses and treatment

M. De Hert

UPC KUL Campus Kortenberg, Belgium

Metabolic syndrome, diabetes and other cardiovascular risk factors are highly prevalent in people with schizophrenia. Patients are at risk for premature mortality and the mortality gap with the general population has increased over recent decades and overall have limited access to physical health care.
In part these cardio-metabolic risk factors are attributable to unhealthy lifestyle, including poor diet, high rates of smoking, alcohol/substance use/abuse and sedentary behaviour. But over recent years it has become apparent that antipsychotic agents and other psychotropic agents can have a negative impact on some of the modifiable risk factors.
Although cardiovascular disease is the main driver, next to suicide in the early course of the disorder, of premature mortality people with schizophrenia people with schizophrenia have limited access to effective screening and somatic care.
The psychiatrist needs to be aware of the potential metabolic side effects of antipsychotic medication and to include them in the risk/benefit assessment when choosing a specific antipsychotic. He should also be responsible for the implementation of the necessary screening assessments and referral for treatment of any physical illness.
Multidisciplinary assessment of psychiatric and medical conditions is needed. The somatic treatments offered to people with severe and enduring mental illness should be at par with general health care in the non-psychiatrically ill population.
The recently published joint recommendations of European Psychiatric Association (EPA), Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC), on diabetes and cardiovascular risk in patients with severe mental disorders should be implemented in all mental health services.

Psycho-oncology in 2010: a key discipline in assuaging the distress caused by cancer

D.W. Kissane

Jimmie Holland Chair in Psycho-Oncology and Chairman, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center; Professor of Psychiatry, Weill Medical College of Cornell University, New York, NY, USA

Psycho-oncology has matured greatly as a distinct specialty. While we now know that stress does not cause cancer and psychotherapy does not directly prolong survival, treatment of psychiatric disorder and amelioration of existential distress are pivotal clinical roles. Fear of recurrence, depression and demoralization are major sources of suffering. In contrast, healthy lifestyles with the prevention of smoking, substance abuse, sun exposure, poor nutrition or limited exercise remain important to the public health battle against cancer. The challenge of improving care for underserved communities dominates the political agenda in many countries. The recognition of the importance of meaning-based coping and the development of a series of new psychotherapy models, which promote a sense of meaning for the individual,

the couple, the family or the group, highlight the way in which psycho-oncology is making a major contribution to patient care in general. Research evidence to support the use of new diagnostic categories such as Prolonged Grief Disorder and Demoralization Syndrome steadily increases. We are learning more about the link between the neurocognitive effects of chemotherapy and carrying neurodegenerative genes like APOE (Apoliprotein E). Finally, doctor-patient communication studies show our capacity to improve care by the whole treatment team, an important approach given the concern that physician burnout appears to be increasing. Psycho-oncology will remain a rich and rewarding specialty within psychosomatic medicine across this century.

SIMPOSI SPECIALI

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO – ORE 11,40-13,40
Sala Michelangelo

SS1. Prima della psicosi

Coordinatori
C. Maggini (Parma), F.M. Ferro (Chieti)

Reassembling gestalt from its pieces: problems in early detection

J. Parnas

Hvidovre Psychiatric Center, University of Copenhagen, Brøndbyøstervej, Hvidovre, Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen

The prodromal research of the past 15 years has relied on a widespread diffusion/acceptance of the so-called ultra-high-risk (UHR) paradigm. In general, this approach strives for high rates of transition to psychosis through selections of samples that maximize the yield of imminent cases of psychosis, e.g. through the presence of weak ("attenuated" or "brief intermittent") psychotic symptoms (delusions and hallucinations). This approach is confronted by certain epidemiological problems: 1) the density of potential cases is dependent on the contextually idiosyncratic sensitivities and decisions (thresholds) of the referring agencies; 2) Psychopathological profiles and diagnostic outcomes (especially schizophrenia) are not reported on the samples which have not met the inclusion criteria for referral and final participation; 3) Bayesian-based critique of the model points out that the predictive power of the UHR criteria deteriorates dramatically when applied to the general population; 4) The most serious limitations to this research program is of a conceptual and psychopathological order. First, because of the 'epidemiological rarity' of incident schizophrenia, the focus of the UHR research gradually shifted from schizophrenia to other, more easily attainable outcomes: 'schizophrenia-like' conditions, then 'non-affective psychosis' and finally 'psychosis' as such. Moreover, to predict overt psychotic conditions on the basis of the increasing intensity of positive psychotic symptoms (important risk-marker) is rather tautological or circular (as to predict a thunderstorm on the basis of a smaller storm). Some studies rediscover that various single features, such as depression, social anxiety, fearful perception of others, the so-called negative symptoms (e.g. flat emotionality) and obsessive-compulsive symptoms add to the global risk of transition to psychosis. None of these features is per se predictive in more general sampling contexts, partly because of their high prevalence, and partly because they acquire predictive value through a specific Gestalt of which they are a part. It is this Gestalt which confers clinical specificity on the otherwise relatively common psychopathological features (Parnas and Sass, 2008). An empirical proposal to recreate this Gestalt is presented, an approach combining self-disorders, behavioural disorders (measured by School Teacher Interview) and appropriate statistical analyses (grade of membership (GoM) analysis).

Early and late initial prodromal states before psychosis

J. Klosterkötter

Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Cologne, Germany

In the project unit "Early Detection and Intervention" of the "German Competence Network Schizophrenia" two prospective multicentre studies on early intervention at the initial prodromal state were performed.
The first study comprises of patients in the early state of the initial prodrome. Inclusion criteria are prodromal symptoms which the Cologne Early Recognition (CER) Project determined to be highly predictive for psychosis or a reduction of the GAF-M-Scores (DSM-IV) in patients having first-degree relatives with a life-time diagnosis of schizophrenia or with showing pre-/or perinatal complications.
The aim of the study was to investigate whether the recently developed multimodal psychological intervention programme is able to improve the prodromal symptoms, to counteract or to retard social decline and to support or delay the progression of a first psychotic episode.
The second study, however, includes patients in the late course of the initial prodrome. Inclusion criteria are attenuated psychotic symptoms according to the DSM-IV-category of schizotypic disorders or Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms (BLIPS) defined by distinctive PANSS-Scores (P1,2,3,5,6).
The aim of this study was to investigate whether an atypical neuroleptic drug in combination with an adequate psychological management regarding the same three outcome criteria as shown in the first study is more efficient than the standard clinical management.
This presentation comprises of hypotheses, design, methodology and first results on these studies in the early and late initial prodromal states.

Esperienze psicotiche: questioni di struttura. Un possibile dialogo con le neuroscienze

F.M. Ferro

Chieti

La psicopatologia ha, dalla sua fondazione ottocentesca, seguito varie linee di approfondimento. Al tempo della

psichiatria classica, ha descritto i fenomeni, sintomi e comportamenti, in modo oggettivo. Con la fenomenologia, l'attenzione si è spostata ai vissuti e alle esperienze. La psicoanalisi ha poi esplorato tensioni e conflitti sottostanti ai fenomeni e alle stesse forme d'esistenza, contribuendo a delineare dei profili dinamici dei quadri e dei casi clinici. In anni recenti, queste istanze di fondo sono riaffiorate, proposte in modo variato, e tuttavia si è mantenuta una difficoltà tra soggettivo ed oggettivo.
Questi problemi d'ottica della psicopatologia sono intensi in particolare nel campo delle psicosi, in cui la difficoltà tra soggettivo ed oggettivo si dichiara in tutta evidenza.
Quale psicopatologia allora per le psicosi? O, per essere più precisi, quale psicopatologia sollecitano oggi non solo le esigenze di classificazione, ma anche quelle ancora più pressanti che vengono dal confronto con le neuroscienze? Grazie agli studi sui sintomi di base e alla prospettiva aperta sul processo di "identificazione", si delinea un *continuum* tra microsintomi e sintomi attuali e si valutano i momenti di diversificazione quantitativo-qualitativa dei sintomi *in fieri*. In tale ottica si coglie l'importanza di valutare i "vissuti" dei soggetti, ma anche di definire degli strumenti di valutazione obbiettiva. In questo modo, oltre a porre sotto la lente di ingrandimento i fenomeni descritti dalla psicopatologia classica, questi possono essere correlati allo sviluppo dell'identità o, con maggior precisione, al neurosviluppo. In altri termini, sia dalla fenomenologia sia dalla psicoanalisi, viene l'esigenza di esplorare "aree di funzionamento mentale precoce" e di correlarle a quelle fragilità e vulnerabilità, a quelle "aree traumatiche" che lentamente all'interno del soggetto possono sviluppare disfunzioni e, ad un certo punto, sintomi.
In questa luce si possono proporre alcuni "nodi" sui quali riflettere e orientare una ricerca che accomuni negli obiettivi la psicopatologia e le neuroscienze. Tali nodi possono essere individuati in: 1. imitazione come fondamento della formazione dell'identità e dell'intersoggettività; 2. linguaggio; 3. confine del sé; 4. strutturazione del sé corporeo.

Personalità e schizofrenia

C. Maggini

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Parma

Studi familiari, biologici e di follow-up supportano l'esistenza di un continuum di vulnerabilità genetica tra disturbo schizotipico di personalità e schizofrenia (Kendler et al., 1995). Anche per il disturbo schizoide di personalità è stata ipotizzata l'inclusione nello "spettro schizofrenico" (Battaglia et al., 1995) sulla base del rilievo che la dimensione "negativa" della schizotipia, che ha la maggiore connessione genetica con la schizofrenia (Battaglia et al., 1996), si identifica infatti con la "negatività" della schizoidia e con la schizotassia.
Viene discusso il ruolo dell'anedonia, aspetto nucleare della affettività dei soggetti schizotipici e schizoidi, nello sviluppo della psicosi schizofrenica.

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO – ORE 11,40-13,40
Sala Tiziano

SS2. Comorbidità o complessità nella depressione

Coordinatore
G.B. Cassano (Pisa)

Disturbo ossessivo-compulsivo, categoria, dimensione e disturbo dell'umore

S. Pallanti

Dipartimento di Psichiatria, Università di Firenze

Il disturbo ossessivo-compulsivo è una condizione frequente e invalidante, che si manifesta con sintomi simili in culture diverse [1], correntemente classificata come un disturbo d'ansia [2]. La sua inclusione in questo capitolo è stata recentemente oggetto di discussione [3]. Tra i vari argomenti alcuni assumono una rilevanza particolare; il primo riguarda il modello stesso di disturbo ossessivo-compulsivo e se possa essere considerato come unitario e omogeneo, oppure, basandosi su recenti studi di neuroimmagine, il modello del disturbo ossessivo-compulsivo possa essere sotto articolato, in quanto diversi sottotipi di sintomi sono correlati a diverse immagini funzionali. Una classificazione dimensionale, che utilizza strumenti appositi (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale), viene contrapposta a una classificazione categoriale. La rilevanza terapeutica delle comorbidità ha fatto in modo che si proponesse una classificazione del disturbo ossessivo-compulsivo basata sulle comorbidità (Nestalt 2003-2008).
Ma la questione riceve diverse critiche quando si utilizzano challenge farmacologici oppure quando si cerca di descrivere la fenomenologia delle risposte dei diversi trattamenti.

La condizione di ansia nel disturbo ossessivo-compulsivo non è candidata ad essere riconosciuta come un endofenotipo e ciò è provato da studi farmacologici, funzionali e genetici.

Bibliografia

[1] Pallanti S. *Transcultural observations of obsessive-compulsive disorder*. Am J Psychiatry 2008;165:169-70.

[2] Hollander E, Kim S, Khanna S, Pallanti S. *Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders: diagnostic and dimensional issues*. CNS Spectr 2007;12 (Suppl. 3):5-13.

[3] Hollander E, Braun A, Simeon D. *Should OCD leave the anxiety disorders in DSM-V? The case for obsessive compulsive-related disorders*. Depress Anxiety 2008;25:317-29.

Influence of comorbid anxiety disorders on outcome in major depression

D. Baldwin

Clinical Neuroscience Division, University of Southampton, Southampton, UK

Coexisting anxiety symptoms and comorbid anxiety disorders are common in patients with major depressive disorder; anxiety symptoms are reported by approximately 60% of patients, and comorbid anxiety disorders are seen in around 50% of patients. Early studies encouraged the widespread consensus that patients with comorbid mood and anxiety disorders had more severe symptoms. Similarly, comorbidity of anxiety disorders with major depression has usually been thought to be associated with a less favourable long-term outcome, with longer persistence of symptoms and a greater risk of continuing social and occupational impairment. In addition, the presence of prominent anxiety symptoms in depressed patients is generally considered to be associated with a lower overall response rate to treatment.

This review will examine three aspects of the relationship between major depressive disorder and comorbid anxiety disorders: whether the comorbid condition is indeed more severe than 'pure' major depression: whether comorbidity is associated with worse clinical outcomes than are seen in major depressive disorder alone; and whether the response to antidepressant treatment differs, between depressed patients with or without comorbid anxiety disorders. Although not all evidence is consistent, in general terms the presence of comorbid anxiety disorders in patients with major depressive disorder is associated with greater severity of symptoms and more pronounced impairment; the course of illness is less favourable in patients with the comorbid condition; and relatively fewer depressed patients respond to antidepressant treatment and achieve remission of symptoms, if affected by comorbid anxiety disorders. There is a need for randomised placebo-controlled studies specifically in patients with comorbid major depressive disorder and anxiety disorders, in order to determine whether this patient group differs from those with 'pure' major depression, in its responsiveness to pharmacological or psychological interventions, as this group comprises the probable majority of depressed individuals seen within routine clinical practice settings.

Anxiety in depression: clinical and treatment implications

M. Fava

Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, USA

Patients with major depressive disorder often also suffer from anxiety, nervousness, and the somatic correlates of these states. In patients with high levels of anxiety accompanying major depression, greater severity of depressive illness and functional impairment, greater illness chronicity, and an increased risk of suicidality have been reported. More recently, in two distinct large subsamples of outpatients with major depression in the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) project (6, 9), the proportion with anxious depression (those having a baseline 17-item Hamilton Rating Scale for Depression [HAM-D] anxiety/somatization factor score ≥ 7) was in the range of 44-46%. In both subsamples, patients with anxious depression were significantly more likely to be unemployed, to have less education, to be more severely depressed, to have more concurrent anxiety disorders, and to report more melancholic/endogenous features, even after adjustment for severity of depression. Individuals experiencing major depressive disorder with high levels of anxiety symptoms were found in a previous study to have a slower response to treatment and, in some but not all short-term studies, were less likely than those without high levels of anxious symptoms to respond to antidepressant treatment, regardless of the type of antidepressant used. The association between anxious depression and poorer response to antidepressant treatment may account for the results of a study showing that the concomitant use of anxiolytics or sedative/hypnotics was a significant predictor of treatment resistance in older adults with depression. In Level 1 of STAR*D, remission was significantly less likely and took longer to occur in these patients than in those with nonanxious depression. Ratings of side effect frequency, intensity, and burden, as well as the number of serious adverse events, were significantly greater in the anxious depression group. Similarly, in Level 2, patients with anxious depression fared significantly worse in both the switching and augmentation options. These studies do support the clinical utility and reliability of this depressive subtype.

Dimensioni neglette della depressione: comorbidità o complessità?

S. Pini

Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

È ormai largamente accettato che l'affettività è un costrutto multidimensionale. Anche la depressione appare caratterizzata da una notevole variabilità nel numero e nel tipo di sintomi e manifestazioni cliniche. Questa variabilità è dovuta a molteplici fattori tra i quali la composizione del campione esaminato, la fase di malattia, la metodologia statistica impiegata per le analisi dei dati e, soprattutto, il tipo di strumento impiegato per la valutazione dei sintomi. Uno dei limiti delle ricerche finora condotte sulla caratterizzazione fenomenica della depressione è stato proprio l'impiego di scale che valutavano in maniera globale la gravità di alcune manifestazioni sindromiche della depressione a detrimento di una valutazione sistematica del più ampio numero possibile di sintomi affettivi. Lo scopo di questo studio è quello di caratterizzare più precisamente manifestazioni sintomatologiche solitamente trascurate o ritenute di minor rilevanza clinica della depressione (ad esempio, ansia di separazione, depersonalizzazione ed impulsività) al fine di poter mettere a punto un trattamento più mirato ed allo stesso tempo affinare la ricerca clinica e neurobiologica. Il campione esaminato comprende oltre 300 soggetti con depressione unipolare o bipolare reclutati presso gli ambulatori della Clinica Psichiatrica di Pisa. La validità di ciascun dominio sintomatologico esaminato è supportata dal fatto che essi presentano differenti pattern di associazione con una serie di variabili cliniche. I risultati dello studio estendono la fenomenica della depressione oltre quella classicamente descritta in letteratura e pongono interrogativi sui confini dimensionali della depressione e sul concetto di comorbidità.

Bibliografia

Cassano GB, Benvenuti A, Miniati M, Calugi S, Mula M, Maggi L, et al. *The factor structure of lifetime depressive spectrum in patients with unipolar depression*. J Affect Disord 2009;115:87-99.

Costa B, Pini S, Gabelloni P, Abelli M, Lari L, Cardini A, et al. *Oxytocin receptor polymorphisms and adult attachment style in patients with depression*. Psychoneuroendocrinology 2009;34:1506-14.

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO – ORE 11,40-13,40

SALA LEONARDO

SS3. Nuovi contributi della genetica alla comprensione della fisiopatologia della schizofrenia

COORDINATORE

M. Nardini (Bari)

Neurogenetic mechanisms of schizophrenia

A. Meyer-Lindenberg

Head of Department of Psychiatry and Psychotherapy, Central Institute of Mental Health, University of Heidelberg, J5, Mannheim, Germany

Convergent epidemiological and experimental evidence points to a dysregulation of dopamine signalling under prefrontal control as a final common pathway to psychosis, leading to positive symptoms of stimulation of prefrontal cortex. Since schizophrenia is highly heritable, the study of the neural effects of genetic variants implicated in risk for schizophrenia offers a research strategy to dissect the neurogenetic risk architecture of the disorder leading to, and potentially preceding, first episode psychosis. In this talk we review results from the study of risk genes related to dopaminergic stimulation (COMT, DRD2), canonical (DARPP-32) and non-canonical, beta-arrestin mediated signal transduction (AKT1), as well as results from the study of newly discovered variants genome-wide significantly associated with risk for schizophrenia. We find that interactions between prefrontal cortex and hippocampus and interactions between prefrontal functional and subcortical dopamine synthesis in striatum and midbrain are abnormal in manifest disorder and impacted by variation in candidate genes. We conclude that innovative therapy in psychosis should target these neural systems and should investigate the use of abnormal activity and connectivity in these neurogenetic circuits of prefrontal cortex as a marker of disease and therapeutic response.

Genetic imaging studies of the NRG1-ErbB4 pathway

J. Hall

Division of Psychiatry, University of Edinburgh, Edinburgh, UK

Linkage and association studies have identified Neuregulin-1 (NRG1) as a susceptibility locus for schizophrenia. Association of schizophrenia with 5′ genetic variants (comprising the "Icelandic" haplotype) has been confirmed in a number of populations. In addition variants in the NRG1 receptor ErbB4 have also been found to confer increased risk for schizophrenia, with evidence for epistasis between NRG1 and ErbB4 risk variants evident in some populations.
We have investigated the effects of risk-associated genetic variation on phenotypic variables associated with schizophrenia in a series of studies. We have shown that a functional variant in the NRG1 promoter region is associated with enhanced risk for the development of psychotic symptoms in an at-risk population, and with decreased activation of the prefrontal cortex in fMRI (functional Magnetic Resonance Imaging). In addition we have demonstrated that the same genetic variant in NRG1 is associated with decreased integrity of frontal white matter in the anterior limb of the internal capsule (ALIC). Finally we have found that a genetic variant in ErbB4 which has been found to interact with risk variant in NRG1 is also assocaitied with decreased prefrontal white matter integrity in the ALIC. Overall these results suggest that the NRG1-ErbB4 pathwya contributes to genetic risk for schizophrenia by disrupting prefrontal cortex function and connectivity.

Polimorfismo del gene COMT e riserva cognitiva nella schizofrenia: dal laboratorio alla riabilitazione

R. Cavallaro, M. Bosia, F. Cocchi, E. Smeraldi

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, IRCCS Universitario San Raffaele, Università Vita Salute San Raffaele, Milano

Fino a tempi recenti la ricerca genetica si è principalmente focalizzata sullo studio di geni candidati potenzialmente correlati alla eziologia e alla fisiopatologia della schizofrenia, prevalentemente in base a ipotesi di tipo neurofarmacologico. Negli anni scorsi, oltre alla focalizzazione su geni plausibilmente coinvolti nel determinismo di un neurosviluppo alterato, è aumentato lo sforzo sullo studio di endofenotipi. L'area di principale sviluppo è quella degli endofenotipi riconducibili ai deficit neurocognitivi presenti nella schizofrenia. Gli studi più recenti hanno dimostrato che un polimorfismo del gene che regola l'attività delle COMT (Catechol-O-methyl transferase) cerebrali, principale fonte di variabilità del contenuto di dopamina nella corteccia frontale, è in grado di influenzare le prestazioni di base di soggetti sani e schizofrenici a test che valutino le performances esecutive e di working memory. Un'interessante ricaduta di questi studi verrà illustrata nell'applicazione dello stesso paradigma sperimentale alla valutazione degli esiti della riabilitazione cognitivo-comportamentale e neurocognitiva dei deficit frontali riscontrati nella schizofrenia. Una predisposizione genetica alla scarsa prestazione è risultata condizionare gli esiti di riabilitazione sia in termini testali che in termini di valutazione del funzionamento quotidiano in un campione di pazienti affetti da schizofrenia sottoposti a riabilitazione neuro cognitiva e cognitivo-comportamentale. Verranno inoltre presentati i risultati di una seconda ricerca che ha verificato il ruolo della terapia antipsicotica e della sua interazione con lo stesso polimorfismo COMT nel determinismo della risposta a un programma di riabilitazione neurocognitiva. L'integrazione dei risultati delle diverse ricerche suggerisce che alcuni polimorfismi genetici possano essere cruciali per scelte terapeutiche sia farmacologiche che riabilitative che portino alla riduzione dei casi di resistenza valutata non solo sia in termini di outcome psicopatologici ma anche di quelli funzionali.

Modulazione genetica del signaling dopaminergico studiata con imaging funzionale nell'uomo

A. Bertolino

Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Alterazioni del signaling dopaminergico striatale dei recettori D2 sono state implicate da lungo tempo nella patofisiologia della schizofrenia. Varianti del gene che codifica per i recettori D2 della dopamina (DRD2) sono state associate a rischio di sviluppare la schizofrenia e deficit prefrontali di working memory nell'uomo e in modelli animali. Tuttavia, l'effetto di varianti funzionali del gene DRD2 sul signaling dopaminergico striatale e sulla sua relazione con l'attività della corteccia prefrontale durante working memory non sono ancora conosciute.
Abbiamo studiato 37 soggetti sani con differenti tecniche di imaging funzionale genotipizzandoli per un polimorfismo intronico del DRD2, rs1076560 (G > T), che è stato associato in tessuto umano post-mortem con splicing alternativo ed espressione delle due isoforme dei D2, D2S (soprattutto presinaptico) e D2L (soprattutto postsinaptico). Abbiamo utilizzato due radiotraccianti SPET, [^{123}I]IBZM (che si lega soprattutto ai recettori D2 postsinaptici) e [^{123}I]FP-CIT (che si lega ai trasportatori della dopamina presinaptici, la cui densità e attività è fortemente regolata dai recettori D2 presinaptici). I dati di SPET dimostrano una riduzione di legame striatale di [^{123}I]IBZM e di [^{123}I]FP-CIT in soggetti portatori dell'allele T (associato a ridotta espressione di D2S). Inoltre, il genotipo rs1076560 è associato a come la relazione tra [^{123}I]IBZM e [^{123}I]FP-CIT predice l'attività della corteccia prefrontale dorsolaterale durante working memory

misurata con BOLD fMRI – i soggetti GG hanno una correlazione positiva, i GT negativa.
Le due isoforme del recettore D2 contribuiscono fortemente a bilanciare la trasmissione eccitatoria e inibitoria dei neuroni striatali. Il genotipo rs1076560 altera la relativa espressione delle due isoforme. Pertanto, i nostri dati sono coerenti con la possibilità che il bilanciamento della trasmissione nei neuroni striatali possa anche avere effetti sulla modulazione dell'attività prefrontale all'interno del circuito cortico-striato-talamico-corticale. Speculando, è possibile ipotizzare che varianti genetiche del DRD2 possano incrementare il rischio di schizofrenia agendo su questi circuiti.

MERCOLEDÌ 17 FEBBARIO – ORE 16,00-18,00
SALA MICHELANGELO

SS4. Corporeità e immagine corporea

COORDINATORE
P. Castrogiovanni (Siena)

Body image in eating disorders

K.A. Halmi
Weill Cornell Medical College

The disturbance of body image in eating disorders is not due to a malfunctioning of visual perception as demonstrated in well-controlled studies. This disturbance is a displaced expression of how persons with eating disorders feel about themselves. Especially those with anorexia nervosa are inflicted with an overwhelming sense of insecurity regarding their ability and effectiveness to manage their lives. The extreme concerns about shape and weight provide a sense of control and safety. This psychological reinforcement becomes out of control and attains an addictive strength and results in a restriction of thinking, affect, interpersonal functioning and interests. Persons with bulimia nervosa are often unhappy about their lives and project this onto their body appearance.

Distorted body image: clinical features and treatment of body dysmorphic disorder

K.A. Phillips
Providence, USA

Body dysmorphic disorder (BDD), a distressing or impairing preoccupation with an imagined or slight defect in physical appearance, is a relatively common disorder that often goes unrecognized in clinical settings. Appearance concerns can focus on any part of the body (skin, hair, and nose concerns are most common), and insight is usually poor or absent (that is, most patients believe that they truly or, or probably are, ugly or deformed). Thus, at its core, BDD is a disorder of distorted body image. Nearly all patients perform compulsive behaviors (such as mirror checking, excessive grooming, or skin picking) to try to diminish their distress over the perceived appearance flaws. Suicidal thinking, suicide attempts, psychiatric hospitalization, being housebound, and poor functioning and quality of life are common in patients with BDD. Certain types of psychiatric treatment (serotonin-reuptake inhibitors and cognitive-behavioral therapy) appear to often be efficacious; however, it can be difficult to engage BDD patients in treatment because of their poor insight. In fact, a majority of these patients seek and receive cosmetic treatment for their appearance concerns (such as surgical, dermatologic, or dental treatment), which appears to usually be ineffective.
This presentation will provide an overview of the clinical features of BDD and how to recognize and diagnose BDD. Research findings on body image in BDD, as well as similarities and differences between BDD and eating disorders, will also be discussed. Finally, treatment approaches will be reviewed, including medication and psychotherapeutic treatments that are often helpful for this severe disorder.

The multisensory construction of body representations

F. Pavani
Trento

The last decade of research on body perception from the perspective of cognitive neuroscience has clearly revealed that the multisensory nature of body representations. The mental body representations (i.e., the representation of the structural body map, including its layout in space as well as its size and extension) is constructed and updated combining multisensory inputs from somatosensation, vision and proprioception at the very least. In my talk I will present experimental evidence in support of this account and discuss possibile links between pathological body representation distortions and multisensory integration.

MERCOLEDÌ 17 FEBBARIO – ORE 16,00-18,00
SALA TINTORETTO

SS5. Lo studio degli endofenotipi nei disturbi psichiatrici: stato dell'arte

COORDINATRICE
S. Galderisi (Napoli)

An introduction to psychiatric endophenotypes

W. Berrettini

Department of Psychiatry, Translational Research Laboratory Building, University of Pennsylvania

The concept of endophenotypes in psychiatric disorders has been developed over the last several decades. In their 1967 paper on schizophrenia genetics, Gottesman and Shields (PNAS 1967;58:199-205) first used the term, endophenotype, to define an illness-related characteristic, observable through biochemical testing or microscopic examination. Criteria for an endophenotype are:

1. the endophenotype must be associated with illness in the general population;
2. the endophenotype should be a stable, state-independent characteristic (that is, it must be observable despite the fact that the patient may be in partial or complete remission);
3. the endophenotype should segregate with illness within families;
4. among kindreds in which the proband has the endophenotype, the endophenotype should be observable at a higher rate among unaffected family members, compared to the general population.

Endophenotypes have been studied in all areas of psychiatric research, including schizophrenia, mood disorder, addictions, anxiety disorders, etc. Often, endophenotypes are used to create subgroups of patients (all of whom have a particular psychiatric disorder) for further study. This presentation will summarize some of the most studied endophenotypes, including electrophysiologic (e.g. auditory evoked potentials), neuroimaging, pharmacologic (drug response) and genetic.

Endofenotipi neurofisiologici nei disturbi psichiatrici

A. Mucci

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

La ricerca sulle basi genetiche dei disturbi psichiatrici ha recentemente enfatizzato la necessità di individuare degli endofenotipi, ossia delle manifestazioni relativamente semplici di disfunzioni cerebrali legate ad un particolare genotipo che rappresentano fattori di rischio per i disturbi in esame, anche detti fenotipi intermedi per la loro posizione tra la suscettibilità genetica e la complessa manifestazione clinica dei disturbi cui si associano.

Un endofenotipo ideale dovrebbe dimostrare oltre all'associazione con il disturbo in questione una relativa stabilità temporale, essere ereditabile, e presentarsi in familiari non affetti dei pazienti con frequenza maggiore rispetto alla popolazione generale.

Diversi indici neurofisiologici sono stati proposti come endofenotipi di alcuni tra i principali disturbi psichiatrici, in particolare della schizofrenia e dei disturbi dell'umore.

Per la schizofrenia una riduzione dell'ampiezza e un aumento della latenza della P300, una riduzione dell'ampiezza della mismatch negativity e della N100, una carente soppressione inibitoria della P50 e un aumento dell'attività beta nell'elettroencefalogramma (EEG) a riposo, rappresentano i principali candidati. I dati sono relativamente più robusti per la mancata soppressione della P50 e per la riduzione di ampiezza della P300, ma non sono mancati risultati negativi. Inoltre, sebbene i potenziali endofenotipi elettrofisiologici siano stati poco studiati in relazione al disturbo bipolare, sia la riduzione dell'ampiezza della P300 che la mancata soppressione della P50 sono stati proposti come candidati anche per questo disturbo. Alla luce di questi dati è stato ipotizzato che tali endofenotipi siano in relazione con la sintomatologia psicotica piuttosto che con le diagnosi di schizofrenia o di disturbo bipolare. Un problema tuttora aperto in questo tipo d ricerca è rappresentato dalla scelta dei criteri d'inclusione dei familiari. L'inclusione di familiari con patologie psichiatriche dello spettro psicotico potrebbe aver contribuito a sovrastimare la validità di alcuni endofenotipi.

Per la depressione sono stati proposti come endofenotipi l'asimmetria frontale dell'attività alfa nell'EEG di veglia, nonché la latenza e la densità del sonno REM. Studi su gemelli hanno dimostrato un modesto contributo genetico per l'asimmetria frontale dell'alfa, mettendo in discussione l'utilità di questo indice elettrofisiologico come endofenotipo e suggerendo che ad esso contribuiscono fattori ambientali con un impatto sulla plasticità neuroevolutiva delle regioni frontali. Per quel che riguarda gli indici elettrofisiologici del sonno REM, non è stata finora suffragata la loro validità come endofenotipi della depressione.

La ricerca sugli endofenotipi elettrofisiologici dei disturbi psichiatrici ha finora prodotto risultati incorag-

gianti ma non sempre coerenti. Nel complesso i risultati sembrano suggerire che il progresso della ricerca in questo campo dipende dall'identificazione di meccanismi patogenetici e fattori di rischio associati a dimensioni psicopatologiche transnosografiche piuttosto che alle categorie diagnostiche attualmente utilizzate in psichiatria.

Intermediate phenotypes in psychiatry: meeting the expectations?

J. Gallinat

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Mitte, Charité Universitätsmedizin Berlin

Although the prominent role of genetics in psychiatric diseases has been established in various family, twin and adoption studies over the last decades, the identification of concrete contributing genes has been demanding. The reasons for this are manifold, including inconsistencies in psychiatric classification systems, complexity and heterogeneity of psychiatric disorders, epistatic effects and intervening environmental factors. In recent years interest has focused increasingly on the concept of intermediate phenotypes. Genetic analyses have concentrated on discrete phenotypes supposedly linked to a particular psychiatric disorder by common neurobiological pathways, instead of studying the complex disease itself. Several intermediate phenotypes have been established for psychiatric diseases including electrophysiological abnormalities and alterations in structural and functional brain imaging. Although results seem to be getting more consistent and reliable, several concerns have also emerged with the experience gained on the topic. This talk will give an overview of the prospects and limitations related to intermediate phenotypes in psychiatric diseases. Also essential prerequisites for successful intermediate phenotypes in the future as well as applications for psychiatric diseases employing dynamic models of a patients' individual pathophysiology in terms of systems neurobiology will be presented.

Separazione precoce, l'endofenotipo della fisiologia respiratoria e ansia: perché geni e ambiente sono importanti

M. Battaglia[1], V. Lampis[1 2], P. Pesenti-Gritti[1 2], C.A.M. Spatola[1 2], S. Scaini[1], A. Ogliari[1], A. Moles[3], F. D'Amato[3]

[1] Centro per lo Studio della Plasticità del Comportamento, Università San Raffaele Milano; [2] Dottorato Internazionale in Psicopatologia dello Sviluppo, Università San Raffaele Milano; [3] CNR, Istituto di Neursocienze, Psicobiologia e Psicofarmacologia, Roma

Tra i molti fenotipi intermedi proposti in ambito psichiatrico, la fisiologia respiratoria ed in particolare la risposta allo stimolo soffocatorio dell'ipercapnia, è forse uno dei più interessanti e replicati. In questa presentazione mostrerò come fattori genetici ed ambientali siano rilevanti nell'influenzare le differenze individuali per ansia da separazione nell'infanzia e panico agorafobia nella vita adulta, e il rilievo di fattori di rischio precoci nello spiegare la covariazione di entrambi i fenotipi per ipersensibilità allo stimolo ipercapnico. Mostrerò inoltre come – basandosi su questo fenotipo intermedio – si possa esplorare l'interazione tra fattori genetici ed ambientali all'interno di un modello animale largamente indipendente da molte delle aporie metodologiche proprie dell'epidemiologia genetica umana e della modellistica animale dei disturbi mentali basata su fenotipi comportamentali.

Bibliografia

Battaglia M, Bertella S, Politi E, Bernardeschi L, Perna G, Gabriele A, et al. *Age at onset of panic disorder: Influence of familial liability to the disease and of childhood separation anxiety disorder*. Am J Psychiatry 1995;152:1362-4.

Battaglia M, Ogliari A, Harris J, Spatola CA, Pesenti-Gritti P, Reichborn-Kjennerud T, et al. *A genetic study of the acute anxious response to carbon dioxide stimulation in man*. J Psychiatr Res 2007;41:906-17.

Battaglia M, Pesenti-Gritti P, Spatola CA, Ogliari A, Tambs K. *A twin study of the common vulnerability between heightened sensitivity to hypercapnia and panic disorder*. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2008;147B:586-93.

Battaglia M, Pesenti-Gritti P, Medland SE, Ogliari A, Tambs K, Spatola CA. *A genetically informed study of the association between childhood separation anxiety, sensitivity to CO2, panic disorder, and the effect of childhood parental loss*. Arch Gen Psychiatry 2009;66:64-71.

D'Amato FR et al. *Repeated maternal separations alter the response to CO_2 through gene-by-environment interplay*.

Ogliari A, Tambs K, Harris JR, Scaini S, Maffei C, Reichborn-Kjennerud T, et al. *The relationships between adverse events, early antecedents, and carbon dioxide reactivity as an intermediate phenotype of panic disorder: a general population study*. Psychother Psychosom 2010;79:48-55

MERCOLEDÌ 17 FEBBARIO – ORE 16,00-18,00
Sala Pinturicchio

SS6. I disturbi del comportamento alimentare: nuove prospettive nella ricerca e nella pratica clinica

Coordinatore
G.F. Placidi (Firenze)

Diagnostic instability in eating disorders: nosographic and therapeutical implications

G. Milos

University Hospital Zurich, Psychiatric Department, Eating Disorders Centre, Zurich Switzerland

The today's classification of the eating disorders – anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified – arouses some scepticism. The validity of the diagnostic criteria of the eating disorders influences the recognition, the treatment and the research of these illnesses. Although eating disorders represent a clearly distinguished illness category, small symptom changes during the often long illness can cause changes of the diagnosis; e.g. changes from anorexia nervosa to bulimia nervosa and vice versa. In this context it is important to mention that the category of the eating disorders not otherwise specified is extremely heterogeneous. The diagnostic fluctuations can occur also in short laps of time and are well known from the clinician, this phenomenon was recently confirmed by the scientific search. The diagnostic instability together with the common symptoms present in the vast majority of persons with all eating disorders diagnoses – such as the weight and shape concern – led the a new cognitive behavioural approach, called "transdiagnostic" approach. This new view does not only consider the current eating disorders symptoms, but lead to have a life time view of the disorder including the frequent symptoms fluctuations. This global view has important therapeutic implications.

Prognostic significance of overvaluation of shape/weight: randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for obese patients with binge eating disorder

C.M. Grilo

Yale University School of Medicine

Background: a substantial proportion of patients with binge-eating disorder (BED) do not achieve abstinence from binge-eating and fail to lose weight even with the best available treatments. Thus, it is important to identify predictors of treatment response. This study examined the prognostic significance of overvaluation of shape/weight in a randomized controlled trial. Research has found that overvaluation (defining self-worth primarily based on shape/weight) is associated with heightened psychopathology and warrants consideration as a diagnostic specifier although its prognostic significance is uncertain.
Materials: 125 obese (mean body mass index = 38.7) BED patients were randomly assigned to one of three treatments: cognitive behavioral therapy (CBT), behavioral weight loss (BWL), or sequential CBT+BWL. Treatments were delivered by doctoral-research-clinicians following manualized protocols. Independent assessments (established measures included the Eating Disorder Examination (EDE) and physical measurements) were performed at baseline, throughout treatment, post-treatment, and 6- and 12-month follow-ups by doctoral-research-clinicians.
Methods: intent-to-treat analyses revealed that patients classified at pretreatment with overvaluation of shape/weight had significantly lower remission rates than patients without overvaluation (31% *vs*. 58%; p <.003) at follow-ups 12-months after completing treatments. Patients with pretreatment overvaluation had significantly lower remission rates than patients without overvaluation at 12-month follow-ups following both CBT (37% *vs*. 72%; p <.02) and BWL (21% *vs*. 52%; p <.03). Mixed-models analyses revealed that overvaluation significantly predicted binge-eating frequency at 12-month follow-ups but yielded no significant interaction effects with treatments indicating it did not moderate outcomes.
Conclusions: overvaluation of shape/weighted significantly predicted, but did not moderate, treatment outcomes through 12-month follow-ups. These findings have implications for nosology and treatment planning. The prognostic significance of overvaluation provides further support for its inclusion as a diagnostic specifier for BED in the DSM-V. Clinically, the presence of overvaluation signals a more disturbed variant of patients with BED who derive less benefit from treatments and who warrant additional clinical attention.

Regolatori centrali e periferici di fame e sazietà nei disturbi del comportamento alimentare

P. Monteleone, C. Di Filippo, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

L'anoressia nervosa (AN) e la bulimia nervosa (BN) sono disturbi psichiatrici caratterizzati da alterazioni del

comportamento alimentare e squilibrio dell'omeostasi energetica. Modificazioni a carico dei neurotrasmettitori/neuromodulatori centrali e periferici, coinvolti nella regolazione dell'assunzione di cibo e della spesa energetica, sono state ampiamente osservate in pazienti in fase acuta di malattia. In particolare, la secrezione basale e/o in risposta a stimoli fisiologici degli endocannabinoidi, della leptina, della ghrelina e del PYY è stata ritrovata alterata in pazienti con AN o BN. Al momento, i nostri dati e quelli della letteratura, pur suggerendo un coinvolgimento di dette sostanze nella fisiopatologia dell'AN e della BN, non consentono di stabilire se le alterazioni riscontrate siano indici di stato o di tratto. È stato proposto che alcune di dette modificazioni, anche se secondarie alla malnutrizione e/o agli aberranti comportamenti alimentari, una volta manifestatisi, possano contribuire al mantenimento di alcuni aspetti sintomatici del disturbo alimentare, influenzando il decorso e/o la prognosi del disturbo stesso. Studi futuri dovranno chiarire se la correzione mirata delle aberrazioni neuroendocrine osservate in fase acuta di AN o BN possa avere un impatto sull'esito dei trattamenti.

Nuove prospettive nella diagnosi e nell'epidemiologia dei disturbi alimentari

P. Santonastaso, A. Favaro

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

L'esistenza di graduali cambiamenti nelle caratteristiche e nell'epidemiologia dei disturbi alimentari è un'osservazione frequente tra i clinici ed è oggetto di indagine da parte dei ricercatori. Due fenomeni hanno destato il nostro interesse: l'aumento di richiesta di trattamento di pazienti con diagnosi parziale di anoressia nervosa e bulimia nervosa, e l'aumento di casi ad esordio precoce (prima dei 14-15 anni). Intendiamo discutere il tema del cambiamento dei criteri diagnostici proposto dalla Task Force del DSM-V, sulla base dei dati raccolti nel nostro Centro su 204 casi di anoressia atipica, confrontati con 365 casi di anoressia nervosa, per quanto riguarda le caratteristiche cliniche, psicologiche, temperamentali e la risposta al trattamento ambulatoriale. L'anoressia nervosa parziale (senza il criterio dell'amenorrea) si differenzia dall'anoressia piena in alcuni aspetti psicopatologici e nel temperamento. Presenta inoltre tassi di dropout maggiori e risponde meno al trattamento ambulatoriale. Questi dati portano un contributo alla discussione sull'opportunità di mantenere il criterio dell'amenorrea tra quelli necessari per la diagnosi.

Nella seconda parte presentiamo le variazioni nell'età di esordio in 1666 casi di anoressia nervosa e 793 casi di bulimia nervosa nel periodo 1985-2008. Classificando i soggetti secondo il loro anno di nascita, è osservabile una significativa diminuzione dell'età di esordio in entrambi i gruppi diagnostici (cohort effect), con un abbassamento dell'età media di esordio da 18,6 anni nei pazienti nati nel 1970 a 16,8 nei nati nel 1981 per l'anoressia nervosa, e da 18,5 nei nati nel 1970 a 17,1 nei nati nel 1981 per la bulimia nervosa. Si tratta del primo studio che fornisce dati su un esteso campione di pazienti con diagnosi di disturbo alimentare in cui viene osservata un'anticipazione nell'età di esordio. In piccola parte, questo fenomeno potrebbe essere legato ad una progressiva diminuzione dell'età del menarca, fenomeno osservabile in tutta Europa. Vengono discussi i predittori e le possibili spiegazioni di questo fenomeno, nonché le possibili implicazioni cliniche.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO – ORE 11,40-13,40

SALA MICHELANGELO

SS7. Cognizione sociale nel mondo reale: la lezione delle neuroscienze

COORDINATORE

M. Casacchia (L'Aquila)

A model of dissociable networks for cognitive and emotional empathy: evidence from imaging, lesion and psychiatry research

S. Shamy-Tsoory

Department of Psychology, University of Haifa, Israel

Empathy has been a central focus of research and popular interest over the last decade. There has been several well acknowledged controversies in psychology, biology and ethology, over whether empathy is an emotional (sensing another's feelings) versus cognitive (understanding another's perspective) construct.

In our studies we attempt to address this by combining lesion studies and psychiatry research to support the notion of two separate systems for empathy: an emotional

system (involving the mirror neuron system) and a cognitive system (involving medial prefrontal cortices). We examined our model with several psychiatric populations such as schizophrenia, borderline personality disorder and psychopathy and show that the dissociation between cognitive and emotional empathy is implicated in these populations.

The mirror neuron system in early onset schizophrenia

S. Frangou
Londra, UK

The mirror system (MS) is recruited during simple imitation but it is also thought to emotional processing particularly in relation to empathy. We explored the possibility that this system is dysfunctional in schizophrenia. Schizophrenic patients, unaffected first degree relatives and control participants completed two simple behavioural tasks to investigate MS involvement in imitation and emotional processing. These tasks used stimuli designed to recruit the MS. In the imitation task, MS recruitment is reflected in faster reaction times to observation of biological movement than symbolic number cues in healthy participants. For the emotional processing task, we used a novel affective startle paradigm. In a typical startle experiment, amplitudes are increased in response to emotionally negative stimuli, and reduced in response to positive stimuli in healthy volunteers. We introduced moving stimuli as primes for emotionally salient pictures, and predicted that startle reactivity would be enhanced in healthy controls when pictures were primed with moving videoclips designed to recruit the MS, rather than static control sequences. All groups exhibited comparable facilitation of movement responses when observing biological motion. Furthermore, controls and patients showed enhanced startle reactivity to pictures primed with moving videoclips compared to static control sequences. Therefore our findings are strongly suggestive that mirror neuron dysfunction is neither a disease related nor a genetic trait of schizophrenia.

Cognizione sociale e vita di relazione: dallo studio del comportamento al neuroimaging

M. Casacchia
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a direzione Universitaria, Dipartimento di Scienze della Salute, Università dell'Aquila

I deficit cognitivi rappresentano una caratteristica fondamentale della schizofrenia. Studi recenti hanno evidenziato che, tra i diversi disturbi cognitivi, la cognizione sociale sembra correlare con maggiore frequenza con le difficoltà che la persona affetta da schizofrenia incontra nella vita quotidiana nell'instaurare soddisfacenti rapporti interpersonali. I soggetti affetti da schizofrenia mostrano gravi deficit nell'elaborazione e nel processamento delle emozioni, soprattutto quando devono trasformare una semplice esperienza di tipo sensoriale in interazioni sociali complesse. Spesso presentano marcati deficit sia nell'esperienza soggettiva emozionale sia nella capacità di comprendere le emozioni altrui, presentando tuttavia uno specifico pattern di deficit che differisce in maniera sostanziale da quello evidenziato in soggetti con disturbi dell'umore.
Secondo alcuni Autori i deficit cognitivi e di cognizione sociale nella schizofrenia e nei disturbi mentali gravi potrebbero essere collegati alla durata dei sintomi e alla gravità del disturbo, rappresentandone una caratteristica di stato associata alla gravità della malattia. La ricerca nell'ambito dell' imaging funzionale nei disturbi mentali gravi e nella schizofrenia ha messo in evidenza i correlati neuronali delle alterazioni cognitive. Attualmente, tuttavia, i dati relativi ai marker biologici di tale disturbo da utilizzare in ambito clinico e prognostico, sono ancora scarsamente univoci ed incompleti.
Obiettivo della nostra ricerca è stato quello di analizzare nei soggetti affetti da schizofrenia – sia con disturbo cronico sia in soggetti all'esordio – le capacità di cognizione sociale utilizzando sia paradigmi comportamentali classici che paradigmi comportamentali e sperimentali durante risonanza magnetica funzionale.
I risultati evidenziano che i soggetti con esordio psicotico non mostrano differenze nei compiti di cognizione sociale esplorata mediante compiti comportamentali. Abbiamo invece rilevato interessanti differenze nelle attivazioni delle aree limbiche frontali tra soggetti con esordio psicotico e soggetti con schizofrenia cronica.

Il problema mente-cervello e lo studio del comportamento mediante Risonanza Magnetica Funzionale

F. Di Salle
Università di Pisa

Le più recenti evoluzioni della Risonanza Magnetica Funzionale aprono prospettive di estremo interesse per le applicazioni allo studio delle patologie psichiatriche. Verranno dimostrate le potenzialità dei più efficaci strumenti di analisi funzionale in Risonanza Magnetica, che comprendono lo studio dell'organizzazione connettivistica del cervello e la valutazione dei pattern neurotrasmettitoriali che sorreggono le strutture connettivistiche.
Si valuteranno, inoltre, le potenzialità applicative di queste nuove metodiche allo studio della fisiologia cerebrale e delle principali patologie mentali.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO – ORE 11,40-13,40
Sala Tiziano

SS8. La valutazione di efficacia degli antipsicotici atipici nelle psicosi maggiori: dati meta-analitici *vs.* prassi clinica

Coordinatore
A.C. Altamura (Milano)

Limiti degli studi di meta-analisi nella gestione quotidiana della schizofrenia

A.C. Altamura
Milano

Nell'ultimo decennio gli studi di tipo metanalitico sono andati notevolmente crescendo nella letteratura psichiatrica, in particolare in relazione all'efficacia dei trattamenti farmacologici. Per ciò che attiene la schizofrenia, tali studi hanno preso in particolare considerazione le differenze di efficacia tra nuovi e vecchi antipsicotici con risultati talora contrastanti. Infatti, mentre i primi studi avevano mostrato una maggiore efficacia complessiva per gli antipsicotici di nuova generazione nei confronti dei neurolettici, importanti studi multicentrici condotti in seguito (es. Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness, CATIE; Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Severe Schizophrenia, CUTLASS) ne hanno messo fortemente in discussione i principali risultati. Nuovi e ancora più recenti studi metanalitici, tuttavia, sembrano nuovamente confermare la superiorità dei nuovi antipsicotici rispetto agli antipsicotici di prima generazione. Cionondimeno occorre sottolineare come l'approccio metanalitico sia in grado di cogliere solo parzialmente la complessità del trattamento della schizofrenia per diverse ragioni. In prima istanza, la schizofrenia è una patologia neurodegenerativa ad andamento cronico e progressivo e gli studi – e le relative metanalisi – che hanno preso in considerazione pazienti cronici, trattati peraltro per un periodo di tempo limitato, possono difficilmente mostrare risultati significativi. Occorre altresì rimarcare come le misure d'efficacia prese in considerazione da questi studi siano anch'esse in grado di fornire un'immagine solo parziale del reale valore di un composto nella pratica clinica quotidiana, e come parametri quali il benessere soggettivo, il funzionamento socio-lavorativo del soggetto, il disagio percepito dai caregivers, l'entità e la durata delle ricadute, il numero di ospedalizzazioni siano in ultima analisi i veri ambiti su cui valutare l'outcome a lungo termine del paziente schizofrenico. Questi ed altri aspetti saranno l'oggetto della presentazione e di diverse riflessioni nel presente Simposio.

Psicopatologia e psicofarmacologia: esperienze soggettive nel trattamento antipsicotico

C. Maggini
Università di Parma

Con l'avvento degli antipsicotici atipici l'incontro tra psicopatologia soggettiva e psicofarmacologia si è in qualche misura determinato.
Durante il periodo degli antipsicotici tipici la valutazione della patients' subjective experience ha ricevuto scarsa attenzione pur essendo noti gli adverse subjective effects indotti da questi farmaci e la relazione tra subjective experience a compliance al trattamento.
Per decenni la ricerca ha focalizzato i *motor side-effects* trascurando le *more subtle emotional restrictions*, peraltro di non agevole differenziazione dai sintomi negativi primari o secondari. E questo per l'erronea convinzione che gli schizofrenici fossero incapaci di valutare affidabilmente il loro *subjective well-being*.
Con gli anni ci si è resi conto che gli schizofrenici sono capaci di autovalutare il loro stato affettivo, il benessere subiettivo e la qualità della vita e con emergere dai self-reports dei vantaggi degli antipsicotici atipici, la *patients´ perspective* ha cominciato ad essere presa in considerazione e sono stati elaborate *self-rated scales* ad hoc.
Attualmente diffusa è la consapevolezza della opportunità di affiancare alla *clinicians´ perspective* (symptom reductions) la *patients´ perspective* e di coniugare la tradizionale ricerca quantitativa con una *qualitative methodology* per meglio comprendere la compliance, la risposta e l'esito del trattamento.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO – ORE 16,00-18,00
Sala Michelangelo

SS9. Le neuroscienze e il futuro della psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

Coordinatore
E. Caffo (Modena)

New trends in neuroimaging research of childhood mental disorders

B.S. Peterson
Columbia University & New York State Psychiatric Institute

The use of brain imaging to identify biomarkers that will aid in the diagnosis and treatment has been the hope for childhood psychiatric disorders for decades. The initial belief of many investigators, that the use of conventional volumetric measures of a single brain region would suffice to aid in clinical diagnosis and management, was rather naïve, because nearly all brain regions are anatomically and functionally heterogeneous, and the likelihood that all or most of those heterogeneous subregions would be involved in the disease process is low, thereby diluting the diagnostic effects on overall regional volumes. Recent advances in image processing techniques now permit the construction of maps of local volume at each point across the entire brain or brain subregions, permitting a much finer-grained, higher resolution representation of diagnostic effects that more adequately represent the spatially distributed, circuit-based disturbances that are thought to produce developmentally based psychiatric disturbances. These finer-grained maps across the brain are providing evidence for the presence of patterns of anatomical and functional disturbance that are specific for particular disorders and that may soon be sufficiently sensitive to aid in clinical diagnosis and management. Specific examples of promising biomarkers for conditions affecting children and adolescents include those identified in major depression, tourette syndrome, attention-deficit/hyperactivity disorder, schizophrenia, and premature birth. These biomarkers may be of considerable help in preventing illness in high risk populations, in predicting the course of future illness, and in subtyping disorders to improve and personalize treatment.

DSM-V for children: has neuroscience informed the process?

R.G. Klein
Fascitelli Family Professor of Child and Adolescent Psychiatry, New York University Child Study Center, New York

A number of issues have influenced a critical review of the psychiatric nomenclature for children for the development of DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders). Some include the relatively high comorbidity of anxiety disorders, the validity of sub-types of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) (i.e., combined, predominantly inattentive, and predominantly hyperactive types), the diagnostic distinction between Major Depression in childhood and adulthood (where irritability can substitute for depressed mood in children/adolescents), refinements in the diagnosis of conduct disorder that would identify callous-unemotional traits, age-related differences in post traumatic stress disorder (PTSD) manifestations, among others. In addition, the child disorders have influenced our understanding of adult psychopathology, such as for separation anxiety disorder and ADHD in adulthood. The contribution of neuroscience in the resolution of these questions will be discussed, as well as the implications for future developments in child psychiatry.

Lo stato attuale della ricerca genetica: identificazione di geni di suscettibilità nelle patologie psichiatriche dell'infanzia ed dell'adolescenza

F. Macciardi
Professore Associato di Genetica Medica, Università di Milano, Italia; Professor of Psychiatry and Human Behavior, University of California, Irvine, USA

Le tecniche e metodologie attuali degli studi di associazione genetica dei caratteri complessi (Genome-wide Association Studies – GWAS) hanno permesso per la prima volta nella storia della genetica psichiatrica di identificare e confermare l'associazione epidemiologica di polimorfismi DNA (in maggioranza i cosiddetti SNP o Single Nucleotide Polymorphisms) con le maggiori patologie psichiatriche, dalla schizofrenia ai disturbi affettivi all'Autismo alla malattia di Alzheimer. Dato che per ciascun polimorfismo DNA è poi nota la precisa ed unica localizzazione nel genoma umano, è possibile risalire dal singolo SNP al gene che ne viene mappato e quindi, per inferenza, "conoscere" il gene coinvolto nella specifica malattia. Questa metodologia può essere ulteriormente rafforzata con il miglioramento della definizione clinica della malattia (cioè del fenotipo) nel modo più preciso possibile, per esempio "definendo" la condizione di malattia in base a caratteristiche di fun-

zionamento di aree cerebrali specifiche con tecniche di Brain Imaging. In questo modo è stato possibile, per esempio, identificare geni coinvolti nella eziologia della schizofrenia, sia dell'adulto [1 2] che nella schizofrenia ad esordio infantile e nell'autismo [3]. Molti dei geni identificati in questo modo hanno una funzione specifica nello sviluppo del sistema nervoso centrale e solo una minoranza ha un ruolo chiaramente legato al metabolismo dei neurotrasmettitori.
Nella quasi totalità dei casi, tuttavia, non è stato possibile identificare varianti alleliche dei geni coinvolti che codificassero per un diverso aminoacido della proteina coinvolta, con la notevole eccezione di APO-E nella malattia di Alzheimer. Resta quindi da spiegare il ruolo delle varianti alleliche coinvolte nella eziologia delle malattie psichiatriche, un ruolo che verosimilmente è legato a meccanismi di regolazione della funzione e dell'espressione dei geni, piuttosto che non ad una loro variante proteica.
L'interesse attuale della ricerca genetica è quindi essenzialmente incentrato sullo studio dei meccanismi di funzionamento dei geni, sia considerando ciascun gene per se, sia soprattutto cercando di riscostruire le reti (metaboliche, regolatrici, legate al neurosviluppo, ecc.) in cui i geni interagiscono tra loro. Questa fase attuale della ricerca genetica è strettamente legata alla nostra progressiva conoscenza del genoma umano, con la sua notevole complessità. Di particolare interesse per lo studio delle malattie mentali è la scoperta recente dei meccanismi che regolano l'attività tessuto specifica di famiglie geniche e la rapida evoluzione che questi geni hanno avuto nel genere umano. I dati che presentiamo in relazione ad uno di questi geni (AHI1 nella schizofrenia e nell'autismo) esemplificano tutti gli aspetti descritti.

Bibliografia

1. Potkin SG, Turner JA, Fallon JA, Lakatos A, Keator DB, Guffanti G, et al. *Gene discovery through imaging genetics: identification of two novel genes associated with schizophrenia*. Mol Psychiatry 2009;14:416-28.
2. Potkin SG, Turner JA, Guffanti G, Lakatos A, Fallon JH, Nguyen DD, et al. *FBIRN: a genome-wide association study of schizophrenia using brain activation as a quantitative phenotype*. Schizophr Bull 2009;35:96-108.
3. Rapoport J, Chavez A, Greenstein D, Addington A, Gogtay N. *Autism-spectrum disorders and childhood onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relationship revisited*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48:10-8.

Meccanismi di regolazione funzionale dei geni di interesse psichiatrico

S. Gaudi

Dipartimento del Farmaco, Istituto Superiore di Sanità

Lo studio e l'identificazione delle basi molecolari delle patologie complesse, e tra queste le patologie psichiatriche, si è basato principalmente sull'analisi dell'interazione tra geni e ambiente. Il sequenziamento completo del genoma umano ha inaspettatamente rivelato che i geni codificanti costituiscono solo l'1,2% del totale del genoma e che il 45% è rappresentato da elementi trasponibili. Questi elementi trasponibili, pur non codificando per proteine strutturali, possono interagire sia con i geni che con l'ambiente nel determinare il fenotipo patologico.
Il coinvolgimento degli elementi trasponibili nella regolazione dell'espressione genica è già stato dimostrato nei tumori e nelle malattie autoimmuni (Schulz et al., 2006).
Gli elementi trasponibili sono costituiti da due classi principali di retroelementi, i retrovirus endogeni umani (HERVs) e i "long interspersed nuclear elements" (LINEs). In pazienti schizofrenici sono state rilevate nel siero particelle circolanti di Herv (Perron et al., 2008), e sono stati misurati alti livelli di espressione di Herv nelle cellule del sangue in pazienti al primo esordio di schizofrenia (Yao et al., 2008). Una riduzione del livello di espressione di HERV è stato riscontrato nelle regioni cerebrali specifiche responsabili di schizofrenia, disturbi bipolari e depressione maggiore (Weis et al., 2007). Inoltre studi recentissimi (Faulkner et al., 2009) hanno identificato che circa il 31% dei siti di inizio della trascrizione dei geni umani è localizzato a livello delle sequenze LINE.
In questo studio saranno caratterizzate le sequenze fiancheggianti i geni di interesse per le maggiori patologie neuropsichiatriche infantili, con specifico riferimento all'autismo ed alla schizofrenia ad esordio infantile (Childhood Onset Schizophrenia o COS) al fine di identificare l'eventuale associazione con i promotori, tessuto specifici e non, localizzati negli elementi trasponibili. Questo progetto richiederà anche il ri-sequenziamento di regioni ricche in sequenze ripetute adiacenti ai geni di interesse. I risultati dell'analisi dell'espressione genica proveniente da tessuti di pazienti donatori ci consentirà di identificare nuovi target molecolari coinvolti nella determinazione del fenotipo patologico.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO – ORE 16,00-18,00
SALA CARAVAGGIO

SS10. Traumi e psicopatologia

COORDINATORE
C. Faravelli (Firenze)

Brain structural abnormalities and mental health sequelae in south vietnamese ex-political detainees who survived traumatic head injury and torture

R. Mollica
Boston, USA

Objective: to identify structural brain alterations associated with traumatic head injury **(**THI) and to investigate whether these deficits are associated with posttraumatic stress disorder (PTSD) and depression.
Design, **setting, and participants:** a subsample of Vietnamese ex-political detainees (n = 42) and comparison subjects (n = 16) was selected for neuroimaging from a community study of 337 ex-political detainees and 82 comparison subjects.
Main outcome measures: scores on the Vietnamese versions of the Hopkins Symptom Checklist–25 (HSCL) and Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) for DSM-IV depression and PTSD, respectively. Cerebral regional cortical thickness measured by three-dimensional morphometric MRI analysis. Manual volumetric morphometry of amygdala, hippocampus, and thalamus.
Results: THI-exposed ex-political detainees (n = 16) showed a higher rate of depression (OR = 10.2, 95% CI = 1.2 to 90.0) than those without THI exposure (n = 26). Ex-political detainees with THI had thinner prefronto-temporal cortices when compared to those without THI exposure (p <.001 by the statistical difference brain map) in the left dorsolateral prefrontal and bilateral superior temporal cortices controlling for age, handedness and number of trauma/torture events (left superior frontal cortex [SFC], p =.006; left middle frontal cortex [MFC], p =.01; left superior temporal cortex [STC], p = .007; right STC, p =.01). Trauma/torture events were associated with bilateral amygdala volume loss (left, p =.045 and right, p =.003). THI-associated cortical thinning in the left SFC and bilateral STC were related to HSCL depression scores in THI-exposed (versus non-THI-exposed) ex-political detainees (left SFC, p for interaction =.007; left STC p for interaction =.03; right STC, p for interaction =.02).
Conclusions: structural deficits in prefrontal-temporal brain regions are linked to THI exposures. These brain lesions are associated with the symptom severity of depression in Vietnamese ex-political detainees.

Biological mechanisms underlying the effects of stress on physical health

C. Pariante
Londra, UK

Depression in medically ill patients seems to be associated with an over activity of both the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis and of the immune system. In particular, there is evidence of an increased production of the main cytokine involved in the inflammatory response, the interleukin (IL)-6. While these abnormalities may be present also in major depression in a "psychiatric" context, patients with an advanced disease have an abundance of the biological risk factors that are more likely to activate the neuro-endocrine-immune response, like infection, cancer, autoimmune reactions, tissue trauma, and damage by chemotherapy and radiotherapy. Interestingly, clinical treatments using pro-inflammatory cytokines, and in particular interferon-alpha in patients with chronic viral hepatitis, can induce psychopathological symptoms like depression, fatigue and irritability. Therefore, this kind of patients has been extensively examined to investigate the mechanisms by which proinflammatory cytokines induce depression and other psychopathological symptoms. This research has identified multiple pathways activated by proinflammatory cytokines and potentially involved in the pathogenesis of psychopathological symptoms: an increase in corticotropin-releasing factor (CRF, a "depressogenic" neurotransmitter), a reduction in serotonin (an "antidepressant" neurotransmitter), an increase in kynurenine and quinolinic acid (two substances potentially toxic for the brain), a reduction in the metabolism of the basal ganglia and a impairment in attention and other cognitive functions. Our own work has also demonstrated that some patients experience persistent psychopathological symptoms that continue even years after stopping the interferon-alpha treatment, and that genes regulating the immune response influence the development of psychopathological symptoms in these patients. In this presentation, we will summarise our work and the available literature on this topic, discuss the available therapeutic options, and speculate on the "evolutionary benefit" that may have maintained the link between immune activation and depression.

Stress e psicopatologia: un approccio transnosografico

C. Faravelli, M. Catena, C. Lo Sauro
Firenze

Childhood traumatic events and functional abnormalities of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis have been widely reported in psychiatric patients, although neither is specific for any diagnosis. Among the limited number of studies which have evaluated these topics, none has adopted a trans-diagnostic approach. The aim of the present research is to explore the relationship between childhood stressors, HPA axis function and psychiatric symptoms, independently of the diagnosis.
Ninety-three moderate to severely ill psychiatric outpatients of Florence and Pisa University Psychiatric Units and 33 healthy control subjects were recruited. The assessment consisted in: salivary cortisol pre and post low dose (0.5 mg) dexamethasone, early and recent life events, 121 psychiatric symptoms independent of diagnosis.
33.5% of patients were DST non-suppressors, compared with 6.1% of controls (p =.001). Among patients, non-suppression was associated with particular symptoms (i.e. depressive and psychotic), but not to any specific diagnosis. Early stressful life events were significantly associated with higher salivary cortisol levels, with DST non suppression, and with approximately the same subset of symptoms. A recent stressful event seemed to be associated to the HPA response only in those subjects that were exposed to early traumata.
A relationship between life stress, HPA axis and psychopathology is suggested. A few specific psychiatric symptoms seems to be stress related. Moreover, it seems that an abnormal HPA response is triggered by an excessive pressure in vulnerable individuals.

L'adattamento psicopatologico al sisma nelle persone affette da disturbi mentali

A. Rossi, P. Stratta*
*Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila; * Dipartimento di Salute Mentale, Centro di Salute Mentale, L'Aquila*

Eventi disastrosi hanno importanti conseguenze psicopatologiche e forniscono opportunità uniche per esplorare comparabili effetti di stress acuto. Entro 2 mesi dal terremoto che ha colpito L'Aquila il 6 aprile 2009, abbiamo esaminato 87 persone utenti del locale Centro di Salute Mentale: 65 già in carico valutati per follow-up programmato e 22 nuovi contatti. Sono stati valutati attraverso un Analogo Visivo con tre punti di ancoraggio ("meglio", "uguale", "peggio") in risposta alla domanda "Come si è sentito mentalmente dopo il terremoto?" e la Clinical Global Impression.
Tra le persone in carico, solo il 25% di quelli con diagnosi di schizofrenia ed il 26% di disturbi affettivi riferivano di sentirsi peggio, mentre i rimanenti riferivano di sentirsi 'uguale' o addirittura 'meglio'. Il 58,3% dei soggetti con disturbi d'ansia si era sentito invece "peggio", il 41,7% "uguale" rispetto a prima del terremoto. I nuovi contatti, di cui il 41% chiedeva un intervento per disturbo da stress, riportavano un peggiore adattamento, indipendentemente dalla diagnosi.
In una prospettiva a breve termine, i soggetti con schizofrenia hanno mostrato un migliore adattamento, mentre peggiore era quello delle persone con disturbo d'ansia. Anche se speculativamente, si può sostenere che un migliore adattamento a breve termine possa essere associato a sintomi negativi o a fattori psicosociali. I disturbi di ansia sarebbero invece più inclini a scompenso dopo stress per diversi meccanismi psicobiologici di vulnerabilità.
I nostri risultati confermano la rilevanza clinica delle differenze diagnostiche nell'adattamento ad eventi stressanti estremi.

Bibliografia

Stratta P, Rossi A. *The role of mental disorders on subjective adjustment following the L'Aquila earthquake*. Am J Psychiatry (in corso di stampa).

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO – ORE 16,00-18,00
SALA TINTORETTO

SS11. La prevenzione del suicidio: dalla ricerca di base alla clinica

COORDINATORE
R. Tatarelli (Roma)

Neurobiological and genetic markers in suicide research

A. Serretti
Institute of Psychiatry, University of Bologna, Italy

Suicidal behaviors are a widespread health problem with one million suicides per year world wide and 10-20 times more suicide attempts. It is the 3rd leading cause of death in 15-34 year olds in the USA and it is the leading cause of death in youth in China, Sweden, Australia and New Zealand. Furthermore up to 15% of those who are clinically depressed die by suicide.
Among the many reasons that lead to commit suicide, heritable ones have a preminent role. In fact family history of suicide is associated with an increased risk of suicide in first degree relatives and twin studies evidenced a greater monozygotic concordance for suicide and attempted suicide (17 fold elevation of risk) with adoption study confirming a 6 fold elevation in biological relatives. Overall genetic factors contribute for approximately 43% of the phenomenon.
From a biological point of view, an association between serious suicide attempts and low 5HIAA levels in cerebrospinal fluid (CSF) has been reported as a stable biochemical trait marker independent from diagnoses.
Therefore the search of possible modulating genes focused on the serotonin system and the genes coding for the serotonin transporter, tryptophan hydroxylase, receptors including 5-HT1A, 5-HT1B, and 5-HT2A have been consistently, but not unequivocally, linked to suicidal behaviors. In fact each gene contributes to the clinical picture in a complex interplay with subject's features (personality, aggression, anger) and environment.
In conclusion genetic factors are important for suicidal behaviors and will ultimately help clinicians to manage this challenging phenomenon.

Suicide prevention and the practioners

K. Szanto
University of Pittsburgh School of Medicine, Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, PA, USA

The first part of the presentation will summarize the results of a 5-year suicide prevention program for general practitioners (GP-s) in the Kiskunhalas region of Hungary, launched by the American Foundation for Suicide Prevention. The study investigated the effects of a depression recognition and treatment program for GPs and for their nurses on suicide mortality. The components of the program were: 1) improving the identification of at-risk individuals by GPs through screening for depression and suicidal ideation with simple standardized instruments; 2) improving access to depression treatment, and 3) enhancing the quality of treatment provided by GPs and local psychiatrists. In the intervention region the suicide rate decreased from 59.7/100,000 to 49.9/100,000. The decrease was comparable to the decrease in the control region, and greater than the decrease in the whole county and the whole country. The prevention program had been more effective in the rural areas, where the level and accessibility of care had been poorer than in Kiskunhalas town. The antidepressant rate increase was greater in the intervention region than in the control region, the county or in the whole country ($p < 0.0001$), and this effect may have mediated the impact of the prevention program on suicide rates.
The second part of the presentation will present data from treatment studies of elderly suicidal patients. Our study in 395 elders with major depression showed that those who endorsed suicidal ideation at baseline or had a recent suicide attempt had lower remission rates and needed twice as long time to get well (median time to response was six weeks *vs*. three weeks in suicidal and non-suicidal patients). We have also found that non-demented depressed elderly attempters display impaired reward/punishment-based learning. As processing of reward, punishment, and time signals are related to the integrity of the ventral prefrontostriatal networks, these studies may indicate the need to personalized pharmaco- and psychotherapy.

Dalla ricerca di base all'incontro con il paziente a rischio di suicidio

M. Pompili
Sapienza Università di Roma

La ricerca di base è condotta per comprendere ma essa necessita di ulteriore sviluppo per divenire strumento che possa migliorare le nostre vite. Trasferire la ricerca dai laboratori alla clinica è un'esperienza di

grande significato. In questo processo le conoscenze del laboratorio si incontrano con le esigenze della clinica che restituisce un feedback affinché la ricerca di base possa migliorarsi. Nella prevenzione del suicidio osserviamo un gran numero di dati prodotti quotidianamente ma con scarso impatto sulla pratica clinica. Sembrerebbe che ci sia una mancanza di integrazione tra quello che è prodotto dai suicidologi e quello che si mette in pratica con gli individui a rischio di suicidio. Dai marker biologici a quelli psicologici così pure considerando le terapie farmacologiche si osserva spesso che le conoscenze non fanno parte dell'agire clinico quando si esegue l'assessment sul rischio di suicidio. In questo contesto l'evidence-based è un aspetto fortemente penalizzato che invece dovrebbe far parte delle conoscenze dell'operatore della salute. Questa presentazione si propone di creare un contesto nel quale identificare possibili strategie che permettano l'integrazione tra ricerca di base, ricerca empirica e clinica. Un ulteriore scopo di questa presentazione è di fornire una panoramica sui marker biologici e psicologici e comprendere come possono essere utilizzati nell'affrontare il rischio di suicidio.

Suicide across the Lifespan

Y. Conwell
Rochester, USA

With over a million people worldwide taking their own lives every year, suicide is a universal public health concern. Prevention of suicide is a complex, multifaceted enterprise that hinges on the definition of modifiable risk factors and systematic access to individuals or groups at risk. On those bases effective interventions can then be developed that utilize high-risk and/or population-based approaches.
Complicating the task of developing suicide preventions, however, is the fact that suicide risk determinants and sites of potential access to at-risk individuals and groups vary widely across the lifespan. That variation in turn reflects age-related psychological, socio-cultural, and biological processes. Understanding of the role played by developmental processes across the life course is necessary to inform the design of comprehensive suicide prevention strategies.
With this background, Dr. Conwell will provide an overview of suicide rates worldwide, emphasizing patterns as a function of age and sex. He will then review current knowledge about risk factors for suicide at different points in the life course, consider the role that psychological, social and biological process may play in that variability, and discuss the sites best suited to accessing risk-groups and mounting suicide preventive interventions at different ages.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO – ORE 16,00-18,00
Sala Pinturicchio

SS12. L'approccio al paziente anziano nella psichiatria di Liaison

Coordinatore
E. Torre (Novara)

Dalla biologia alla psicodinamica: il prendersi cura del paziente demente

P. Giannakopoulos
Ginevra, Svizzera

During the last two decades, clinical research in the field of dementias moved on two apparently opposite yet highly complementary directions. New imaging tools were used to identify subtle changes in brain connectivity that may predict the rapid cognitive decline in a subset of individuals with mild cognitive impairment. Structurally, the rate of medial temporal lobe atrophy was associated with a 1.5 to 3-fold increase of the risk of conversion from MCI (mild cognitive impairment) to AD (Alzheimer's disease). Moreover, the relationship between the rate of hippocampal atrophy or smaller baseline hippocampal volume and amnestic MCI conversion is now well established. More recently, diffusion tensor imaging showed that a reduced fractal anisotropy in parahippocampal cingulum and posterior cingulated cortex predicts decline in memory performances. Functionally, regional cerebral glucose metabolism was studied as a surrogate for regional synaptic activity in the brain. After an initial phase of enthusiasm related to some positive studies, an increasing variability of the

proposed associations raised doubts about the real interest of this approach in clinical settings. In the last five years, several studies focused on the *in vivo* visualization of plaques using the [C-11] Pittsburgh Compound B or plaques and tangles with the [F-18]FDDNP. Despite the fact that amnestic MCI cases that evolve to AD have higher binding at baseline compared to MCI non-converters, a substantial overlap persisted between the two groups. Finally, longitudinal EEG studies proposed several quantitative parameters, including low to high rhythm frequency band desynchronization and latency of working-memory related potentials that predict accurately (but not at an individual level) MCI rapid cognitive decline. Parallelng this evolution in early cases, clinical-radiological studies provided new insights into the functional substrates of non-cognitive symptoms such as emotional disturbances, aggressiveness or apathy in clinically overt cases. The term behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) was defined in late 90s and include symptoms of disturbed perception, thought content, mood or behavior that frequently occur in patients with dementia. BPSD are currently seen as the integrated product of a complex interaction between the emotional and cognitive functions of the individual in the context of ongoing environmental influences. An integrated view of the neuropsychiatric symptoms occurring in the course of AD requires careful consideration not only of the genetic background and biological determinants of cognitive loss but also the individual's personal, social and cultural history learned over the lifetime as well as coping strategies and adaptive resources. A modern clinical approach of dementias should proceed from a double movement – on the one hand, a front zoom, that permits to focus on the objective features getting clear of the subjective aspects – and in the other, an opposite movement that re-broadens the field in order to return to the individual's subjectivity.

A multi-disciplinary team approach to dementia care

M.G. Austrom
Indianapolis, USA

Dementia is a common problem among older adults attending primary care clinics, yet most do not receive adequate diagnosis, evaluation, education, or long-term management. Funded by a grant from Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), we conducted a randomized trial of a primary care-based care management program to improve outcomes of care for patients with Alzheimer disease and their family caregivers. The study intervention included three components:

a. a comprehensive screening and diagnosis protocol;
b. a multi-disciplinary team approach to care coordinated by a geriatric nurse practitioner; and
c. a proactive longitudinal tracking program.

A major component of the team approach to care included intervention strategies directed primarily, but not exclusively, toward the family caregivers dealing with common behavioral disturbances associated with dementia. The primary outcomes were reduction in behavioral disturbances, caregiver stress, and health care utilization. The purpose of this presentation is to describe the multi-faceted care management intervention with particular attention to the psychosocial educational support group for caregivers where they received education about implementing behavioral interventions.

Depressione negli anziani con malattie neurologiche quali malattia di Alzheimer, morbo di Parkinson e infarto

D. De Ronchi
Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

L'aumentata aspettativa di vita sta modificando drammaticamente la struttura demografica delle popolazioni. L'indice di vecchiaia in Italia è il più alto al mondo e gli over 65 saranno nel 2030 il 30% della popolazione. Anche in psichiatria le patologie dell'anziano assumono progressivamente maggiore rilevanza, e nessuno specialista può più sottrarsi al confronto con il corretto riconoscimento e l'adeguata gestione dei disturbi psichici dell'età avanzata, anche nei contesti una volta definiti "neurologici", quali Alzheimer, morbo di Parkinson e infarto.
La depressione in particolare non è più vista solo come una conseguenza di queste gravi patologie, ma sempre più è chiamata in causa come fattore di rischio. In particolare negli ultimi 15 anni è stata suggerita l'esistenza di una relazione bidirezionale fra depressione e demenza, Parkinson e infarto. La prognosi di queste malattie neurologiche pare essere peggiore in persone con storia di depressione non trattata. Potrebbe una tempestiva diagnosi e terapia antidepressiva rallentare un'eventuale evoluzione verso le forme più gravi di queste patologie dementigene? Non abbiamo risposte certe a questa domanda, ma è un dato acquisito che la co-presenza di depressione e deterioramento cognitivo triplica la disabilità negli anziani.
Le persone anziane con disturbi cognitivi, anche ad uno stadio iniziale di decadimento, hanno assoluta necessità di una valutazione attenta di possibili sintomi depressivi, al fine di ricevere un trattamento appropriato che possa ridurre il rischio di gravi disabilità future.

Il paziente anziano affetto da patologia neoplastica: il ruolo della psichiatria di Liaison

P. Zeppegno
SCDU Psichiatria, AOU Maggiore della Carità di Novara, UPO Avogadro

L'oncologia rappresenta un importante ambito di intervento della psichiatria di Liaison, in particolare quando

la patologia neoplastica colpisce i due estremi della vita: l'età pediatrica e l'età geriatria.
Con questo lavoro si propone da un lato di presentare i dati relativi all'attività strutturata in ambito oncologico, con particolare riferimento al paziente anziano, dall'SCDU Psichiatria AOU Maggiore della Carità di Novara UPO A. Avogadro secondo il proprio modello di attività che comprende:
1. la consulenza psichiatrica in senso stretto;
2. le problematiche relative al rapporto medico-paziente, medico-familiare, équipe curante;
3. la formazione.
Si propongono, inotre, alcune riflessioni sugli aspetti della relazione con la persona malata anziana che perde progressivamente le proprie capacità e la propria autonomia, e ci permette il confronto, che spesso "manda in crisi" gli operatori, con la cronicità, con il dolore, con la nostra fragile e precaria condizione umana.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO – ORE 11,40-13,40
Sala Michelangelo

SS13. Controversie, incongruenze e aspetti critici della terapia antipsicotica

Coordinatore
G. Muscettola (Napoli)

Do effectiveness ("real world") studies on antipsychotics tell us the real truth?

H.-J. Möller

Department of Psychiatry, Ludwig-Maximilians-University München, Munich, Germany

In recent years, so-called 'effectiveness studies' have gained increasing importantance in the context of evidence-based medicine. These studies supposedly follow less restrictive methodological standards than phase III studies in terms of patient selection, co-medication and other design issues, and their results should therefore be better generalisable than those of phase III studies. Effectiveness studies, like other types of phase IV studies, can therefore contribute to the knowledge about antipsychotics or other psychopharmaceuticals and supply relevant information in addition to that gained from phase III trials. However, the less restrictive design and inherent methodological problems of phase IV studies mean that their results cannot falsify the results of phase III studies.
The greater complexity of phase IV studies, for example the greater variance caused by the different kinds of confounders, means that their results have to be interpreted with great care and especially with a high degree of awareness of problematic design issues, such as insensitive primary outcome criteria, biased randomisation, unblinded treatment conditions, inclusion of chronic refractory patients, etc. Some recently published effectiveness studies on antipsychotic treatment of schizophrenia will be discussed under these methodological aspects. The main conclusions of these trials will be questioned on the basis of their severe methodological pitfalls.

Neurobiologia traslazionale e antipsicotici: reale utilità per la pratica clinica?

A. de Bartolomeis

Laboratorio di Psichiatria Molecoalre e Unità per le Farmacoresistenze in Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Napoli Federico II

Nonostante le scoperte dell'ultimo decennio sui putativi correlati fisiopatologici delle psicosi e sui meccanismi molecolari dell'azione degli antipsicotici rimane evidente la difficoltà di traslare in maniera significativamente incisiva e clinicamente efficiente le informazioni emergenti da studi sperimentali preclinici e clinici nella pratica clinica.
Di questo aspetto controverso e non risolto vengono qui di seguito discussi alcuni punti essenziali e con specifici riferimenti sperimentali.
1. Il modello preclinico classico *bench to bedside* (dal laboratorio alla corsia) dovrebbe essere nella strategia traslazionale fortemente influenzato dall'evidenze della clinica e pertanto dall'informazioni *bedside to bench* (dalla corsia al laboratorio). Questo non sempre avviene. Il significato e l'utilità delle dosi di antipsicotico testate nell'animale spesso molto lontane da quelle poi considerate efficaci in clinica (anche con le correzioni farmacocinetiche necessarie per differenze tra specie) è un esempio di questo aspetto cruciale.
2. L'approccio traslazionale allo sviluppo di nuovi composti contro domini psicopatologici multipli della schizofrenia dovrebbe considerare lo sviluppo di modelli animali che consentano di superare l'attuale e per molti versi insufficiente dicotomia tra

antipsicotici tipici e atipici (peraltro nella sua origine di natura squisitamente clinica). La caratterizzazione degli antipsicotici sulla base di nuovi criteri molecolari è un'esigenza non più posponibile.

3. Quantunque la strategia di frontiera per lo sviluppo di trattamenti farmacologici innovativi sia particolarmente incentrata, allo stato dell'arte su target utili per un potenziale effetto di tipo pro-cognitivo, esiste un bisogno non corrisposto per il trattamento dei sintomi produttivi. Un esempio è dato da quei pazienti che non rispondono alla terapia con gli attuali antipsicotici dopo un'iniziale congrua risposta. Studi preclinici indicano l'importanza dei meccanismi di regolazione recettoriale dopaminergica (D2R high affinity) nella comparsa della mancata risposta: di fatto non esistono modelli applicativi utili che possano trasferire quest'informazioni nella pratica clinica.

Negative symptoms of schizophrenia: neurobiology and new treatments

J.F.W. Deakin

Neuroscience and Psychiatry Unit, University of Manchester, UK

One of the major barriers to a high quality of life for patients with schizophrenia is the development of negative symptoms; a set of deficits in social behaviour, motivation and self-care. The relationship with impairments of cognitive function is unclear and the latter are increasingly viewed as a separate domain of deficits. Cognitive impairment affects a wide range of function and a general factor accounts for about 50% of the variance in test performance. Cognitive impairment is a predictor of impaired social functioning and quality of life but the relationship does not account for a high proportion of variance in outcome. It would seem likely that social and cognitive deficits relate to the subtle reductions in cortical grey matter and enlargement of the ventricles seen in schizophrenia. However, the evidence is not decisive and it cannot be assumed that brain pathology underpins deficit symptoms; there could be a strong functional component which may be reversible. Functional magnetic resonance imaging studies suggest impaired function in ventral striatal reward signalling accounts for aspects of deficit syndrome. Deficit symptoms are marked during acute episodes of psychosis and there is a good response to standard antipsychotic therapy. However, core negative symptoms persist and may increase in some patients despite control of psychosis. We have recently found that the anti-inflammatory antibiotic minocycline improves negative symptoms when added to treatment as usual over one year in a double-blind randomised controlled trial. The drug has several actions which may be relevant but the results encourage the view that negative symptoms may be reversible.

New frontiers of antipsychotics development

L. Pani

Cagliari

Although atypical antipsychotics have provided clinical advantages over conventional medications, data from trials such as CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness)[1] have highlighted that there is still a need for improved medications. Antipsychotic treatment continues beyond the acute phase into the stabilization and maintenance phases. The goals of prolonged treatment are to ensure that the patient's level of functioning and quality of life is maintained or improved, while the symptoms are controlled and side effects avoided. One approach to optimize antipsychotic activity is to modulate the pharmacokinetic profile and thus deliver improved pharmacodynamic effects. Oral formulations of antipsychotics are generally characterized by a relatively rapid rise and fall in plasma concentrations with levels above and below threshold levels being associated with an increased risk of side effects and reduced antipsychotic efficacy, respectively. Achieving steady plasma levels at which the drug achieves maximum symptom control but below levels at which adverse events occur therefore remains the ideal profile. For atypical antipsychotics, efficacy begins at approximately 65% occupancy of the D2 receptor, and occupancy above 80% can lead to EPS [2]. Approaches to reduce the peak-to-trough fluctuations compared with immediate-release oral agents include the use of long-acting injectable agents which have smoother plasma concentration–time profiles. For those patients who prefer oral agents, alongside the choice of agents such as olanzapine, quetiapine, ziprasidone and risperidone, there is the option of using paliperidone ER which uses oral osmotic pump extended-release technology [3]. This provides a continual release of medication leading to minimal peaks and troughs in plasma concentrations over a 24-hour period. Along this line of formulation development a sustained release formulation of quetiapine has also been recently introduced worldwide [4].

References

1 Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al.; Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. *Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia*. N Engl J Med 2005;353:1209-23.

2 Pani L, Pira L, Marchese G. *Antipsychotic efficacy: relationship to optimal D2-receptor occupancy*. Eur Psychiatry 2007;22:267-75.

3 Emsley R, Berwaerts J, Eerdekens M, Kramer M, Lane R, Lim P, et al. *Efficacy and safety of oral paliperidone extended-release tablets in the treatment of acute schizophrenia: pooled data from three 52-week open-label studies*. Int Clin Psychopharmacol 2008;23:343-56.

4 Kahn RS, Schulz SC, Palazov VD, Reyes EB, Brecher M, Svensson O, et al.; Study 132 Investigators. *Efficacy and tolerability of once-daily extended release quetiapine fumarate in acute schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study*. J Clin Psychiatry 2007;68:832-42.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO – ORE 11,40-13,40
SALA TIZIANO

SS14. Trattamenti non farmacologici nei disturbi psichiatrici gravi

COORDINATORE
M. Biondi (Roma)

Terapia cognitivo-comportamentale per la schizofrenia: descrizione delle tecniche e dei risultati di uno studio di effectiveness

D. Turkington
Newcastle, UK

The key elements of cognitive behaviour therapy (CBT) in schizophrenia will be described using clinical case examples. Techniques to optimize the *engaging* process will be itemized. The crucial stigma reducing technique of *normalizing* hallucinations and delusions will be demonstrated. Vignettes will be used to describe how to help the psychotic patient generate more functional *explanations* of voices and paranoia and how a *mini-formulation* can be generated to show how these symptoms are maintained via safety behaviours and affective routes. A typical *timeline* will be shown to demonstrate the emergence of a psychosis in the light of underlying vulnerabilities and life events and how this can be used to improve insight. Techniques to improve *compliance* with antipsychotic medication will be demonstrated based on the Health Belief model. Delegates will be shown how patients can be helped to *reality test* hallucinations and delusions using individualized *behavioural experiments*. A typical *relapse prevention* plan will be presented.
He will then describe the results of a large scale pragmatic trial in which mental health nurses were trained to deliver cognitive behaviour therapy CBT in community settings to patients with schizophrenia.
Background: evidence of the efficacy of CBT for schizophrenia is increasing. There are very few studies of effectiveness especially in the medium term.
Aim: to evaluate the durability of effect of brief CBT in community based patients with schizophrenia provided by mental health nurses (MHNs): relapse, rehospitalisation and occupational recovery over 24 months follow-up.
Method: a 2:1 randomized trial was performed to evaluate effects of brief CBT delivered by MHNs trained over 10 days with ongoing supervision compared to treatment as usual (TAU) measured by raters blind to treatment allocation.
Results: CBT delivered significant results on insight, depression and overall symptoms at end of therapy. At one year follow-up significant results were found on negative symptoms and insight. 205/257 (79.76%) CBT and 125/165 (75.75%) TAU patients could be followed up at 24 months. 64/205 (31.2% relapsed in the CBT group *vs.* 57/125(45.6%) in the TAU group ($p = 0.02$). Patients rehospitalized from CBT group spent a total of 6710 days in hospital (mean 32.73 days), while those from TAU group were inpatients for 6114 days (mean 48.91 days) ($p < 0.05$). 21/205 (10.24%) patients made an occupational recovery in the CBT group and 17/125 (13.6%) in the TAU group (x^2 test NS). Mean time to relapse was 356.8 days (SD 241.85) for the CBT group and 296.1 (SD 215.7) for the TAU group (OR 1.592, CI 1.038-2.441, $p = 0.033$).
Conclusion: symptomatic benefits are achieved in the short term. Benefits on relapse & rehospitalisation, of brief CBT for patients with schizophrenia in the community delivered by MHNs are maintained at 24 months follow-up. Occupational recovery is not improved by brief CBT.

Psychoeducation in bipolar patients

F. Colom
Barcellona, Spagna

The practice of psychotherapy is, and should be, constantly evolving. Our understanding of psychiatric disorders has dramatically grown in the last twenty years thanks to some key findings on their biological basis but also some key developments on our clinical knowledge. Moreover, a vast majority of severe psychiatric conditions that used to be considered as untreatable are today properly addressed thanks to the skyrocketing success of brand new drugs which allow our patients to reach some wellbeing, better quality of life and reduce suffering.
Psychological treatments for severe psychiatric disorders have also evolved dramatically during the last decade. It has been a troublesome and winding road but, finally, psychological treatments have a central role – most of the times as an add-on to pharmacological treatment – in the daily management of severe psychiatric disorders.
Psychotherapy is, nowadays, an evidence-based treatment which follows roughly the same rules and experiments which apply to other treatment modalities (medication, biophysical treatments). Models based on inspiration or subjectivity are left far beyond.

This lecture will review the evidence-based psychological treatments which have shown prophylactic efficacy on bipolar disorders, focusing mostly in psychoeducation and its long-term efficacy. The lecture also includes a view on the limitations of psychological treatments for bipolar disorder and how this may lead future developments.

Tecniche di rimedio nel trattamento del deficit cognitivo nelle psicosi croniche

P. Stratta

Dipartimento di Salute Mentale, ASL 4 L'Aquila

Il deficit cognitivo è un elemento nucleare del disturbo psicotico, dimostrato in modo consistente sia in soggetti al primo episodio di malattia che cronici, che coinvolge soprattutto alcuni domini cognitivi quali funzioni esecutive, attenzione, memoria e rappresenta un importante fattore predittivo dell'esito funzionale più che la sintomatologia clinica. La funzionalità cognitiva deve dunque essere un importante bersaglio del trattamento delle persone con psicosi.
La riabilitazione cognitiva utilizza strategie che permettono alla persona di far fronte alle richieste dell'ambiente nonostante le funzioni cognitive deficitarie. Numerosi studi hanno dimostrato come interventi di rimedio cognitivo abbiano importanti e durevoli ricadute non esclusivamente confinate alla sfera cognitiva, ma anche sulle abilità sociali e lavorative e sulla sintomatologia.
Interventi di rimedio cognitivo, quali compenso, *bypass* del deficit o allenamento di funzioni deficitarie possono permettere di ottenere un più favorevole esito del disturbo. Anche valutazioni relative la capacità di metacognizione rappresentano elementi di verosimile valore predittivo per identificare sottogruppi di persone con modalità di risposta al trattamento riflesso di differenti traiettorie cliniche.

Formazione del personale infermieristico all'uso di tecniche CBT (cognitive behavioral therapies) in un reparto di psichiatria d'urgenza. Effetti sulla soddisfazione degli utenti

R. Delle Chiaie, M. Biondi

Roma

Questo studio è stato condotto su un gruppo di 397 pazienti psichiatrici ammessi dal 2006 al 2009 presso il reparto SPDC del Policlinico Umberto I di Roma.
In questo periodo tutti gli infermieri del reparto hanno ricevuto un training di formazione CBT ed una supervisione costante sugli interventi. Sono stati incoraggiati a coinvolgere sempre attivamente i pazienti nel processo terapeutico, applicando tecniche CBT quali il social skills training, l'intepersonal problem solving ed interventi psicoeducativi. Individuando le strategie di coping utilizzate dai pazienti per la gestione dei problemi psicotici, si è scoraggiato l'impiego di quelle maladattive (ad es. ritiro emozionale), mentre sono state rinforzate quelle adattative (ad es. distrazione e rilassamento). Gli infermieri hanno sempre incoraggiato i pazienti a parlare dei loro sintomi psicotici, così da elaborare spiegazioni alternative per le convinzioni deliranti.
La misurazione della soddisfazione percepita dai pazienti, consente di valutare la "responsiveness" di un sistema sanitario, cioè la sua capacità di soddisfare le aspettative degli utenti relativamente ad aspetti non medici della cura. Nei sistemi ad elevata "responsiveness", la qualità della prestazione erogata si avvicina alle reali aspettative degli utenti. Questo parametro deve essere considerato un indicatore primario dell'efficienza dei servizi sanitari e sembra particolarmente importante soprattutto per i pazienti con disturbi mentali gravi: si è visto che ad elevati livelli di soddisfazione percepita nel corso della degenza, normalmente corrisponde una migliore compliance alle cure prescritte ed una maggiore regolarità nei controlli periodici.
La fiducia dei pazienti verso le terapie ricevute e verso l'équipe sanitaria, sembra rappresentare il fattore più importante in grado di modulare il miglioramento di compliance ed è un parametro strettamente riconducibile alla soddisfazione precepita.
Rispetto a quanto riportato in altri studi condotti in altri reparti per pazienti psichiatrici acuti, i nostri dati hanno evidenziato valori di soddisfazione percepita mediamente più elevati. Non sono state individuate inoltre differenze tra i pazienti che avevano avuto accesso volontario al ricovero rispetto a quelli in cui era stato necessario ricorrere a modalità coercitive, oppure rispetto a quelli che nel corso del ricovero avevano dovuto essere sottoposti a misure di contenimento.
Questi dati vengono discussi nella prospettiva di delineare un nuovo stile di gestione della relazione terapeutica da parte degli infermieri di un reparto per pazienti psichiatrici acuti, nel quale l'utilizzo mirato di tecniche CBT possa favorire un coinvolgimento attivo dei pazienti nella gestione della terapia, migliorando la soddisfazione percepita e la compliance ai trattamenti nel lungo termine.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO – ORE 11,40-13,40
SALA TINTORETTO

SS15. Comorbidità tra disturbi mentali e abuso di sostanze in psichiatria clinica e forense

COORDINATORE
R. Quartesan (Perugia)

The role of incarceration in the course of comorbid substance use and psychiatric disorders among detained youth

K. Abram
Chicago, USA

Specific and comorbid types of psychiatric disorders are prevalent among youth in detention. Although prevalence rates of disorders tend to decrease over time, they continue to be a problem. Youth with comorbid disorders are a particular challenge to the public health and criminal justice systems because they are more recalcitrant to traditional treatments, more likely to be treatment failures, and more difficult to place because their needs cross boundaries between service sectors.
One factor that influences the development and persistence of comorbid disorders in this population is incarceration. Many detained youth continue to cycle in and out of detention centers, jails, and prisons as they age. Some disorders may increase during incarceration, especially over longer periods of incarceration or for certain age groups. Alternatively, some disorders may decrease; for example, substances may be more difficult to obtain in detention, leading to at least temporary remission from a substance use disorder. Reentry from incarceration back into the community is also a period of great risk for some disorders, likely greater risk than the actual incarceration. For example, newly released prisoners may "binge" on substances after release.
Despite the dramatic increases in the numbers of youth involved in the juvenile justice system, there are few studies examining the impact of incarceration on their outcomes. This presentation will examine how incarceration affects changes in prevalence rates of comorbid substance use and psychiatric disorders over time. Data are from the Northwestern Juvenile Project, the first large-scale longitudinal study to examine the mental health needs and outcomes of detained youth. Discussion will focus on possible mechanisms that explain associations between incarceration and the course comorbid disorders.

Il suicidio del tossicomane in carcere

G.C. Nivoli
Sassari

Il suicidio nelle Istituzioni Penitenziarie può variare per frequenza, motivazione, modalità di esecuzione ecc., in relazione alla cultura e sottocultura della nazione considerata, all'assistenza medica e psicosociale, alle caratteristiche psicopatologiche e giudiziarie dei soggetti a privazione di libertà, ecc. Il suicidio in istituzione penitenziaria, si differenzia, rispetto alla popolazione generale, per frequenza (in Italia è circa 25 volte più frequente) [1], per sesso (il gesto suicidario viene commesso quasi totalmente da uomini), per rischio (nella popolazione carceraria aumenta notevolmente rispetto alla popolazione generale), ecc. Il rischio suicidario aumenta in presenza di abuso di sostanze, sintomatologia depressiva, crisi acuta di astinenza, conflitti gravi a livello affettivo e lavorativo, isolamento sociale ecc. [3].
Nel presente studio sono messe in luce alcune condizioni di rischio suicidario nel tossicomane in istituzione carceraria, sulle quali è possibile un intervento da parte degli operatori sociali od una particolare attenzione terapeutica.

1. Trauma dell'entrata complicato da astinenza.
2. Timore per la propria integrità fisica.
3. Tentativo di suicidio manipolatorio esitato in suicidio.
4. Abuso di droga e psicofarmaci.
5. Suicidalità familiare e reattività alla perdita.
6. Condizioni mediche generali scadute e depressione.
7. Vertigine dell'uscita vissuta senza speranza e possibilità di aiuto.

In conclusione occorrono ulteriori studi a livello clinico con variabili da verificare su grandi campioni di soggetti per migliorare la sensibilità al rischio suicidario del tossicomane in carcere e per una miglior formazione degli operatori della salute mentale e la prevenzione suicidaria.

Bibliografia

[1] Spacca A, Roma P, Ferracuti S, Tatarelli R. *Le condotte suicidarie in carcere: ricerca sul fenomeno in Italia e in Europa*. SAS 2007;10:9-16.

[2] Tatarelli et al. *Salute mentale in carcere e prevenzione degli atti autolesivi: verso una buona pratica clinica*. Milano: Sip Dip. 1999.

[3] Aharonovich E, Liu X, Nunes E, Hasin DS. *Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders*. Am J Psichiatr 2002;159:1600-2.

Comorbidity of substance use and psychiatric disorders: treatment integration in acute psychiatric settings

J.J. Washburn
Chicago, USA

This presentation will discuss the most recent, evidence-based treatments for comorbid substance use and psychiatric disorders. The presentation will focus specifically on treatment in acute care, community settings, using clinical data from a large psychiatric hospital in the Northwest Suburbs of Chicago, IL, USA.
First, data will be presented on the prevalence of comorbid substance use disorder across multiple levels of acute care (inpatient, partial hospitalization, and intensive outpatient treatment) and across a range of psychiatric disorders and conditions (affective, anxiety/obsessive compulsive disorder, psychosis/schizophrenia, eating disorders, behavioral disorders, and nonsuicidal self-injury). These data will be compared to findings published in the literature in both community and treatment populations.
Second, short-term outcome data (e.g., symptom improvement, quality of life, and functional impairment) for patients with and without comorbid substance use disorders will be presented to examine the influence of comorbid substance use disorders on treatment outcomes.
Third, evidence-based recommendations will be presented for modifying psychosocial and pharmacologic treatment of psychiatric disorders to address comorbid substance use disorders. These recommendations will highlight the importance of integrating treatment models for comorbid substance abuse and psychiatric disorders, rather than simply adding treatment components.
Finally, future psychosocial (e.g., skills training via virtual reality) and pharmacologic (e.g., relapse prevention medications) interventions for comorbid substance use disorders will be examined.

Realtà carcerarie, "doppia diagnosi" e comportamenti auto lesivi. Epidemiologia e pratica clinica

R. Quartesan, S. Elisei, P. Sciarini*, G. Carrà*, M. Clerici*

*Sezione di Psichiatria Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale Università di Perugia; * Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Università di Milano Bicocca*

Disturbi mentali e condizioni di carcerazione si legano tra di loro attraverso un'ampia eterogeneità di manifestazioni. Il dato più importante, dal punto di vista epidemiologico-clinico, riguarda il rischio che la popolazione carceraria corre – rispetto alla popolazione generale – in termini di morbilità psichica. Tale rischio si rivela da due a quattro volte superiore per quanto riguarda i disturbi psicotici e la depressione maggiore e di dieci volte per il disturbo di personalità antisociale. Ne consegue come l'assistenza psichiatrica carceraria e la revisione del modello di assistenza previsto per gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) – proprio alla luce delle nuove norme di legge che hanno trasferito le competenze sanitarie dal Ministero della Giustizia al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) – vadano completamente revisionate. Screening per tutta la popolazione che accede alle restrizioni della libertà risultano necessari soprattutto per la rilevazione dei fattori di rischio in grado di peggiorare tale diffuso disagio presente stabilmente nelle carceri: il mancato riconoscimento della reale problematicità psicopatologica dei soggetti che iniziano un iter di reclusione e, spesso, lo perseguono per periodi significativi della vita, implica un particolare attenzione alla comorbilità per disturbi da uso di sostanze, al rischio suicidario e alla prevenzione degli atti autolesivi. Attraverso un'analisi della letteratura e la revisione delle attività svolte in ambiti privilegiati quali le C.C e C.R. di Perugia e di "Milano Monza", vengono presentati alcuni dati orientativi di spunto sulle realtà osservate.
Il presente lavoro si propone inoltre di presentare riflessioni derivanti dall'esperienza di un progetto di prevenzione delle attività autolesive presso la C.R. di Monza a partire dalla definizione dell'attività effettuata e, soprattutto, dalla possibilità di derivarne patterns specifici in grado di descrivere al meglio le prestazioni più utili dal punto di vista clinico per questi pazienti e la tipologia dei fruitori assistiti continuativamente nel tempo. Ciò al fine di informare il lavoro psichiatrico in carcere ad una migliore conoscenza delle quote di disagio primario (fattori di rischio), di quello secondario alla carcerazione (uso di sostanze, attività autolesive e manifestazioni di disagio psichico conseguenti alle difficoltà di adattamento) e/o delle correlazioni con aspetti ancora sottovalutati del problema quali l'appartenenza a gruppi etnici specifici.
Come evidente dalla letteratura internazionale, anche dal contesto italiano emergono importanti bisogni assistenziali in questi utenti: tali bisogni derivano da pazienti appartenenti ad un ampio spettro di gruppi diagnostici e anche da detenuti senza una specifica diagnosi psichiatrica di Asse I. In generale, il sottogruppo dei pazienti extracomunitari sembra avere una percentuale meno rilevante di diagnosi comorbili. 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 ben caratterizzato da un approccio politerapico, dove le benzodiazepine sono prevalenti. La terapia antipsico-

tica, in particolare i farmaci tipici, è ancora ampiamente usata per il trattamento dell'insonnia.
La gestione dell'assistenza psichiatrica in carcere da parte di un Dipartimento di Salute Mentale (DSM) risulta fondamentale per migliorare sostanzialmente sia la qualità di vita di questi pazienti, sia la specificità dell'intervento psichiatrico in carcere. La collaborazione con il Dipartimento SerT è fondamentale per l'intervento sulla popolazione in "doppia diagnosi". L'ingresso in carcere del DSM comporta ancora difficoltà imponenti sia nel processo di modernizzazione dell'assistenza, sia nella possibilità di rendere ai cittadini privati della libertà gli stessi standard di buona pratica clinica reperibili all'esterno delle carceri.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO – ORE 16,00-18,00
SALA MICHELANGELO

SS16. Deficit cognitivi nei disturbi psichiatrici: implicazioni per la ricerca e per la clinica

COORDINATORE
P. Santonastaso (Padova)

I deficit cognitivi nella schizofrenia: da fattore di rischio a obiettivo per il trattamento

S. Galderisi
Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Un'elevata percentuale di pazienti affetti da schizofrenia mostra una prestazione ai test neurocognitivi inferiore a quanto atteso in base ai dati normativi. La compromissione delle funzioni cognitive in questi pazienti precede l'esordio dei sintomi psicotici, è presente nelle fasi di remissione dei sintomi e può essere osservata nei familiari di primo grado non affetti. Pertanto, essa è attualmente considerata un fattore di rischio per lo sviluppo della schizofrenia e una caratteristica fondamentale del disturbo. Secondo alcuni, la presenza di deficit cognitivi dovrebbe essere inclusa nei criteri diagnostici per la schizofrenia.
Alla luce delle numerose evidenze che la compromissione delle funzioni cognitive contribuisce in misura determinante all'esito sfavorevole della schizofrenia, essa è sempre più largamente considerata un target importante per il trattamento farmacologico e non farmacologico del disturbo. Nonostante ciò, fino ad oggi, nessun farmaco è stato registrato con tale indicazione. L'introduzione degli antipsicotici di seconda generazione aveva inizialmente creato grandi aspettative circa un loro impatto favorevole sulle funzioni cognitive. Tuttavia, i numerosi studi sull'argomento hanno prodotto risultati contrastanti, e anche quando è stata riscontrata una superiorità dei nuovi antipsicotici rispetto agli antipsicotici di prima generazione, la dimensione dell'effetto è di entità modesta e forse spiegabile semplicemente con un effetto della pratica. Il training delle funzioni cognitive è un trattamento non farmacologico basato sull'evidenza, per il quale la maggior parte delle metaanalisi ha riportato una dimensione dell'effetto moderata, sia sulle funzioni cognitive che sul funzionamento nel quotidiano.
La ricerca futura sui deficit cognitivi dei pazienti affetti da schizofrenia dovrà tenere maggiormente conto dell'eterogeneità dei meccanismi eziopatogenetici alla base di questa dimensione della malattia se vorrà perseguire in modo efficace l'obiettivo di fare di essi un target di trattamenti con un impatto favorevole sull'esito del disturbo.

"Just can't stop myself": endophenotypes of obsessive-compulsive spectrum disorders

S. Chamberlain
Department of Psychiatry, University of Cambridge

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a debilitating and prevalent mental disorder, yet relatively little is known regarding underlying genetic and environmental contributions. Neuropsychological and neuroimaging parameters may help bridge the gap between genotype and phenotype, serving as candidate 'endophenotypes' to characterise the aetiology and improve neurobiological models of OC spectrum disorders.
Recent work has explored brain structure and function in unaffected first-degree relatives of patients with OCD. Compared to healthy controls, OCD patients and their unaffected relatives showed impairment on tests of motor inhibition (stop-signal task) and cognitive flexibility (set-shift task). Deficits in relatives occurred in the absence of the confounding effect of medication, supporting their candidacy as candidate endophenotypes. In a follow-up study using magnetic resonance imaging (MRI), variation of grey matter – in regions such as the right frontal gyrus – related to the magnitude of stop-sig-

nal impairment occurring in patients and their relatives. Diffusion tensor imaging (DTI) was then used to extend this structural work, by identifying reduced integrity of white matter tracts connecting salient brain regions involved in inhibitory control in these groups. Patients with OCD and their asymptomatic relatives also manifested under-activation of the orbitofrontal and parietal cortices during a functional test of flexible responding (fMRI reversal learning task).
Collectively, these findings suggest that certain of the cognitive and brain abnormalities identified in patients with OCD extend into people 'at risk', even in the absence of clinical phenotype. The findings extend neurobiological models of OCD by highlighting the likely contribution not only of the orbitofrontal, but also posterior parietal cortices. It is hoped that further exploration in OCD families of the relationships between these cognitive-neural abnormalities, genetics, clinical features and environmental factors may clarify aetiological contributions to OCD and related disorders.

Disturbi cognitivi nell'anoressia nervosa

A. Favaro
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Recenti studi hanno dimostrato che alcuni tipi di alterazioni delle funzioni esecutive sono associate all'anoressia nervosa (AN). In particolare, i soggetti con AN sembrano avere deficit di flessibilità cognitiva, nella coerenza centrale e nel decision-making. Le alterazioni delle funzioni esecutive sembrano avere una componente genetica e, in genere, ad essere indipendenti dallo stato di malattia. Sono cioè dei possibili candidati endofenotipi di questa malattia. Il nostro studio valuta le funzioni esecutive in un campione di soggetti con AN lifetime (n = 113), un gruppo di sorelle sane (n = 25) e soggetti di controllo (n = 95). Tra i soggetti con AN lifetime, alcune pazienti erano in fase acuta di malattia (AN), altre erano in fase di remissione parziale (normopeso), ed un gruppo era guarito da almeno 5 anni. I test neuropsicologici utilizzati sono: Wisconsin Card Sorting Test, Trail Making Test, Rey-Osterrieth Complex Figure Test, Overlapping Figures Test, Object Assembly, Block Design, Iowa Gambling Task. Lo scopo dello studio è: 1) valutare la presenza di deficit cognitivi e se la loro distribuzione nei soggetti malati, nelle sorelle sane e nei soggetti guariti soddisfa le caratteristiche di possibile endofenotipo; 2) valutare l'associazione tra funzionamento cognitivo e presenza di complicanze perinatali alla nascita. Inflessibilità cognitiva e deficit di coerenza centrale sono significativamente più presenti nei soggetti con AN rispetto ai soggetti di controllo. Inoltre, sono presenti in simile misura nei soggetti con AN acuta, nei soggetti in remissione parziale e totale, e nelle sorelle sane. Le difficoltà nel decision-making pur distinguendo significativamente i soggetti con AN dai soggetti di controllo, tendono ad essere meno gravi nei soggetti guariti dall'AN. In conclusione, alcune funzioni esecutive sembrano essere validi candidati ad endofenotipi dell'anoressia nervosa. Verranno discusse le implicazioni per la comprensione della patogenesi dei disturbi del comportamento alimentare.

Cognitive remediation in psychosis

T. Wykes
Institute of Psychiatry, King's College London

Cognitive difficulties are prevalent in people with a diagnosis of schizophrenia and are associated with poor long term functioning. They also interfere with the rehabilitation process so that people with more severe deficits have difficulty taking advantage of rehabilitation techniques. Despite being a rate limiter to recovery cognitive deficits have only recently become a specific target for intervention. Three approaches to improving outcomes for people with deficits are possible: (i) target cognition, (ii) adapt rehabilitation programmes or (iii) adapt the environment. Most recently a number of psychological therapies have been developed that target cognition. The therapies have a common link to cognitive deficits but they differ significantly from one another. The form of the therapy might be in groups, individual or solely computer presentation. They may be based on a clear theory about the deficits in schizophrenia or they may have borrowed from work on brain injury. They can last for a few sessions to two years and use different types of teaching, such as practice or strategic problem solving. But despite all these differences 39 randomised controlled trials have shown that they can produce modest improvements in cognition and a new meta-analysis has shown that there is some homogeneity of effects across different therapies but that methodology does make a difference. Studies are now also showing that improvements in cognition do have benefits for rehabilitation as both work rehabilitation and social functioning have also shown improvements but mostly in the context of adding cognitive remediation to other rehabilitation programmes.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO – ORE 16,00-18,00
Sala Tiziano

SS17. Aspetti clinici dello stalking

Coordinatore
D. La Barbera (Palermo)

Obsessive relational intrusion and stalking: when relationship pursuit goes away

W.R. Cupach
School of Communication, Illinois State University

Obsessive relational intrusion (ORI) occurs when one person persistently pursues relational connection with another that the other expressly eschews. When pursuit induces fear in the pursued individual it qualifies as stalking. Indeed, the most common motive among stalkers is the pursuit of a thwarted relationship. Insofar as perpetrators and victims of ORI and stalking engage in consequential symbolic interactions with serial continuity, they become enmeshed in a disjunctive relationship. In this presentation, I contend that unwanted relationship pursuit and stalking are often rooted in the complications inherent in developing and dismantling everyday personal relationships. I review empirical evidence regarding ORI and stalking prevalence, topography, catalysts, and victim responses. As a complement to clinical explanations for stalking, Relational Goal Pursuit Theory is offered as an account for how ordinary relationship pursuit becomes excessive and obsessive.

Psychopathy and violence

R.D. Hare
University of British Columbia & Darkstone Research Group

Psychopathy is a personality disorder that includes a cluster of interpersonal, affective, lifestyle and antisocial traits and behaviors, including deception, manipulation, irresponsibility, impulsivity, stimulation-seeking, poor behavioral controls, shallow affect, a lack of empathy, guilt or remorse, and a range of unethical and antisocial behaviors. This presentation will include a description of the clinical and empirical construct of psychopathy, an overview of instruments for its measurement, and a review of recent research on its association with criminality and violence.

Cyberstalking: disturbi della relazione affettiva e nuove tecnologie della comunicazione

D. La Barbera, M.V. Rumeo
Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo

Il cyberstalking, la sindrome, cioè, del molestatore che utilizza mezzi tecnologici per realizzare la sua "obsessional relational intrusion" ha raggiunto negli ultimi anni proporzioni sempre più elevate. Le sue determinanti psicopatologiche possono essere rintracciate in alcune caratteristiche generali delle neotecnologie, ormai dispositivi largamente diffusi in tutti gli strati della popolazione. Il computer, infatti, così come anche Internet, il telefonino, le e-mail, i blog e i Social Network hanno tutti un'azione facilitatrice che impedisce la piena padronanza del senso reale dello scambio comunicativo e dei suoi possibili effetti negativi; così le emozioni vengono istantaneamente veicolate alla tastiera e, tramite il monitor, vengono trasmesse all'interlocutore, comunicando in modo intenso e immediato ora affetto e sentimento ora rabbia e aggressività. Emerge da tali comportamenti la significativa modificazione di alcuni importanti fattori cognitivi come il senso della trasgressione e dell'illegalità dei comportamenti, la stima dei rischi di essere scoperto e denunciato, la percezione del danno procurato alla vittima e la paura della sanzione sociale e legale, un conseguente effetto deresponsabilizzante e disinibente, quindi, tipico delle comunicazioni tecnomediate. I comportamenti messi in atto dai cyberstalker vanno da insulti e minacce tramite sms, chat e email, a costruzione di siti e blog contro la vittima, diffusione di immagini sessuali della vittima su siti come YouTube, o iscrizione a siti che forniscono servizi pornografici, e infine l'assunzione dell'identità della vittima allo scopo di danneggiarla in chat, messaggerie, blog e social network. In tali spazi virtuali e in queste modalità tecnomediate risiedono tutte le problematicità legate alle modificazioni che i nuovi media hanno apportato nella nostra vita: il senso di onnipotenza che crea l'illusione della capacità di fare e disfare nell'istantaneità di un click; la mutevolezza dell'identità che permette di mostrare ora l'una ora l'altra faccia dell'individuo, (con importanti implicazioni relative alla possibilità utilizzare la dissociazione come meccanismo efficace per separare ed allontanare le identità più spiacevoli), l'instabilità delle relazioni che, se da un lato, nascono con estrema facilità, dall'altro si rivelano fragili e precarie, quando non sfociano, come nel caso dello stalking, in condotte francamente disfunzionali o psicopatologiche.

Lo stalking: studio su eziologia, fattori concomitanti e conseguenze delle molestie assillanti

V. Caretti, G. Craparo*, A. Schimmenti*

*Dipartimento di Psicologia, Università di Palermo; * Facoltà di Psicologia e Scienze della Formazione, Università Kore di Enna*

Per quanto il desiderio di relazionarsi con gli altri sia profondo ed endemico nella condizione umana, gli individui desiderano contemporaneamente una completa libertà dalle intrusioni e dalle interferenze altrui, quando queste non sono né volute, né cercate. Quando una persona pretende in modo assillante un contatto relazionale con qualcuno che espressamente dichiara di non desiderarlo affatto, allora i partner della relazione possono coinvolgersi in una dinamica particolarmente disfunzionale e disgiuntiva, le cui caratteristiche sono la perdita della mutualità e della reciprocità, e che può arrivare fino a uno scenario di violenza psicologica in cui interagiscono un persecutore e una vittima.
Il termine "stalking" indica proprio quella serie di comportamenti intrusivi e molesti che vittimizzano la vita personale, affettiva e/o lavorativa di un individuo. Tali comportamenti, inflitti in forma assillante e persistente da un offender, inducono paura e uno stato di tensione generalizzato, e sono causa di cambiamenti nelle normali abitudini di vita di chi li subisce. Si tratta dunque di condotte persecutorie che arrecano un disagio e/o un danno significativo alla vittima, fino ad arrivare a comprometterne l'equilibrio psicologico ed il benessere personale e sociale.
La letteratura ci informa che lo stalking ha un'origine multifattoriale, in cui molteplici caratteristiche del persecutore e della vittima – oltre che del contesto socioculturale – si combinano in un potente e pericoloso incastro relazionale. Tra le caratteristiche dello stalker, particolarmente approfonditi sono stati i concetti di "gelosia romantica" e di "distorsione dell'area dell'intimità", ma queste dimensioni si associano frequentemente con peculiari aspetti psicologici della vittima (strategie di coping ridotte o poco efficaci, attaccamento insicuro, scarso supporto sociale).
Attraverso la dicussione di uno studio condotto in collaborazione con il Ministero della Giustizia e il Ministero delle Pari Opportunità, che ha coinvolto stalkers e soggetti vittime di stalking, verrà analizzata la connessione tra personalità dello stalker e della vittima, con particolare attenzione alle condizioni potenzialmente psicopatologiche dello stalker (sintomi psichiatrici, spettro impulsivo-ossessivo-compulsivo, rabbia esplosiva, attaccamento insicuro, etc.) e agli elementi di vulnerabilità nella storia e nei vissuti della vittima (esperienze traumatiche pregresse, vissuti depressivi, dipendenza relazionale, etc.).
Un modello multivariato illustrerà le complesse interazioni tra caratteristiche dello stalker e della vittima, illustrando come le variabili psicologiche intervenienti nei due partner possano alimentare la relazione disfunzionale; verranno inoltre fornite indicazioni su alcune possibili modalità di sostegno psicologico alla vittima, che ne incrementino la resilienza e le capacità di coping, condizione il più delle volte necessaria per il superamento degli effetti disorganizzanti che lo stalking può avere sulla vita personale.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO – ORE 16,00-18,00
Sala Tintoretto

SS18. Decorso a lungo termine del disturbo ossessivo-compulsivo: nuove prospettive

Coordinatore
F. Bogetto (Torino)

Difficult transitions: the Maudsley pediatric obsessive compulsive disorder follow-up study

D. Mataix-Cols

Institute of Psychiatry, London

Obsessive compulsive disorder (OCD) in childhood and adolescence affects between 0.5 and 4% of the population. 50% of adults with OCD report the onset of their symptoms in childhood. Pediatric OCD is a treatment responsive condition, yet little is known about its long-term course and impact on subsequent adult life. Some studies have suggested that childhood-onset OCD predicts other psychiatric disorders in early adulthood. In view of the prevalence, morbidity and functional impairment associated with OCD in children, a better understanding of the natural history and long-term outcome of this disorder is essential. Such knowledge may help clinicians as well as youth and their families who suffer with this illness, to be aware of the prognosis for these children. There is also a need to investigate what the treatment needs and the extent of any unmet needs

of this population are in the long-term. This is especially useful to appropriately develop and adapt national specialist services for childhood OCD.
In this presentation we will summarise the results of an ongoing study on the long-term course, symptom stability, functional disability, service utilisation and treatment needs of 250 paediatric OCD patients assessed/treated at the OCD Child and Adolescent Clinic, Maudsley Hospital, between January 1999 and December 2005. In particular we will try to answer the following questions: 1) What proportion of patients no longer meet criteria for OCD at follow-up?; 2) What proportion of patients has developed other psychiatric problems (emphasis on anxiety, mood and eating disorders) during the follow-up period?; 3) What is the level of functional disability and quality of life at follow-up?; 4) What is the type and amount of treatment received during the follow-up period and its relationship with outcome?; 5) What are the treatment needs of this cohort at follow-up?

Il decorso del disturbo ossessivo compulsivo nell'adulto: uno studio di follow-up a 15 anni

U. Albert

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

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) appare ben caratterizzato nella sua presentazione clinica trasversale; la ricerca recente in tal senso ha sempre più contribuito a delineare sottotipi specifici con la speranza di identificare gruppi omogenei utili per una indagine patogenetica e una impostazione differenziata terapeutica. Tuttavia l'approccio trasversale al DOC ha mostrato notevoli limitazioni e sempre più è stata sottolineata l'importanza di una prospettiva diacronica.
Mentre infatti sono disponibili informazioni circa il trattamento farmacologico a lungo termine del disturbo (con studi controllati della durata di 2-3 anni), poco si sa sul decorso a lungo termine del disturbo, vale a dire dopo 10-15 o 20 anni dalla diagnosi iniziale. In particolare, pochi dati sono disponibili circa l'esito a lungo termine del disturbo ossessivo-compulsivo e l'eventuale insorgenza di disturbi di Asse I diversi dal DOC. È noto infatti che una proporzione di pazienti con DOC, soprattutto ad esordio precoce, può sviluppare nel corso del tempo un disturbo dell'umore (particolarmente rilevante è l'evoluzione con esordio di un disturbo bipolare) o un disturbo dello spettro schizofrenico.
Nella presente relazione verranno esposti i risultati degli studi naturalistici di follow-up di pazienti adulti con DOC presenti in letteratura; inoltre verranno presentati i risultati di uno studio, in corso presso il nostro Dipartimento, di follow-up di pazienti adulti con DOC seguiti per un periodo complessivo di 15 anni dopo la diagnosi. Nello specifico ci siamo chiesti: 1) quanti pazienti con diagnosi iniziale di DOC soddisfacevano i criteri per una diagnosi di DOC ai vari tempi del follow-up; 2) quale proporzione di pazienti con DOC nel corso del follow-up sviluppava un disturbo di Asse I diverso dal DOC; 3) se esitevano predittori specifici di risposta, remissione o evoluzione in disturbo diverso dal DOC.
La risposta a tali domande permetterà di delineare strategie terapeutiche non solo mirate alla risoluzione a breve termine dei sintomi specifici del disturbo ossessivo-compulsivo, ma soprattutto di disporre di elementi predittivi a lungo termine di evoluzione in altri disturbi, con la possibilità di verificare se terapie specifiche possono risultare utili nel prevenire lo sviluppo di disturbi psichiatrici diversi. Inoltre possono fornire ai ricercatori elementi utili a delineare sottotipi specifici, sulla base di una prospettiva longitudinale, con meccanismi patogenetici distinti.

Il trattamento farmacologico a lungo termine del disturbo ossessivo-compulsivo: limiti e prospettive

F. Catapano

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli – SUN

Le caratteristiche evolutive del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), l'elevata comorbidità trasversale e diacronica, le rilevanti implicazioni sul funzionamento individuale e sociale, il pesante impatto sulle famiglie, i consistenti costi determinati dalla patologia indicano la necessità di adottare una prospettiva di lungo periodo nella formulazione dei progetti di cura. Tuttavia, la persistente carenza di informazioni disponibili lascia aperti alcuni importanti quesiti sulla gestione a lungo termine del DOC e, soprattutto, limita la trasferibilità delle indicazioni dai contesti di ricerca ai setting assistenziali. Partendo da una revisione analitica della letteratura, da un riesame critico delle principali linee guida disponibili e dai risultati di alcuni studi condotti dal nostro gruppo, in questo contributo cercheremo di fare il punto su alcune aree particolarmente problematiche, nel tentativo di fornire indicazioni utili per ottimizzare le strategie di intervento nella pratica clinica. I punti sui quali si focalizzerà l'attenzione riguardano in particolare: l'efficacia e la maneggevolezza del trattamento farmacologico nel lungo periodo; le modalità corrette di conduzione dell'intervento (durata, dosaggi, criteri e strategie per la sospensione dei farmaci); i fattori predittivi della resistenza al trattamento farmacologico; le strategie di potenziamento dell'efficacia terapeutica dei principali farmaci antiossessivi. Nel complesso, le evidenze disponibili indicano che il DOC può essere oggi favorevolmente affrontato in una significativa percentuale di casi, ma l'ottimizzazione ed il mantenimento nel tempo dei risultati terapeutici acquisiti richiede continuità ed adeguatezza degli interventi, un costante adattamento dei percorsi e degli obiettivi terapeutici alle modificazioni indotte dai trattamenti, una maggiore integrazione degli interventi farmacologici e psicosociali, l'utilizzo sistematico di programmi rivolti a migliorare la compliance del paziente e a fornire supporto e ridurre il

coinvolgimento emotivo ed il disagio dei familiari. Non va infine trascurata l'esigenza di servizi in grado di garantire continuità nella presa in carico dei pazienti con DOC, disponibilità di un'ampia gamma di interventi di documentata efficacia, capacità di integrazione delle diverse strategie terapeutiche, nonché flessibilità nella loro applicazione.

New approaches for combination treatment for the anxiety disorders

M.W. Otto

Center for Anxiety and Related Disorders at Boston University

Despite the individual achievements of pharmacotherapy and cognitive-behavioral therapy (CBT) in offering efficacious treatment for anxiety disorders, the expectation that the combination of these modalities will provide a particularly powerful treatment has met with disappointment. In the context of these disappointing results, a novel strategy for combining pharmacotherapy and CBT has emerged. Rather than being applied as an anxiolytic in its own right, pharmacotherapy has been applied as a strategy to enhance the retention of the therapeutic learning provided by exposure-based CBT. This approach is an outgrowth of basic research on the brain circuitry underlying fear learning and extinction that identified d-cycloserine (DCS), a partial agonist of the NMDA receptor, as an agent capable of enhancing extinction learning. In this presentation, Dr. Otto will review findings to date on the efficacy of combined CBT and DCS for the anxiety disorders. The efficacy and limits of this approach will be discussed, along with the potential of other novel combination treatment strategies.

SABATO 20 FEBBRAIO – ORE 11,40-13,40

Sala Michelangelo

SS19. Il disturbo bipolare: aspetti nosografici e psicopatologici

Coordinatore

A. Siracusano (Roma)

Diagnosis of bipolar disorder: underdiagnosis, overdiagnosis, and why screening scales are not good enough to help

M. Zimmerman

Providence, US

Bipolar disorder is a serious illness resulting in significant psychosocial morbidity and excess mortality. During the past few years a series of research reports, reviews, and commentaries have suggested that bipolar disorder is underrecognized, and that many patients, particularly those with major depressive disorder, have, in fact, bipolar disorder. Even for those patients diagnosed with bipolar disorder, the lag between initial treatment seeking and the correct diagnosis is often more than 10 years. The treatment and clinical implications of the failure to recognize bipolar disorder in depressed patients include the underprescription of mood stabilizing medications, an increased risk of rapid cycling, and increased costs of care. Recommendations for improving the detection of bipolar disorder include careful clinical evaluations inquiring about a history of mania and hypomania and the use of screening questionnaires.

During the past decade we have established a clinical research assessment laboratory in which we have incorporated semi-structured diagnostic interviews into an outpatient clinical practice. One of the goals of the Rhode Island Methods to Improve Diagnostic Assessment and Services (MIDAS) project has been to examine diagnostic accuracy and recognition, and several of our initial papers identified problems with the detection of comorbid disorders in clinical practice. It had been apparent to us soon after initiating the MIDAS project that many more diagnoses were made with a semi-structured interview compared to an unstructured clinical evaluation, and a comparison of diagnostic frequencies based on both assessment methods confirmed our clinical impressions. Our initial reports documenting the underdetection of diagnostic comorbidity have been subsequently replicated in other settings.

With regards to the diagnosis of bipolar disorder, during the past few years we have observed the emergence of an opposite phenomenon-clinician overdiagnosis. A number of patients presenting to our practice have reported that they were previously diagnosed with bipolar disorder, yet a history of a manic or hypomanic episode was not elicited during an evaluation that included both a semi-structured interview and a clinical assessment.

In this presentation I will review evidence regarding the overdiagnosis and underdiagnosis of bipolar disorder, and whether self-administered screening scales for bipolar disorder are adequate for use in clinical practice.

Schizofrenia, depressione unipolare e disturbi bipolari: eventi avversi nell'età dello sviluppo

A. Siracusano

Clinica Psichiatrica, Università di Roma – Tor Vergata

Lo studio è stato rivolto a verificare l'ipotesi che le avversità precoci siano associate con un aumento del rischio delle tre maggiori sindromi psichiatriche nell'età adulta. Si è inoltre voluto accertare se l'associazione con gli eventi avversi infantili e adolescenziali sia più alta nella schizofrenia rispetto ai disturbi dell'umore.
Tre gruppi di pazienti ricoverati consecutivamente, con diagnosi DSM-IV rispettivamente di schizofrenia (n = 174), disturbo bipolare (n = 132) e disturbo depressivo maggiore (n = 305), con esordio in età adulta, sono stati confrontati con un un gruppo di controllo di popolazione generale, composto da volontari non pagati (n = 310), sulla frequenza di quattro tipi di abuso infantile e di altre avversità precoci (discordia dei genitori, separazione dei genitori, morte di un genitore, evidenza di disturbo psichiatrico di un genitore).
Nei confronti col gruppo di controllo, tutti i tipi di avversità precoce sono risultati significativamente associati con la schizofrenia (eccetto l'abuso sessuale e il lutto di un genitore), con il disturbo bipolare (eccetto l'abuso sessuale e la separazione dei genitori) e con la depressione unipolare (eccetto l'abuso fisico, l'abuso sessuale, il lutto di un genitore e la discordia fra i genitori). La schizofrenia, nel confronto con la depressione, è risultata associata con tutti i tipi di avversità eccetto l'abuso sessuale e il lutto di un genitore, mentre nel confronto col disturbo bipolare è risultata associata alla separazione dei genitori. Rispetto alla depressione, il disturbo bipolare ha mostrato un'associazione con l'abuso fisico.
La presenza in anamnesi di un abuso sessuale (di qualsiasi tipo) è risultata associata con un rischio 3 volte maggiore di schizofrenia rispetto alla depressione. L'odds ratio più ampia è stata registrata per l'abuso psicologico. Sia la frequenza degli abusi, sia il numero di tipi di abuso aumentavano il rischio di schizofrenia con una modalità dose-risposta.
Sia la depressione unipolare che la schizofrenia sembrano associate ad una frequenza più elevata di avversità infantili e adolescenziali. La grandezza delle associazioni con le avversità precoci è consistentemente maggiore nella schizofrenia che nella depressione. Il dato conferma alcune recenti ricerche prospettiche sulla popolazione generale ed è congruo con l'ipotesi di un significativo contributo evolutivo sociale all'eziologia della schizofrenia.

Bibliografia

Rubino IA, Croce Nanni R, Pozzi D, Siracusano A. *Early adverse experiences in schizophrenia and unipolar depression. J Nerv Ment Dis* 2009;197:65-8.

SABATO 20 FEBBRAIO – ORE 11,40-13,40
Sala Tiziano

SS20. Migrazione e salute mentale in Europa: evidenze e prospettive

Coordinatore
O. Todarello (Bari)

The social determinants of psychosis in migrant and ethnic minority populations: a public health tragedy

C. Morgan

NIHR Biomedical Research Centre, and Centre for Public Mental Health, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College, London, UK

Numerous studies over the past 40 years have found rates of psychosis to be higher in the African-Caribbean population in the UK than in the White British population. This represents a public health tragedy. The reasons for this are, however, still poorly understood. Recent commentators have focused on social adversity (during childhood and adulthood) and discrimination as likely candidate explanations. In this paper, analyses from the ÆSOP (Aetiology and Ethnicity in Schizophrenia and Other Psychoses) study, a multi-centre epidemiological study of first episode psychosis in the UK, will be presented which suggest early childhood separation from parents and adult social disadvantage, isolation and discrimination may be important risk factors or risk indicators for psychosis; all of which are more prevalent in the African-Caribbean population. From this and other studies, it will be argued, there is increasing evidence that adverse social experiences over the life course play an important role in the aetiology of psychosis. These findings have important implications for prevention and intervention.

I percorsi di cura dei migranti con disturbi psichici in Italia

D. Berardi, I. Tarricone
Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

In Italia, in Europa e nel resto del mondo il fenomeno migratorio mostra una crescita rapida ed esponenziale e i migranti presentano ingenti problematiche di salute fisica e mentale (Caritas, 2006; Cantor-Graae & Selten, 2005; Mulder et al., 2006). I dati di accesso ai servizi sanitari da parte dei migranti in Italia confermano il trend messo in luce dalla letteratura internazionale di uno scarso ricorso ai servizi territoriali e una sproporzionata incidenza di accessi in ospedale e in pronto soccorso (Bhugra et al., 2005; Caritas, 2006). Alcuni centri universitari italiani hanno dato vita al gruppo Psichiatria della Migrazione, promotore di attività di ricerca-intervento e di formazione condivisa sul tema della salute mentale dei migranti. Il gruppo si è dato come obiettivo di partenza quello di valutare i percorsi di cura dei migranti che accedono ai Centri di Salute Mentale (CSM) territoriali in Italia. Una prima fase dello studio è già stata condotta, valutando le cartelle cliniche e i database informatizzati contenenti informazioni sui migranti che negli ultimi 10 anni hanno fatto accesso ai CSM di Bologna Ovest, Sassuolo e Varese. Dei 346 casi raccolti, solo il 31% era stato inviato ai CSM dai Medici di Medicina Generale e il 25% giungeva ai servizi solo dopo un'ospedalizzazione in ambiente medico o psichiatrico. Il 22% giungeva seguendo un percorso "informale" (auto-invio e invio mediato da familiari o conoscenti) e, infine, il 16% era inviato dai servizi sociali e di volontariato. Saranno discussi i fattori socio-demografici e relativi alla storia migratoria che si sono rivelati associati ai diversi percorsi di cura e le implicazioni che tali risultati comportano relativamente alla organizzazione dei servizi di salute mentale e alla programmazione degli interventi di promozione della salute individuale e pubblica. Il gruppo Psichiatria della Migrazione, consolidatosi sulla base della esperienza di ricerca che verrà descritta, sta coinvolgendo progressivamente numerose altre realtà in Italia e sta implementando relazioni con società scientifiche ed esperti internazionali. L'obiettivo primario è quello di iscrivere le proprie esperienze e attività nel panorama più ampio della Comunità Europea, onde favorire lo sviluppo e la disseminazione di politiche di ampio respiro a tutela della salute psicofisica dei migranti.

Migration and somatisation: future developments in consultation-liaison psychiatry and psychosomatics

A. Diefenbacher
Berlin, Germany

In Germany, the proportion of the population that has a migratory background, is growing steadily. Especially in Berlin, with a large part of the population having a Turkish cultural background, there are growing initiatives to develop structures to improve medical and psychiatric care for such patient groups, leading e.g. to the establishment of intercultural clinics and specially trained, culture sensitive, interpretation services.
Emergency rooms and somatic wards in the general hospitals are places were patients with migratory background are often treated, not only those suffering from somatic diseases, but also those affected by psychiatric disorders. This may be due e.g. to stigmatization of "psychiatry", and bodily complaints, as well, might be misinterpreted by many non-psychiatric doctors as symptoms of somatic disease, and not as a hint for initiating a psychiatric evaluation.
CL-services that work in general hospitals could play a key role in the identification of such "hidden psychopathology".
This lecture will show some data on somatisation and depression in Turkish and German psychiatric inpatients, and will discuss necessities for cl-services to be developed in order to approach more effectively these patient groups.

Prevenzione e trattamento della depressione post-partum nelle donne migranti

M. Bassi, M. Ceruti, I. Corbani
Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda, Milano

La nascita di un figlio è un evento cruciale nella vita della donna, generalmente considerato come un momento di gioia e realizzazione, ma spesso vissuto invece dalla puerpera con preoccupazione, paura e ansia. La vulnerabilità psicologica della donna durante il periodo puerperale si traduce sovente in quella che viene comunemente definita come "depressione post-partum", un termine che si costituisce in realtà come un contenitore di una sintomatologia che comprende quadri clinici ed emozionali molto differenti tra di loro per caratteristiche, gravità e durata. La "depressione post-partum" può presentarsi infatti in diverse forme, andando da disturbi lievi, noti come "Baby Blues", a disturbi di media gravità, che costituiscono la vera e propria depressione puerperale, fino ad arrivare a disturbi gravi, caratterizzati da psicosi depressiva. Per quanto riguarda le cause della depressione post-partum, diversi studi hanno identificato l'importanza di alcuni fattori di rischio come la depressione durante la gravidanza, lo stress relativo alla cura del bambino e altre forme di stress correlate alla vita della puerpera, la mancanza di supporto familiare e sociale, la presenza di ansia durante il periodo prenatale, l'insoddisfazione rispetto alla relazione coniugale, una precedente storia di depressione, una bassa auto-stima, una gravidanza non voluta. La maternità è dunque un momento particolarmente critico nella vita della donna, che comporta la necessità di un riadatta-

mento a livello sia interpersonale che intrapsichico. Se per la donna italiana esiste tuttavia, nella maggior parte dei casi, una rete relazionale di supporto, che si attiva nelle cure alla puerpera e al nuovo nato, per la donna straniera tale sostegno può venire a mancare. L'assenza di sostegno sociale, unita a frequenti condizioni di precarietà sia economiche che abitative, portano la donna straniera a trovarsi in una situazione di particolare fragilità, con un aumento del rischio relativo allo sviluppo di una depressione puerperale.

SIMPOSI REGOLARI

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
Sala Tintoretto

S1. Il trattamento delle vittime di traumi: interventi basati sulle evidenze

Coordinatori
E. Caffo (Modena), M. Casacchia (L'Aquila)

Intervento integrato in giovani con disturbi psichiatrici all'esordio: valutazione di esito dopo il Sisma

M. Casacchia, R. Pollice
Dipartimento di Scienze della Salute, Unità di Psichiatria, Università dell'Aquila

Il sisma avvenuto a L'Aquila alle 3:32 del giorno 6 aprile 2009 ha costituito un evento che ha coinvolto la quasi totalità della popolazione dell'Aquila e molti studenti e lavoratori fuori sede, che risiedevano a L'Aquila.
La vastità del fenomeno e la diaspora della popolazione in cerca di un rifugio, considerando l'inagibilità della quasi totalità delle case, ha reso difficile poter seguire i nostri utenti e la popolazione residente. Abbiamo pertanto acquisito una notevole esperienza nel rispondere ai bisogni di una popolazione giovanile studentesca universitaria che aveva vissuto l'esperienza del terremoto.
Lo studio riporta l'analisi di due popolazioni di studenti, l'una che era presente la notte del sisma e l'altra che per qualche motivo non ha vissuto in diretta tale esperienza.
Verranno riportati i dati relativi al grado di ansia vissuta dalle due popolazioni, tenendo presente anche gli stili di coping che spontaneamente le persone mettono in atto nei momenti di pericolo. Dai dati preliminari si può anticipare che comunque gran parte della popolazione giovanile, afferente ai nostri servizi di ascolto, presenta disturbi cognitivi di media e lieve intensità.
Verranno infine riferiti i risultati degli approcci messi in atto nella popolazione studentesca.

Il trattamento dei bambini vittime di abusi sessuali

E. Caffo, B. Forresi
Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: l'abuso in età evolutiva rappresenta attualmente uno dei temi di maggiore interesse nell'ambito della psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, ed è ampiamente dibattuto a livello internazionale. L'esperienza dell'abuso in età precoce è infatti associata con un ampio range di sintomi e difficoltà di adattamento, che possono persistere fino all'età adulta. Nonostante le gravi conseguenze sullo sviluppo dei bambini e degli adolescenti, la ricerca nell'ambito del trattamento delle giovani vittime di abuso è relativamente giovane.
Metodi: è stata condotta una review della letteratura, attraverso i database Medline, PsychINFO e Cochrane Library, al fine di individuare alcune raccomandazioni per il trattamento dei bambini e degli adolescenti vittime di abuso sessuale.
Risultati: l'Autore presenterà i risultati della review condotta evidenziando come l'esposizione all'abuso sessuale nell'infanzia comporti rischi crescenti di diffusione di un'ampia gamma di difficoltà psicologiche, emotive e di adattamento oltre che di disturbi psichiatrici nell'età adulta. Le ricerche internazionali mettono oggi a nostra disposizione diversi protocolli di trattamento di dimostrata efficacia per le vittime di abusi sessuali che presentino disturbi psicopatologici quali PTSD, depressione e altri disturbi d'ansia. L'Autore evidenzierà come da questi protocolli di dimostrata efficacia emergano importanti raccomandazioni per il trattamento delle vittime di abuso.
Conclusioni: è necessario che anche in Italia gli interventi realizzati rispondano alle raccomandazioni internazionali per il trattamento dei bambini e degli adolescenti vittime di abuso sessuale. A tal fine, è necessario destinare maggiori risorse per lo studio dell'efficacia di protocolli di trattamento e la validazione di strumenti di assessment.

Terapia EMDR e SSRI nel DPTS: effetti clinici e neurostrutturali

P. Castrogiovanni
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Siena

I risultati di numerosi studi condotti negli ultimi anni (anche in confronto con la farmacoterapia) hanno evidenziato che, dal punto di vista clinico e diagnostico, l'EMDR è efficace per il trattamento del disturbo post traumatico da stress (DPTS).
Sembra inoltre che la sua efficacia clinica sia parallela alla sua capacità di agire a livello neuro funzionale, neuroendocrino e, forse, neuro strutturale. È infatti ormai accertato da studi di Brain Imaging che nel DPTS esistono modificazioni biologiche cerebrali, quali alterazioni di struttura e funzione dell'ippocampo con riduzione del volume totale (8-12%), sia in popolazioni vittime di eventi bellici che di vita civile.
Recenti evidenze precliniche e cliniche hanno indicato che gli SSRI promuovono la neurogenesi e riducono l'atrofia ippocampale indotta dallo stress nell'animale e nell'uomo sono in grado di ridurre i sintomi del DPTS,

incrementare le dimensioni dell'ippocampo e ridurre i deficit mnesici tipici della patologia.
Poiché un altro fattore in grado di stimolare la neurogenesi negli animali sembra essere "l'ambiente arricchito", è legittima l'ipotesi di un'efficacia anche della psicoterapia, non solo sul piano clinico ma anche neuro strutturale.
Verranno presentati i dati relativi ad uno studio clinico e di brain imaging che ha paragonato l'efficacia clinica e neurobiologica della EMDR e degli SSRI in soggetti con DPTS, concludendo che entrambe le terapie sono efficaci nel determinare la remissione clinica e nell'aumentare i volumi ippocampali.

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
Sala Mantegna

S2. Dimensioni emozionali, cognitive e psicosensoriali delle nuove dipendenze patologiche

Coordinatore
D. La Barbera (Palermo)

L'impulsività: una dimensione trasversale

A. Siracusano
Università di Roma Tor Vergata

La diffusione dei disturbi connessi al discontrollo degli impulsi e all'intolleranza alla frustrazione appare oggi in evidente aumento, particolarmente per ciò che riguarda i fenomeni di abuso e dipendenza. La frequenza crescente con la quale tali disturbi si presentano nelle diverse fasce della popolazione spingerebbe a considerare il fatto che essi possano rappresentare una condizione patologica tipica del nostro tempo, espressione di profondi mutamenti sociali e dello stile di vita. L'impulsività è un tratto che accomuna le varie condotte d'abuso in quanto consiste nella tendenza all'agito senza considerazione delle conseguenze negative, in un ridotto evitamento del pericolo e in una scarsa ansia anticipatoria; inoltre i comportamenti che ne derivano hanno lo scopo di generare piacere, anche se le loro conseguenze possono essere negative, caratteristiche queste che ritroviamo in tutte dipendenze patologiche. Sebbene l'impulsività esprima solo uno degli aspetti comportamentali di abuso e dipendenza da sostanze, essa sembra svolgere un ruolo patogenetico nell'esordio e nel decorso del disturbo in relazione all'evidenza che soggetti impulsivi tendono a fare un uso della sostanza più frequente, più intenso e meno controllato, quindi potenzialmente più pericoloso. Molti studi, infatti, hanno evidenziato un alto grado di impulsività in soggetti con dipendenza da sostanze rispetto ai controlli sani. L'impulsività come incapacità di differire le gratificazioni a vantaggio di una gratificazione immediata e sempre nuova e maggiore, comporta anche una frequente associazione con la dimensione della sensation seeking; comporta inoltre uno spiccato orientamento sul presente, disinibizione e una scarsa capacità di pianificazione. Inoltre, molti studi hanno evidenziato, nei soggetti con condotte di abuso, un deficit delle funzioni cognitive, in particolar modo delle funzioni di controllo, e dei processi decisionali e di giudizio, che assicurano un'adeguata valutazione dei rischi. Infine, l'impulsività risulta essere un fattore prognostico negativo nel trattamento delle dipendenze patologiche.

Dimensioni cognitive ed emotive delle dipendenze patologiche

E. Aguglia
Università di Catania

I principali modelli concettuali sulle dipendenze patologiche negli ultimi anni si sono confrontati con gli intensi sviluppi della ricerca neuroscientifica e delle nuove conoscenze sui meccanismi funzionali con cui il cervello si costruisce e si modella attraverso l'interazione con gli stimoli più diversi e le esperienze, generando nuove ipotesi sulla comprensione e sull'intervento sulle dipendenze, sulla concettualizzazione delle loro implicazioni cognitive ed emotive.
Una prospettiva emergente della neuroetica tenta di spiegare la dipendenza sulla base di alcune recenti evidenze neurobiologiche del controllo cognitivo del comportamento. Essa ipotizza che i soggetti dipendenti siano colpiti da una disfunzione nel controllo cognitivo del comportamento volontario. Secondo questa prospettiva la dimensione cognitiva è il piano nel quale si realizza il controllo della condotta in accordo alle norme culturali o agli obiettivi prefissati. In questo senso il comportamento funzionale dipenderebbe da processi top down che dalla corteccia prefrontale modulerebbero la tendenza all'azione co-

dificata nei centri encefalici più profondi. Questo approccio sottovaluta le dimensioni affettive ed emotive delle dipendenze e tralascia i determinanti evoluzionistici, le motivazioni biologiche dell'uso, dell'abuso delle dipendenze.
Per una migliore comprensione del problema occorre guardare oltre la sfera delle funzioni cognitive e al di là del campo di studio delle neuroscienze cognitive. Ciò è possibile usando una prospettiva evoluzionistica a partire dalle neuroscienze affettive. Le funzioni cognitive sono compromesse nel caso delle dipendenze ma più in generale i processi razionali e decisionali sembrano danneggiati come effetto dell'alterazione dei processi affettivi. Ciò è testimoniato dal fatto che l'astinenza o il completo recupero più che conseguenze della soluzione di problemi cognitivi o dell'azione delle funzioni razionali ed esecutive sembrano dipendere dall'insorgere di conflitti emotivi ovvero dalla riattivazione della funzionalità dei meccanismi del cervello emozionale. Le sostanze e i comportamenti d'abuso si insinuerebbero e prenderebbero possesso dei meccanismi nervosi, soprattutto dopaminergici, del rinforzo e del piacere attraverso cui vengono incentivati gli obiettivi funzionali alla sopravvivenza dell'individuo e della specie. Questi obiettivi biologici agiscono come ricompense, sono desiderati perché esperiti come piacevoli e quindi motivanti. Il sistema di ricompensa cerebrale media la capacità di apprendere schemi d'azione efficaci, risposte automatiche finalizzate all'ottenimento di ricompense. La corticalizzazione delle funzioni nervose ha moltiplicato la possibilità delle esperienze umane e le condizioni attraverso cui innescare e modulare i processi dopaminergici alla base del piacere. Tuttavia le emozioni connesse a una ricompensa costituiscono le determinanti che danno forma al comportamento. Le neuroscienze affettive portano la nozione di processo affettivo nella spiegazione della perdita del controllo. I processi affettivi, espressione di determinismi neurobiologici, sono stati soggettivi, rappresentazioni psichiche che codificano e riflettono obiettivi e valori dell'individuo e ne motivano le azioni e il comportamento. La connotazione affettiva che l'organismo dà agli stimoli interni o esterni è in sostanza una attribuzione di valori e contribuisce di conseguenza alla formazione dei processi decisionali, motiva le scelte.

Internet addiction: analogie e differenze con altri profili di addiction

M. di Giannantonio
Università di Chieti

Un'analisi delle più recenti pubblicazioni internazionali inerenti le IAD (Internet Addicition Disorder) sta evidenziando come, da varie parti del mondo, l'inadeguato utilizzo della Rete possa indurre in una situazione di grave dipendenza psicologica con conseguenti danni psichici e funzionali per il soggetto. Il termine IAD si deve allo psichiatra americano Ivan Goldberg che ne propose i criteri mutuandoli dalla diagnostica per le dipendenze dal DSM:

1. bisogno di trascorrere un tempo sempre maggiore in rete per ottenere soddisfazione;
2. marcata riduzione di interesse per altre attività che non siano Internet;
3. sviluppo, dopo la sospensione o diminuzione dell'uso della rete, di agitazione psicomotoria, ansia, depressione, pensieri ossessivi su cosa accade online, classici sintomi astinenziali;
4. necessità di accedere alla rete sempre più frequentemente o per periodi più prolungati rispetto all'intenzione iniziale;
5. impossibilità di interrompere o tenere sotto controllo l'uso di Internet;
6. dispendio di grande quantità di tempo in attività correlate alla rete;
7. continuare a utilizzare Internet nonostante la consapevolezza di problemi fisici, sociali, lavorativi o psicologici recati dalla rete.

Le modificazioni psicologiche che si producono nell'individuo che diviene dipendente dalla rete, quali perdita delle relazioni interpersonali, modificazioni dell'umore, alterazione del vissuto temporale, cognitività completamente orientata all'utilizzo compulsivo del mezzo; tendenza a sostituire il mondo reale con un oggetto virtuale analogo al mondo del tossicodipendente che ha un proprio linguaggio, uno specifico abbigliamento, atteggiamenti e comportamenti diversi e differenti rispetto al mondo reale nel quale è abituato a vivere richiamano fortemente il funzionamento psichico dei classici abusatori di sostanze psicotrope.
Nel lavoro presentato ci si interroga su quanto i classici profili di personalità dei tossicodipenedenti forniscano organizzatori psicopatologici per la comprensione dei pazienti affetti da IAD e quanto, invece, se ne differenzino più significativamente.

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
Sala Pinturicchio

S3. Sessualità e disturbi mentali in un'ottica multidisciplinare

Coordinatrice
A. Graziottin (Milano)

Fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento: il punto di vista dello psichiatra

L. Bossini
Siena

Nella pratica clinica psichiatrica esiste un'evidente connessione fra psicopatologia e disturbi della sfera sessuale: i rapporti sono talmente stretti che spesso risulta arduo identificare con sicurezza una linea di confine fra i due ambiti patologici.
La sessuologia è un campo multidisciplinare che riflette la complessa interazione biopsicosociale tra gli elementi che compongono la risposta sessuale umana. Gli psichiatri sono le figure più spesso chiamate a gestire la valutazione ed il trattamento di questi problemi, fermo restando che il "sessuologo" ideale dovrebbe contemporaneamente essere psichiatra, urologo, ginecologo, andrologo e psicoterapeuta.
Approfondire le problematiche relative alla sfera sessuale appare difficoltoso anche per la reticenza con cui medici e pazienti affrontano l'argomento, tant'è che anche gli studi sull'epidemiologia dei sintomi sessuali sono molto scarsi. Un contributo significativo è rappresentato da un sondaggio del National Health and Social Life effettuato negli USA (1999), dove si evidenziarono sintomi sessuali nel 31% degli uomini e nel 43% delle donne.
Nei pazienti psichiatrici la prevalenza di sintomi sessuali risulta essere ancora maggiore.
I sintomi sessuali possono influenzare il decorso di altre malattie, aggravare altri disturbi psichiatrici o essere parte integrante del quadro clinico. Viceversa, la risoluzione di un problema sessuale può diminuire l'intensità e lo stress provocati da altre patologie e il suo preciso inquadramento eziopatogenetico, seguito da un adeguato trattamento, può prevenire l'esordio del disturbo o le ricadute.
Inoltre numerose sono le evidenze che dimostrano come in altri casi le disfunzioni sessuali sono secondarie agli effetti collaterali dei farmaci psicotropi. Questo può non solo aggravare il disagio del paziente, ma anche provocare l'interruzione della terapia, con il rischio di ricadute del disturbo.
Da questo complesso quadro nasce la necessità di approfondire l'indagine della funzionalità sessuale su un piano multidisciplinare, al fine di inquadrarne la causa principale in modo da operare una terapia quanto più mirata possibile.

Corpo mente-mente corpo: il parere dell'andrologo

E.A. Jannini
Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila

L'approccio olistico, psicosomatico e somatopsichico può essere declinato in svariate maniere. La nostra scuola ha definito in più memorie scientifiche come l'assenza di attività sessuale, quale quella che si verifica nel maschio impotente, provoca una riduzione statisticamente significativa dei livelli di androgeni liberi e totali. Questo fenomeno è accompagnato ad una riduzione della quota bioattiva dell'ormone luteinizzante che rispecchia una ridotta pulsatilità ipotalamica. Tali disturbi endocrini risultano normalizzati quando la disfunzione erettile (DE) è curata con successo. In particolare, i livelli di testosterone rispecchiano fedelmente gli indici di qualità della vita dimostrati da altri Autori in pazienti prima e dopo trattamento della DE. In un più recente lavoro, abbiamo poi dimostrato come l'incremento della quota androgenica può essere ottenuto anche con due tra i più popolari farmaci per la DE, sildenafil e tadalafil.
Gli ormoni androgeni sono quindi ben correlati al senso di benessere provocato dall'atto sessuale completo e soddisfacente. Ciò è anche spiegato dagli effetti anabolizzanti e tonici degli ormoni androgeni. In soggetti eugonadici, come la maggior parte dei pazienti con DE, la terapia sostitutiva non è necessaria. Lo diventa invece in pazienti ipogonadici, ma anche i soggetti con livelli di androgeni ai limiti inferiori del range di normalità. In un recente lavoro abbiamo infatti dimostrato che il testosterone stimola la fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE5), l'enzima penieno sul quale agiscono le terapie orali per la DE. In questi soggetti, il co- o pre-trattamento con androgeni amplifica infatti l'azione di sildenafil e tadalafil, aumentando il substrato su cui agiscono.

Fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento: il punto di vista del ginecologo

A. Graziottin
Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, Ospedale "San Raffaele Resnati", Milano

Scenario: i disturbi sessuali femminili sono stati storicamente letti in chiave psicologica e psicodinamica, con un sostanziale negletto dei cofattori etiologici di tipo biologico, per la persistenza di una bias di genere.

Obiettivo del lavoro: analizzare concisamente i fattori biologici, sistemici e ginecologici, che possono agire da fattori predisponenti, precipitanti e/o di mantenimento per i disturbi sessuali femminili e di coppia, con focus sui disturbi del desiderio, per migliorare la capacità diagnostica dei clinici, in chiave multidisciplinare.
Metodi: analisi della lettura ed esperienza clinica dell'autrice.
Risultati: i *disturbi del desiderio* possono riconoscere:
Tra i *fattori predisponenti*:

- la depressione, sempre più riconosciuta nella sua base organica neurobiologica cui contribuiscono fattori disendocrini, tra cui la carenza estrogenica ed androgenica;
- l'ansia, specie da prestazione, che lede specificamente i meccanismi dell'eccitazione centrale e periferica, causando una frenata di tutto il circuito sessuale;
- le fobie, fino alla franca avversione sessuale, associate o meno a vaginismo;
- la carenza cronica di sonno e lo stress cronico, per usura dei meccanismi neurobiologici che alimentano la sessualità;
- l'effetto negativo dell'invecchiamento (tra i 18 e i 49 anni ha poco desiderio il 19% delle donne, contro il 48% delle donne tra i 50 e i 70 anni);
- le carenze ormonali: tra i 18 e i 49 anni ha poco desiderio il 32% delle donne sottoposte a ovariectomia bilaterale, per la perdita della produzione estrogenica e di circa il 50% di quella androgenica;
- i disturbi del comportamento alimentare, specie di tipo restrittivo, fino all'anoressia;
- le anemie, specie sideropeniche, che usurano l'energia vitale;
- i disturbi del ciclo, sia per l'alterazione ormonale ad essi associata, sia per i fattori che l'hanno causata o la mantengono: l'amenorrea si associa a grave carenza di estrogeni e testosterone, come succede nelle forme ipotalamiche, in puerperio e in postmenopausa; e/o ad aumento di prolattina, come succede in puerperio, nelle forme iatrogene, ossia da farmaci, nei microadenomi ipofisari;
- l'infertilità e le malattie acute e croniche;
- l'ipertono miogeno del muscolo elevatore dell'ano, tipico di una parte dei casi di vaginismo severo e/o di dispareunia introitale che rende la penetrazione dolorosissima o impossibile;
- il dolore, specie dolore pelvico cronico (da endometriosi, associata a dispareunia profonda; da sindrome del colon irritabile; da vulvodinia; da sindrome della vescica dolorosa) ma anche associato ad altre malattia astenizzanti come la fibromialgia;
- alcuni tipi di contraccezione ormonale;
- l'abuso di alcool – ora un'emergenza anche nelle giovanissime – e droghe (eroina);
- i disturbi dell'identità sessuale di varia gravità (disforie di genere).

Tra i *fattori precipitanti*, i fattori iatrogeni che causino drastica perdita degli ormoni sessuali, reversibile, in caso di trattamento con analoghi del GnRH, o irreversibile (ovariectomia bilaterale); le malattie che causino dolore alla penetrazione, come secchezza vaginale da carenza estrogenica o da eccitazione inadeguata; la vestibolite vulvare, il *lichen sclerosus*, gli esiti iatrogeni di episiotomia-rrafia, di colporrafie, specie posteriori, di interventi sull'ano, quali l'emorroidectomia, di interventi più radicali per carcinomi del collo dell'utero e/o radioterapia pelvica; l'ipertono dell'elevatore; l'anorgasmia cronica, che può bloccare il desiderio con feedback negativo progressivo; violenze e abusi sessuali e malattie sessualmente trasmesse.
Tra i *fattori di mantenimento* vanno inseriti in primo luogo i *fattori iatrogeni*: l'omissione diagnostica delle cause biologiche di disturbi sessuali è infatti il più frequente e frustrante fattore di persistenza del problema sessuale; ad essa vanno aggiunti i fattori relazionali tra cui i disturbi sessuali del partner.
Conclusioni: è indispensabile che i disturbi del desiderio vengano affrontati con rigore diagnostico sul fronte biologico, oltre che psicodinamico. È questa una condizione necessaria (ancorché non sufficiente) per un'accurata diagnosi differenziale e una terapia che abbia maggiori probabilità di successo.

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
SALA BERNINI

S4. Il trattamento del paziente autore di reato nel carcere e nell'ospedale psichiatrico giudiziario

COORDINATORI
A. Calogero (Castiglione delle Stiviere), G.C. Nivoli (Sassari)

L'OPG di Castiglione delle Stiviere come modello nazionale di OPG: riflessioni in relazione alla nuova Riforma

A. Calogero, F. Nocini[*], S. Forconi[**], C. Perrella[***]

Direttore OPG Castiglione delle Stiviere; [*] Psicologo OPG Castiglione delle Stiviere; [**] Dirigente Medico Psichiatra ULSS 8, Asolo; [***] Psichiatra

La continuità terapeutica rappresenta uno dei più importanti e dibattuti argomenti della Psichiatria.
A partire dalla Legge 180 del 1978 fino ad oggi, con la nuova Riforma (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) del 1 aprile 2008, la continuità terapeutica è stato un obiettivo comune da raggiungere al fine di ottenere la completa "salute mentale" del paziente.
Per continuità terapeutica si intende l'integrazione tra prevenzione, cura e riabilitazione.
Riportando il concetto ai pazienti psichiatrici autori di reato che ritroviamo nel circuito penitenziario, continuità terapeutica significa integrazione tra cura e riabilitazione sia all'interno della struttura che all'esterno (DSM), al fine di garantire una dimissione con un buon reinserimento nella società: questo è possibile attraverso un lavoro terapeutico e riabilitativo fatto congiuntamente al DSM di appartenenza.
La Legge 180 del 1978 ha introdotto un nuovo modo di concepire e di affrontare la malattia mentale fondato sulla dignità della persona, spostando l'interesse dall'ospedale al territorio: in questo modo il Dipartimento di Salute Mentale è diventato il centro operativo della psichiatria. La legge "180" è stata una grande riforma della psichiatria italiana, ma, pur rimanendo validi i principi di fondo, non ha tenuto conto dei pazienti psichiatrici "gravi" ad alto rischio di commettere atti "pericolosi" (fino a veri e propri reati) che, pur rappresentando una fascia minoritaria, sono difficili da gestire nel territorio.
La stessa legge ha completamente ignorato gli OPG e i pazienti introdotti nel circuito penitenziario: ciò non ha permesso di realizzare modelli adeguati di intervento con il DSM finalizzati al recupero e al reinserimento in società per questi pazienti con bisogni complessi.
Al pari della Legge del 1978, trenta anni dopo viene riproposta una Riforma che presenta gli stessi errori di base, trascurando i pazienti psichiatrici gravi che necessitano di interventi più protettivi e di programmi intensi.
Il DPCM, approvato il 1° aprile 2008 ed entrato in vigore il 14 giugno 2008, concernente le modalità e i criteri per il trasferimento della Salute e della Salute Mentale in carcere, rispettivamente al SSN e al DSM e il superamento degli OPG, ha, infatti, nuovamente trascurato le difficoltà del DSM e la mancanza di risorse professionali ed economiche.
Tale Decreto ha portato ad un profondo stravolgimento nell'organizzazione di tutti gli OPG in carico al DAP, comprendenti quello di Reggio Emilia, di Napoli, Aversa e Montelupo Fiorentino (sono stati esclusi l'OPG di Castiglione delle Stiviere, a valenza esclusivamente sanitaria e quello di Barcellona Pozzo di Gotto, poiché Provincia Autonoma): sono stati infatti sostituiti i precedenti Direttori (divenuti Direttori Sanitari, dipendenti del DSM) da nuovi Direttori Amministrativi.
Riguardo al progetto di superamento degli OPG, nel DPCM vengono delineate tre fasi, che prevedono:

- in una prima fase, la riduzione del numero dei ricoverati con la dimissione dei pazienti che hanno terminato la misura di sicurezza, grazie alla presa in carico da parte del DSM di appartenenza e dei pazienti in osservazione e con sopraggiunta infermità mentale, grazie alla prevista apertura di sezioni apposite per la cura e la riabilitazione di tali casi nelle carceri;
- in una seconda fase, a distanza di un anno, la ridistribuzione dei pazienti secondo il criterio della territorialità (ogni paziente verrà ricoverato nell'OPG più vicino al proprio Territorio di appartenenza), al fine di facilitare i rapporti con il DSM di competenza;
- in una terza fase, a distanza di due anni, la restituzione di ogni paziente al DSM di appartenenza.
- Tale Riforma non considera la difficoltà del DSM nel prendere in carico questi pazienti, oltre alla grave carenza del Servizio Territoriale nel fare progetti congiunti con l'OPG.

All'interno di questo marasma riformativo, l'OPG di Castiglione delle Stiviere può essere considerato il "modello nazionale" di OPG da imitare: rappresenta, infatti, l'unico OPG in Italia a valenza esclusivamente sanitaria, in cui vi è un rapporto molto stretto con il DSM (l'Azienda "Carlo Poma" ha infatti al suo interno due aree psichiatriche, DSM e OPG, indipendenti tra di loro ma in grado di confrontarsi e di collaborare).
Il modello di lavoro dell'OPG di Castiglione delle Stiviere si basa sulla formulazione di progetti terapeutici

e riabilitativi individualizzati, fatti ad hoc sul paziente congiuntamente con il DSM di appartenenza, partendo dall'analisi dei vari bisogni (bisogni comuni e bisogni individuali), al fine di giungere ad una guarigione (intesa come il raggiungimento di un nuovo equilibrio psichico) e ad una dimissione, con un buon reinserimento all'interno della Società.
In questo lavoro presenteremo il nostro modello di lavoro, riportando i dati dei pazienti dimessi, secondo ciò che è stabilito nella prima fase del DPCM, e descrivendo la popolazione presente e il territorio di origine dei nostri pazienti, secondo quanto esposto nella seconda fase.

Trattamento psichiatrico in carcere

G.C. Nivoli
Sassari

Il trattamento psichiatrico in carcere può essere svolto con varie modalità, tra l'intervento in situazioni di emergenza (uno scompenso psicotico, una crisi emozionale) sino a un trattamento a lungo termine con l'intervento dei servizi territoriali al momento dell'uscita dall'Istituzione Giudiziaria o Penitenziaria. Nell'ambito del trattamento del paziente con psicopatologia di interesse psichiatrico e comportamento antigiuridico (in particolare paziente autore di reati lesivi della altrui integrità fisica) a medio e lungo termine è possibile una valutazione e un trattamento che si configura in otto tappe. Le prime tre tappe sono costituite dalla diagnosi psichiatrica sempre più approfondita, che tiene conto della diagnosi categoriale (prima tappa), della diagnosi dimensionale (seconda tappa) e della diagnosi dinamica (terza tappa). Dopo avere effettuato questo approfondimento diagnostico è necessario effettuare una valutazione della fisiopatologia del comportamento violento che consiste in ulteriori due tappe: lo studio della eziologia del comportamento violento (quarta tappa) e lo studio della dinamica dello stesso (quinta tappa). La sesta tappa è rappresentata dallo studio attento e approfondito delle reazioni transferali e controtransferali in relazione alla psicopatologia del paziente e alla psicopatologia del comportamento criminale (in particolare nel paziente autore di violenza contro la persona). La settima tappa è costituita da una valutazione non più clinica, ma attuariale (con scale di valutazione che privilegiano dati obiettivi non facilmente simulabili) del rischio di comportamento criminale o violento sulla persona. Infine l'ottava tappa è costituita dalla formulazione di un piano di trattamento che presenta caratteristiche di fattibilità (nel caso specifico caratteristiche di flessibilità, in modo che si possa modificare a seconda del comportamento del paziente). È necessario che comprenda sia la diagnosi e la terapia psichiatrica, che la valutazione e il trattamento (concetti comprensivi ma più ampi della terapia del comportamento criminale) in particolare per quanto concerne il comportamento violento sulle persone nel caso specifico del soggetto in esame.

Il paziente psichiatrico autore di reato tra Ospedale Psichiatrico Giudiziario e Dipartimento di Salute Mentale

L. Lorettu
Sassari

Il paziente psichiatrico autore di reato, nel passato, ha preso spesso la via dell'OPG. Con il passare del tempo si è assistito ad un cambiamento dell'assistenza psichiatrica sempre meno custodialista e sempre più finalizzata alla cura del paziente, concetto ribadito con forza con la legge 180. Tuttavia tale legge non è andata modificare la struttura normativa degli OPG.
Attualmente la giurisprudenza ha iniziato un percorso di "modifica" dell'OPG, individuando alternative all'internamento in OPG per quei pazienti psichiatrici autori di reato.
La realtà delle cose tuttavia si sta rilevando impreparata ad una modifica radicale. Infatti se da una parte si assiste ad una diminuzione degli invii in OPG dall'altra il DSM, e le sue strutture terapeutiche e riabilitative, non sempre si trovano disponibili ad accogliere tali pazienti.
Le criticità sono numerose: commistione di pazienti fondamentalmente diversi tra loro, carenza di strutture adeguate, assenza di una formazione degli operatori per la gestione di pazienti psichiatrici autori di reato, assenza di una chiara interpretazione sulla posizione di garanzia dello psichiatra. In particolar modo tale problematica confronta lo psichiatra che si occupa di tali pazienti con una "conflittualità" che la 180 sembrava aver superato: "cura o custodia del paziente"?
Verranno riportate alcune riflessioni in merito alla gestione del paziente psichiatrico autore di reato nel DSM e le problematiche derivate da alcune sentenze che hanno come tema centrale la posizione di garanzia.

L'intervento clinico sui pazienti borderline nelle Istituzioni Penitenziarie

C. Maffei
Università "Vita-Salute San Raffaele", Milano

È noto dai dati epidemiologici internazionali (Fazel e Danesh, Lancet 2003) che le Istituzioni Penitenziarie dell'Occidente accolgono una elevata percentuale di soggetti con disturbi di personalità (circa il 65% del totale): la maggior parte di essi appartiene alla categoria del disturbo antisociale (47% dei detenuti maschi, 21% delle detenute femmine), mentre una percentuale minore, ma significativa, è rappresentata da soggetti con disturbo borderline di personalità (circa il 25%). Queste stime vanno prese con una certa cautela soprattutto per quanto riguarda la corretta attribuzione alle differenti categorie diagnostiche: è infatti noto che vi è una tendenza alla sovrapposizione tra i due disturbi, per cui è possibile che vi siano soggetti con entram-

bi i disturbi, ovvero con disturbo borderline e tratti antisociali, o viceversa. Un'altra importante distinzione riguarda il motivo della detenzione e la tendenza alla recidiva: è verosimile che i soggetti antisociali in senso stretto commettano reati di varia natura, con forte tendenza alla recidiva, mentre i soggetti borderline in senso stretto sono a rischio di entrare nell'illegalità in maniera più saltuaria. Si può affermare sinteticamente che per gli antisociali l'illegalità è uno stile di vita, mentre per i borderline si tratta di una conseguenza di tratti patologici soprattutto connessi con il discontrollo degli impulsi e con i fattori esogeni che tendono ad esacerbare tale tendenza. Da qui, la necessità di differenziare gli obiettivi e le caratteristiche dell'intervento terapeutico. Esistono nell'attualità pochi dati di ricerca sul trattamento dei soggetti borderline incarcerati, e sulla sua efficacia, tuttavia è possibile identificare alcuni punti sostanziali:

1. la presenza di disturbi di Asse I;
2. la presenza di abuso o dipendenza da sostanze psicoattive, legali o illegali, e l'intervento su questa area come necessità prioritaria;
3. la presenza di significativa tendenza al discontrollo degli impulsi;
4. la presenza di eventi traumatici significativi, soprattutto nelle femmine.

Accanto a ciò, va preso in considerazione il livello di strutturazione dell'intervento, che dovrebbe avere una valenza comunitaria, e la messa in atto di interventi specifici, come ad esempio l'acquisizione di skills comportamentali tramite interventi quale la Dialectical Behavior Therapy (DBT).

Modelli d'intervento a sostegno della continuità terapeutica per i pazienti giudiziari in doppia diagnosi

M. Clerici[*,**], P. Sciarini[*], G. Carrà[**]

[*] *Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Università di Milano Bicocca;* [**] *DSM, A.O. S. Gerardo Monza*

La rilevanza dei disturbi mentali nelle condizioni di carcerazione è da tempo accertata e si esprime attraverso un'ampia eterogeneità di manifestazioni cliniche a diversa *gravità* psicopatologica e *gravosità* assistenziale. Il dato più rilevante, dal punto di vista epidemiologico-clinico, riguarda il rischio che la popolazione carceraria corre – rispetto alla popolazione generale – in termini di morbilità psichica. Tale rischio si rivela da due a quattro volte superiore per quanto riguarda disturbi psicotici e depressivi e di dieci volte per il disturbo di personalità antisociale. A tali problematiche si associano tutte le condizioni di comorbilità, *in primis* quelle relative ai disturbi da uso di sostanze che interessano un'ampia fetta della popolazione carceraria, sia in relazione alle condizioni di tossicodipendenza vera e propria, sia di abuso e misuso di farmaci, in particolare le benzodiazepine.

Ne deriva che l'intervento psichiatrico in carcere – e la necessaria revisione del modello di assistenza previsto per gli OPG, anche alla luce delle nuove norme di legge che hanno trasferito le competenze sanitarie dal Ministero della Giustizia al SSN – siano il fulcro attuale del dibattito sulle possibilità innovative da attivare nel settore. L'intervento psichiatrico in carcere, per la gran parte, risulta ancora limitato ad attività di tipo consulenziale prive della necessaria continuità pre/post ed erogate esclusivamente su richiesta mentre la revisione del modello di assistenza basata sull'OPG non riesce a liberarsi dall'ideologia del modello concentrazionario su base nazionale che prescinde dalla provenienza geografica dei pazienti e dalla possibilità, per i DSM, di assistere quelli più "complessi" e pericolosi socialmente. Il tema della comorbilità è reso ancora più complesso dalla separazione dei sistemi d'intervento che caratterizza la realtà assistenziale italiana nel settore

Il passaggio, pertanto, da un approccio quasi esclusivamente rivolto all'emergenza, cioè limitato esclusivamente alla risposta verso chi esprime disagio acuto, ad una organizzazione in grado di effettuare screening per tutta la popolazione che accede alle restrizioni della libertà indagando, soprattutto, i fattori di rischio in grado di peggiorare tale disagio rappresenta la "svolta" organizzativa richiesta dall'attualità e assolutamente indilazionabile. Il mancato riconoscimento della reale problematicità psicopatologica dei soggetti che iniziano un iter di reclusione e, spesso, lo perseguono per periodi significativi della vita, implica un particolare attenzione al rischio suicidario e alla prevenzione degli atti autolesivi, nonché al fattore di rischio additivo "uso di sostanze". Attraverso un'analisi della letteratura e la revisione di alcune attività svolte in alcuni ambiti privilegiati della Regione Lombardia quali le C.C. e C.R., vengono presentati alcuni dati orientativi di spunto sulle realtà osservate nell'ultimo decennio.

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
SALA MASACCIO

S5. Il rischio di suicidio nell'ospedale generale

COORDINATORI
D. Berardi (Bologna), C. Gala (Milano)

Suicidio in ospedale generale: rischi di malattia, rischi di setting e risposte istituzionali

M. Balestrieri
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine

Gli Ospedali dovrebbero essere luoghi sicuri. Il fatto che vi avvengano suicidi contraddice in effetti ogni aspettativa e rappresenta una sfida per pazienti, medici, amministratori e utenti. Ogni qualvolta abbia luogo un suicidio, è necessario perciò che vengano messe in atto tutte le misure di verifica delle caratteristiche ambientali del reparto, delle pratiche comunicative e delle misure istituzionali promosse per i pazienti a rischio di suicidio. È poi raccomandabile l'attivazione di un team multidisciplinare che lavori sulle tematiche del rischio suicidario e che promuova una cultura della sicurezza in ospedale. Non si può tuttavia ignorare che la modifica delle pratiche e degli atteggiamenti dell'istituzione ospedaliera richiede lunghi periodi, molta energia e persistenza d'azione. In particolare, è necessario risolvere le resistenze dei medici e del comparto infermieristico, attivando al contempo le loro capacità nell'assessment del rischio suicidario. Collegato a questo processo, deve poi esistere un sistema di raccolta informazioni atto a verificare che le buone pratiche vengano svolte correttamente.

La prevenzione del suicidio nell'Ospedale Generale

M. Rigatelli, S. Ferrari, M. Venuta
UO di Psichiatria Ospedaliero-Universitaria Modena Centro, Università di Modena e Reggio Emilia

I tentativi di suicidio ed il rischio di comportamenti autolesivi sono frequentissima motivazione di richiesta di consulenza psichiatrica nell'Ospedale Generale. Il tasso di suicidio è 3 volte più elevato nella popolazione ospedaliera rispetto alla popolazione generale, con la defenestrazione come mezzo più frequentemente riportato. Questo gruppo di pazienti include di solito coloro che sono stati ricoverati in seguito a tentativi di suicidio già attuati e pazienti affetti da condizioni mediche croniche in comorbilità con la depressione, specie in relazione alla presenza di dolore, etilismo, delirium, prognosi infausta o recente comunicazione di brutte notizie. La presenza di comorbilità medica è un fattore indipendente di rischio per condotte suicidarie o parasuicidarie.

La collaborazione tra lo staff medico di reparto e del Servizio Consulenze Psichiatriche è fondamentale per realizzare interventi di cura e prevenzione efficaci. In quest'ottica, è stato realizzato presso la nostra Unità Operativa un percorso integrato che include: stabilizzazione delle condizioni mediche; rapido invio al Servizio Consulenze; formazione dello staff medico al riconoscimento del rischio suicidario; esecuzione della consulenza entro un'ora dalla richiesta, con valutazione del rischio; analisi delle strategie di cura ed eventuali modifiche. Le strategie di cura includono la terapia farmacologica laddove indicata, il monitoraggio congiunto medico-psichatrico, il collegamento con i servizi psichiatrici extra-ospedalieri, il MMG ed i servizi sociali laddove indicato, la sicurezza ambientale e l'eventuale necessità di trasferimento in ambiente psichiatrico.

Le reazioni emozionali del medico al suicidio del paziente

O. Todarello
Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Si stima che nel mondo oltre 800 mila persone perdano la vita ogni anno per suicidio. In Italia si verificano annualmente circa 4.000 decessi per suicidio, con un tasso standardizzato di mortalità pari a circa 6 casi per 100.000 residenti/anno. Il suicidio è la più comune causa di morte in corso di patologia psichiatrica. Un dato interessante è che il più forte fattore di rischio per il comportamento suicidario nei paesi ad alto reddito è il disturbo mentale, mentre un disturbo associato al controllo degli impulsi è il fattore più forte in paesi a basso reddito. Una percentuale rilevante di suicidi sono stati in cura da un professionista della salute mentale e, ancora di più, hanno avuto un recente contatto con un medico di base. I medici sono coinvolti emozionalmente dalla morte dei loro pazienti, in particolare i medici donne e quelli in formazione.
Molto ricca è la letteratura scientifica sul paziente suicida, mentre è sorprendentemente scarsa quella che si occupa delle reazioni del medico al suicidio del paziente. Vengono esaminati i dati della ricerca e viene delineato un tipico profilo di risposta del professionista della salute all'evento traumatico suicidio, caratterizzato da tre aree generali di vissuti: perdita traumatica e dolore, relazioni interpersonali e preoccupazioni sulla identità professionale. Viene anche delineata la risposta delle

istituzioni sanitarie, perlopiù realizzata con la creazione di procedure e controlli che dovrebbero proteggere dagli eventi non desiderati. Vengono infine esaminate le forme di supporto emozionale sperimentate per rispondere al bisogno del professionista dopo la morte del suo paziente.

Valutazione del rischio di suicidio e prospettive preventive

S. Vender

Università dell'Insubria Varese-Como

La letteratura nazionale e internazionale ha evidenziato come il suicidio, in qualsiasi reparto, sia un evento tutt'altro che infrequente nell'Ospedale Generale: infatti può avvenire non solo negli SPDC, ma anche in pazienti non affetti da malattia mentale. Anche vari fatti di cronaca, come quello di un uomo che andato a fare visita ad un'amica ricoverata si è sparato davanti a lei, avvenuto lo scorso anno, segnalano come l'ospedale possa essere il luogo ove viene messo in atto un clamoroso gesto autolesivo. Di fronte a ciò si può assumere un atteggiamento di controllo esasperato di ogni persona che gravita all'interno dell'ospedale, prospettando immediate conseguenze per una responsabilità medico-legale oppure considerare il suicidio in ospedale come un evento sentinella che può segnalare la necessità di porre un'attenzione al clima relazionale esistente, all'organizzazione, alla scarsa valutazione delle situazioni di rischio, ecc. Il suicidio in ospedale infatti può riguardare reparti oncologici, ostetrico-ginecologici, chirurgici e di pronto soccorso, oltre a SPDC, nonché pazienti colti da una intensa crisi emotiva prodotta da una condizione di malattia. Particolare attenzione sarà posta alla raccomandazione del Ministero della Salute del 2008 su questo argomento.

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40

SALA PERUGINO

S6. Dolore e disturbi psichiatrici: aree di confine

COORDINATORI

S. Scarone (Milano), G. Bussone (Milano)

Dolore e malattia psichiatrica, una via comune

A. Panerai

Dipartimento di Farmacologia Chemioterapia e Tossicologia medica, Università di Milano

La IASP definisce il dolore una esperienza sensoriale e emotiva associata con un danno attuale o potenziale o descritto come tale. A questa definizione si è aggiunta quella di dolore come un'esperienza condizionata da memorie, emozioni, fattori patologici, genetici e cognitivi. In conclusione il dolore non è interpretato solo come l'espressione di input nocicettivi, né solo dotato di una funzione protettiva.
Già in queste affermazioni appare evidente che dolore e malattia psichiatrica condividono molte possibili cause. Negli ultimi anni questa ipotesi è stata rafforzata dall'individuazione di alcune basi anatomiche e funzionali che mettono in relazione il dolore con la malattia psichiatrica.
La relazione tra i due non è una novità: nel DSM IV si parla di Pain Disorder, ed è noto che molte lesioni cerebrali indotte a scopo analgesico sono identiche a quelle che possono essere utilizzate nella terapia di malattie psichiatriche.
Il passo successivo è derivato dalla individuazione dell'insula come la regione della corteccia che riceve le afferenze interocettive, le struttura in modo sempre più evoluto e complesso nelle sue diverse sezioni anatomo-funzionali, le confronta con l'omeostasi dell'individuo e le mette in relazione con aree cerebrali come l'amigdala, la corteccia del cingolo e la corteccia prefrontale. Il dolore rappresenta una delle afferenze interocettive più importanti e contribuisce in modo rilevante al mantenimento di una corretta omeostasi. Ricordiamo inoltre che modificando farmacologicamente alcune delle afferenze interocettive si possono indurre modificazioni emotive e comportamentali.
Se accettiamo il concetto di Damasio, Craig e altri che l'emozione guida l'azione e l'emozione ed è il frutto del confronto tra la omeostasi che percepiamo e quella reale, possiamo guardare anche alla malattia psichiatrica e alla percezione del dolore come frutto di una alterata omeostasi o della sua percezione, lungo una via comune.

I disturbi somatoformi: stato dell'arte

O. Gambini

Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, Università di Milano, AO "San Paolo", UO Clinicizzata di Psichiatria

In questa relazione verranno presentati i dati della letteratura più recente su questo argomento. I disturbi somato-

formi, che includono secondo l'attuale classificazione del DSM-IV, il disturbo di somatizzazione, il disturbo di conversione, il disturbo algico, l'ipocondria e il disturbo da dismorfismo corporeo, il disturbo somatoforme indifferenziato e NAS, rappresentano patologie di grande interesse per lo psichiatra. In questa relazione verranno presentai i dati concernenti i soggetti con disturbo di somatizzazione, disturbo di conversione e disturbo algico che nella maggioranza dei casi, arrivano alla osservazione dello psichiatra dopo che valutazioni internistiche e neurologiche hanno escluso cause organiche di entità tale da giustificare i sintomi. La comunicazione di un invio allo psichiatra da parte di un specialista non psichiatra, necessita di particolare attenzione clinica. Per quanto concerne gli studi in letteratura internazionale sui disturbi di somatizzazione, conversione e algico, la mole di dati disponibili è nettamente meno ricca che per altre patologie psichiatriche. I confini tra disturbo di somatizzazione e disturbo algico possono non essere netti e d'altra parte una patologia internistica e neurologica possono essere presenti in soggetti con disturbo algico. I dati disponibili in letteratura mettono in evidenza la necessità di una stretta collaborazione tra psichiatri, neurologi e internisti allo scopo di offrire ai pazienti un approccio terapeutico efficace. Ciò anche per evitare a soggetti con disturbo somatoforme di sottoporsi ad accertamenti non necessari.

Variabili psicologiche nell'emicrania cronicizzata con abuso di analgesici

L. Grazzi

Istituto Neurologico "C. Besta", Milano

Introduzione: è stata confermata una forte correlazione tra alcune variabili psicologiche e l'emicrania, in particolare emicrania, depressione e disturbo d'ansia. I pazienti affetti da emicrania cronicizzata (EC) con "medication overuse" (MO) sono maggiormente esposti al rischio di sviluppare disturbi d'ansia e dell'umore (depressione) che possono compromettere i risultati dei trattamenti specifici. Si conferma inoltre una significativa correlazione tra andamento clinico, variabili psicologiche e livelli di disabilità.
Obbiettivo: analizzare l'andamento di specifiche variabili psicologiche e dei livelli di disabilità in un gruppo di pazienti con EC e MO prima e dopo trattamento di disintossicazione per verificare la presenza di un particolare pattern psicologico e determinare se il miglioramento clinico corrisponde a un cambiamento delle variabili psicologiche.
Metodi: 146 pazienti con EC e MO (in accordo con HCDC-II) sono stati inclusi. È stato completato il questionario MIDAS per la disabilità, la State-Trait Anxiety Inventory (STAI 1-2) di Spielberger, la Zung Self-rating Depression Scale (Zung). I pazienti sono stati sottoposti a disintossicazione in regime di ricovero, 84 pazienti hanno raggiunto 1 anno di follow-up: hanno completato i questionari ed è stato valutato l'andamento clinico utilizzando il diario dei giorni/cefalea.
Risultati: un miglioramento significativo al follow-up a 12 mesi è stato rilevato sia dal punto di vista clinico (giorni cefalea/mese 26,1 ± 4 *vs*. 9 ± 7), farmaci/mese (48,9 ± 29,1 *vs*. 12 ± 18,2), sia per le variabili psicologiche (MIDAS 70,8 ± 59,3 *vs*. 34,1 ± 40,4; STAI 1: 43,4 ± 11,6 *vs*. 39,8 ± 11,7; STAI 2: 45,6 ± 9,7 *vs*. 41,7 ± 11,9; Zung 39,9 ± 9,7 *vs*. 36 ± 10).
Conclusioni: il risultato clinico e il significativo decremento della disabilità confermano l'efficacia della disintossicazione. Contemporaneamente gli indici di ansia e depressione sono significativamente diminuiti nonostante non risultassero elevati prima del trattamento, evidenziando una discrepanza tra variabili cliniche e psicologiche. Tali risultati confermerebbero l'assenza di uno specifico pattern psicopatologico in questi pazienti, e le variabili psicoemotive non sembrano influenzate da frequenza di attacchi dolorosi e uso di sintomatici.

Sintomi depressivi, sentimenti di rabbia e tratti di personalità in pazienti con emicrania

G. Abbate Daga, S. Fassino

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: i pazienti affetti da emicrania presentano frequentemente comorbilità psichiatrica e tendenza alla somatizzazione. Lo scopo del presente contributo è identificare se pazienti affetti da emicrania hanno modalità differenti di gestione dei sentimenti di rabbia e un profilo di personalità specifico rispetto ad un gruppo di controllo di soggetti sani.
Metodi: un primo studio ha coinvolto 49 pazienti con emicrania e 49 controlli sani. Un secondo studio ha reclutato 105 pazienti con emicrania senz'aura e 79 controllo sani. Le due casistiche sono state raccolte all'interno di 2 differenti Centri per la cura delle Cefalee dell'Università di Torino. Ad Entrambe le casistiche sono stati somministrati il Temperament and Character inventory (TCI) per lo studio della personalità e il Beck Depression Inventory (BDI) per la valutazione della sintomatologia depressiva. La casistica più ampia ha inoltre compilato il State-trait Anger Expression Inventory (STAXI) per lo studio della rabbia.
Risultati: in entrambe le casistiche i pazienti con emicrania riportano sintomi depressivi più consistenti ed un profilo di personalità caratterizzato da maggior punteggi nelle scale del TCI evitamento del danno (HA) e persistenza (P) e minori punteggi nella scala del TCI autodirettività (SD). Nella seconda casistica si riscontra una significativa difficoltà a gestire la rabbia con tendenza all'ipercontrollo. La regressione logistica individua i tratti temperamentali di personalità come miglior predittori di emicrania.
Conclusioni: tratti di personalità di evitamento e controllo e soppressione della rabbia possono rendere gli individui più vulnerabili all'emicrania e/o alla gestione della cefalgia. Inoltre i tratti temperamentali della personalità potrebbero condividere fattori biologici comuni con depressione ed emicrania. Le implicazioni cliniche vengono discusse.

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
SALA BORROMINI

S7. La terapia farmacologica dei disturbi d'ansia in gravidanza

COORDINATORE
C. Bellantuono (Ancona)

Disturbi d'ansia in gravidanza: quali rischi per la diade madre-bambino?

G. Santone

Clinica Psichiatrica, Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona

Introduzione: sebbene la presenza di sintomatologia ansiosa sia ritenuta comune in corso di gravidanza essa, soprattutto se configura un vero e proprio disturbo, si associa a elevati livelli di disagio ed a compromissione significativa del ruolo materno.
Metodi: revisione della letteratura relativa alla epidemiologia ed alla clinica dei disturbi d'ansia in gravidanza.
Risultati: i dati epidemiologici, seppure derivanti da studi condotti su un numero limitato di donne, evidenziano una maggior prevalenza nelle donne gravide, rispetto alla popolazione generale, almeno per il disturbo ossessivo-compulsivo e per il disturbo d'ansia generalizzato. La presenza di un disturbo d'ansia precedentemente alla gravidanza rappresenta il più importante fattore di rischio per l'insorgenza di un disturbo durante la gravidanza stessa. I temi sui quali si polarizza l'ansia sono molto spesso specificatamente legati alla gravidanza (ad es., timori per la salute del nascituro, per la capacità di assolvere adeguatamente al ruolo materno, per l'aspetto fisico).
La presenza di disturbo d'ansia si associa a problematiche anche rilevanti: parto pretermine, compromissione delle funzioni di accudimento materno, rifiuto di ulteriori gravidanze, timore per i rapporti sessuali. Va inoltre tenuta in massima considerazione la possibilità di insorgenza di disturbi depressivi.
Conclusioni: sebbene gli studi disponibili siano stati condotti su popolazioni limitate, e nella grande maggioranza dei casi con un disegno trasversale, appare evidente come i disturbi d'ansia comportino rilevanti rischi per l'andamento della gravidanza attuale, per lo sviluppo del concepito, per il rapporto madre figlio, per future gravidanze. Appare quindi della massima importanza una adeguata conoscenza delle popolazioni a rischio e delle manifestazioni sintomatologiche peculiari, al fine di attuare interventi precoci ed efficaci.

Bibliografia

Ross LE, McLean LM. *Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review*. J Clin Psychiatry 2006;67:1285-98.

Vythilingum B. *Anxiety disorders in pregnancy*. Curr Psychiatry Rep 2008;10:331-5.

Antidepressivi e rischio di major malformations

C. Bellantuono

Clinica Psichiatrica, Ospedali Riuniti di Ancona, Dipartimento di Neuroscienze, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Qualunque trattamento che preveda l'uso di farmaci durante la gravidanza è un approccio che merita estrema cautela ed una valutazione complessa sia sui rischi del trattamento che sugli indubbi benefici. Se, infatti, è doveroso considerare i possibili rischi per il feto e il neonato dovuti all'esposizione ai psicofarmaci, bisogna anche tenere conto dei possibili rischi conseguenti (sia per la madre che per il feto) al mancato trattamento di un grave disturbo, come la depressione maggiore e i disturbi d'ansia (spesso in comorbilità) che insorgono o si riacutizzano durante la gravidanza.
Dati recenti, infatti, documentano che il non trattamento di un grave episodio depressivo e/o ansioso può indurre anomalie nel decorso della gravidanza e del parto, alterazioni dello sviluppo fetale e problemi per il neonato. L'esposizione fetale ai diversi psicofarmaci è, d'altra parte, associata a tre tipi di rischio: l'*aborto spontaneo*, le *malformazioni maggiori*, le *complicanze perinatali*.
La possibilità che uno psicofarmaco determini danni fetali 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 di molti farmaci presenti sul mercato, inclusi gli antidepressivi e le benzodiazepine. Bisogna inoltre considerare che, indipendentemente da specifici agenti teratogeni, il rischio di gravi malformazioni nella popolazione generale ("non esposta") varia dal 2 al 4%.
Tra gli *antidepressivi* (AD), farmaci oggi largamente impiegati anche per il trattamento dei disturbi d'ansia persistenti, sono invece ritenuti abbastanza sicuri gli *SSRI*, ad eccezione della *fluvoxamina* che presenta una casistica abbastanza esigua, e la *venlafaxina*.
In ogni caso, il rischio di malformazioni maggiori, emerso per alcuni SSRI rispetto ad altri, è unanimemente considerato decisamente *basso*, mentre i molteplici rischi legati alla malattia depressiva e ad un disturbo d'ansia grave, così come quelli legati alla brusca sospensione di una terapia di "mantenimento", sono sicuramente elevati e non vanno trascurati nel bilancio complessivo tra benefici *vs*. rischi di un trattamento.

Per altri AD i dati sulla teratogenesi sono attualmente scarsi e ancora insufficienti per esprimere un giudizio sulla sicurezza in gravidanza, in particolare sul rischio di malformazioni maggiori e di aborti spontanei.

L'utilizzazione dei farmaci antidepressivi in gravidanza ed il rischio di fenomeni di tossicità perinatale

S. Gentile

Dipartimento Salute Mentale ASL Salerno, Centro di Salute Mentale n. 4, Cava de' Tirreni, Salerno

Introduzione: i farmaci antidepressivi di nuova generazione [SSRIs, SNRIs, NaSSA)] 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 (TCAs).

Questi ultimi, infatti, sono stati associati con un maggior rischio di malformazioni fetali, soprattutto a carico dell'apparato cardiovascolare [1]. Complicazioni ostetriche quali ipertensione arteriosa e parto prematuro, nonché fenomeni di tossicità neonatale, sembravano presentare inoltre un'incidenza maggiore in donne trattate con TCAs [2]. Tuttavia, negli ultimi anni la US-FDA e la aziende farmaceutiche produttrici di SSRIs e SNRIs hanno concordato l'aggiunta in scheda tecnica di un *warning* relativo alle precauzioni d'uso in gravidanza ed allattamento relativo non solo al rischio teratogeno paroxetina-associato, ma anche all'aumentata incidenza di complicanze perinatali in bambini esposti *in utero* a queste due classi farmacologiche.

Obiettivi: descrivere la principali sindromi neonatali indotte dall'esposizione in utero ad antidepressivi (sia di nuova che di vecchia generazione).

Metodi: la fonte principale della ricerca è stata costituita dal materiale scientifico già esaminato per un articolo di revisione della letteratura recentemente pubblicato ed aggiornato a maggio 2007. Un *update* della letteratura internazionale (fino a luglio 2009) è stato ottenuto attraverso una ricerca computerizzata condotta su diversi *database* (MEDLINE/Pubmed, EMBASE).

Risultati: vedi Tabelle I e II.

Conclusioni: gli eventi avversi neonatali associati ad esposizione *in utero* ad antidepressivi durante le ultime quattro settimane di gravidanza non consistono soltanto in fenomeni di tossicità serotoninergica e/o di sospensione. Altri eventi avversi aspecifici, e non inquadrabili in queste due sindromi, non sono infatti da considerarsi eccezionali [3 4]. Tra l'altro, il termine *poor neonatal adaptation* non fornisce alcuna informazione sull'eziologia di tali eventi.

Pertanto, sotto l'aspetto nosografico, si suggerisce di definire i fenomeni perinatali associati al trattamento farmacologica con farmaci antidepressivi con il termine più appropriato di *antidepressant-induced perinatal complications* [5].

Sul piano più strettamente clinico, invece, l'unica strategia ad oggi suggerita per ridurre il rischio di tossicità perinatale indotta dall'esposizione *in utero* ad antidepressivi consiste nel sospendere gradualmente il trattamento

TABELLA 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, distress respiratorio, convulsioni, NEC?**	Irrequietezza, ipertonia muscolare, tremore, iperreflessia, scosse miocloniche, movimenti non coordinati, brividi, ipoglicemia, alterazioni tratto QT, PPHN?***
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. ** Enterite necrotizzante (ad oggi, non descritta con TCAs). *** Ipertensione polmonare persistente neonatale (ad oggi, non descritta con TCAs).

TABELLA II.
Fenomeni neonatali descritti occasionalmente, comuni ad SSRIs/SNRIs, non inquadrabili come fenomeni da sospensione o overstimulation serotoninergica.

Alterazione dell'architettura del sonno
Alterazione della risposta acuta al dolore
Riduzione della proporzione di linfociti T-helper

farmacologico entro due settimane dal parto [6 7]. Al momento, però, l'efficacia di questa strategia nel ridurre significativamente i casi di eventi avversi neonatali non è stata ancora definitivamente dimostrata.
Di conseguenza, la scelta tra proseguire o interrompere la terapia antidepressiva nelle fasi finali di una gravidanza deve basarsi fondamentalmente sulla necessità di continuare a garantire una gestione ottimale del disturbo depressivo materno, il quale deve essere sempre considerato come problema clinico predominante [8].

Bibliografia

1 Gentile S, Wieck A. Unpublished data.

2 Gentile S. *The safety of newer antidepressants in pregnancy and breastfeeding*. Drug Saf 2005;28:137-52.

3 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.

4 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.

5 Gentile S. *SRI-induced perinatal complications*. Pediatr Drugs 2007;9:97-106.

6 Gentile S. *Escitalopram use late in pregnancy and during breastfeeding*. Ann Pharmacother 2007;40:1696-7.

7 Gentile S. *Escitalopram use during pregnancy. Navigating toward international guidelines and the real world*. Clin Drug Inv 2008;28:735-9.

8 Gentile S. *Quetiapine-fluvoxamine combination during pregnancy and while breastfeeding*. Arch Women's Mental Health 2006;9:158-9.

Profilo di sicurezza nell'impiego di benzodiazepine in gravidanza

G. Di Sciascio

Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico Consorziale" di Bari

Le benzodiazepine sono composti ad attività ansiolitica, ipnoinducente, miorilassante ed anticonvulsivante, che vengono largamente utilizzati nella popolazione generale; tali composti presentano notoriamente un alto potenziale di induzione di dipendenza e tolleranza.
Per la loro sostanziale buona tollerabilità e maneggevolezza vengono spesso impiegate anche in corso di gravidanza, soprattutto per la gestione di sintomi d'ansia e di disturbi del sonno.
È opportuno precisare però che, essendo dotate della capacità di passare la barriera emato-placentare, presentano una importante quota sia di rischio teratogenetico che di tossicità neonatale.
Benché i dati della letteratura appaiano spesso alquanto controversi, soprattutto a causa della eterogenea metodologia nella raccolta delle informazioni pubblicate, è possibile allo stato attuale affermare che esistono innegabili evidenze per due specifiche condizioni:

1. l'utilizzo di benzodiazepine nel primo trimestre di gravidanza, ed in particolare tra la seconda e la ottava settimana di gestazione, sembra associato soprattutto ad un aumentato rischio di palatoschisi rispetto alla popolazione generale, nella quale è valutato nella misura dello 0,06%;
2. l'esposizione in cronico alle benzodiazepine nel terzo trimestre di gravidanza correla all'insorgenza di un quadro specifico di tossicità neonatale definito "floppy infant sindrome" che si caratterizza per la presenza di ipotonia muscolare, apnea, disordini della termoregolazione e basso indice di Apgar.

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
Sala Bramante

S8. Linee guida per l'approccio alla disabilità intellettiva in età adulta

Coordinatori
A. Castellani (Verona), G. LaMalfa (Firenze)

Significati del Documento di Consenso Intersocietario sulla Salute Mentale delle Persone con Disabilità Intellettiva

C. Ruggerini, S. Manzotti [*]

Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena; [*] Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: sei Società Scientifiche ACP (Associazione Culturale Pediatri), AIP (Associazione Italiana di Psicogeriatria), AISQuV (Associazione Italiana per lo studio della Qualità di Vita), SIAF (Società Italiana di Audiologia e Foniatria), SINPIA (Società Italiana di Neurologia e Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza; Società Promotrice), SIRM (Società Italiana Ritardo Mentale, sezione speciale SIP; Società Promotrice) e la FISH (Federazione Italiana Superamento Handicap), hanno elaborato un Documento di Consenso costituito da 20 capitoli ciascuno dedicato a una questione saliente della salute mentale delle persone con disabilità intellettiva nell'arco della vita.
Obiettivo e metodo: l'obiettivo di questa presentazione è lo studio delle Proposte di Raccomandazioni emerse nei vari capitoli per evidenziare gli aspetti innovative delle concezioni e delle prassi assistenziali proposte.
Risultati: le osservazioni di sintesi sono: 1) le Proposte di Raccomandazione sono indirizzate non solo ai professionisti del Servizio Sanitario ma ad una vasta gamma di operatori e alle famiglie; 2) il Documento di Consenso adotta una serie di Documenti Internazionali come proprio background filosofico: la Convenzione Internazionale dei Diritti delle persone con Disabilità (NU), i Documenti sulla Riabilitazione su Base Comunitaria – CBR – e sui Modi Nuovi di prendersi cura delle Condizioni croniche – ICCC – (OMS); 3) una parte dei capitoli sono stati elaborati con il contributo di rappresentanti di associazioni di persone con disabilità; 4) la valutazione diagnostica viene resa coerente con le linee guida della WPA sulla diagnosi psichiatrica che considera sia la diagnosi multiassiale che quella idiografica; 5) si enfatizza il ruolo delle opportunità allo sviluppo nell'arco intero della vita.

L'importanza della multidisciplinarietà nell'approccio valutativo alla persona con disabilità intellettiva

M. Bertelli, M. Rossi[*], A. Bianco[**], D. Scuticchio[***]

Psichiatra; direttore CREA (Centro di Ricerca ed Evoluzione AMG), Firenze; vice-presidente SIRM (Società Italiana per lo studio del Ritardo Mentale); [*] Psichiatra, ricercatore CREA (Centro di Ricerca ed Evoluzione AMG); [**] Psicologo, ricercatore CREA (Centro di Ricerca ed Evoluzione AMG) per WORK 2000, Arezzo; [***] Psicologo, ricercatore CREA (Centro di Ricerca ed Evoluzione AMG)

Per quegli psichiatri che già da tempo prestano la loro opera a persone con disabilità intellettiva (DI), numerose evoluzioni si sono proposte negli ultimi anni, sia in termini di sensibilità diagnostica che di interventi terapeutici.
Le esperienze maturate hanno mostrato come la miglior valutazione dei bisogni di salute mentale della persona con DI sia quella gestita da un team multi-disciplinare, la cui composizione riflette la natura multifattoriale dei disturbi mentali, del disagio psichico e degli interventi di cui necessitano. Qui lo psichiatra integra il proprio contributo con quello del medico di medicina generale, dello psicologo, dell'assistente sociale, dell'infermiere e dei vari terapisti (occupazionale, della riabilitazione, del linguaggio, del comportamento, fisioterapista).
Anche gli strumenti più frequentemente utilizzati riflettono l'importanza di un approccio complesso, aggiungendo alla valutazione della condizione psichiatrica, quella della condizione fisica, delle abilità, del funzionamento, del livello di sviluppo, dei supporti necessari e della gradazione soggettiva di attribuzione di importanza e percezione di soddisfazione nei diversi ambiti della vita.
Nella nuova psichiatria della DI la clinica e la terapia perdono ogni carattere di autoreferenzialità per diventare strumenti dello sviluppo della persona, dell'offerta di interventi per i problemi emotivo-comportamentali e del sostegno positivo necessario all'autodeterminazione e alla qualità di vita. Lo psichiatra diventa anche protagonista della facilitazione delle transizioni nelle varie fasi ed età della vita e partecipa allo sviluppo dei supporti che agiranno nelle famiglie e nella comunità.

La sessualità e la disabilità in una prospettiva life span

F. Poli, A. Castellani*

*Psicologa, Collaboratrice SIRM; * Psichiatra, neuropsichiatria infantile, segretario SIRM*

Diventa sempre più rilevante considerare un adeguato approccio alla disabilità intellettiva con la presa in carico, sia sul piano socio-assistenziale che sanitario, specialmente di quegli aspetti che implicano problematiche comportamentali/psichiatriche nella disabilità stessa. Questo campo, da un paio di decenni sta sempre più rimbalzando di importanza ed attualmente interessa, con le sue peculiarità, tutte le figure implicate nell'assistenza alla persona disabile. Fondamentale appare un approccio forse meno scientifico, ma molto più vicino alle reali esigenze dell'individuo lungo l'intero arco della sua vita, cioè con una modalità di valutazione onnicomprensiva su base relazionale ed empatica. In quest'ottica risulta necessario individuare quali sono i *life events* che incidono maggiormente in ogni fase di vita del disabile (prospettiva *life span*), al fine di ridurre le situazioni potenzialmente stressogene. Appare perciò fondamentale occuparsi del tema dell'affettività e della sessualità. Si tratta di un argomento molto ampio ed estremamente ricco di spunti di riflessione; per tale ragione verranno presi in esame gli aspetti principali legati all'affettività ed alla sessualità della persona disabile per proporre una panoramica e uno spunto di riflessione a largo spettro. Obiettivo sarebbe quello di fornire a chi opera già con l'handicap strumenti e competenze specifiche sui temi dell'affettività e sessualità delle persone disabili, per permettere di gestire eventuali manifestazioni sessuali del disabile e fornire risposte competenti a questi ultimi, agli operatori ed alle loro famiglie sul tema.

Indicatori di esito orientati alla persona

A. Ferrandi*,**, A. Castellani**, R. Rovati***, S. Monchieri*,**,***

*AFaR Associazione Fatebenefratelli per la Ricerca; ** Società Italiana per lo Studio del Ritardo Mentale (SIRM); *** IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia*

Le persone con disabilità intellettiva (DI) presentano limiti cognitivi e relazionali accanto alla frequenza di comportamenti di sfida e di comorbidità medico-neurologica-psichiatrica. Alla DI si associano spesso, oltre a disturbi psichiatrici, gravi e croniche combinazioni di disturbi del comportamento. Tali problematiche psicopatologiche e la loro cronicità, rendono spesso impossibile l'immediato ritorno di queste persone agli ambienti familiari e rendono indispensabile l'inserimento delle stesse in strutture a lunga degenza. Emerge la necessità di 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. La tendenza alla deistituzionalizzazione della disabilità intellettiva, se da un lato ha favorito gli inserimenti nei contesti familiari, o in piccole comunità, dall'altro ha evidenziato come il tradizionale approccio terapeutico-riabilitativo-istituzionale, nei nuovi tipi di assistenza, debba essere arricchito da particolari attenzioni sanitarie gestionali ed assistenziali. L'intervento deve essere individualizzato, non semplicemente differenziando gli interventi che si fanno *sulla* persona, ma individualizzato perché ad un'attenta analisi dei bisogni segue un intervento *con* la persona mirato al miglioramento della sua qualità di vita.
Nell'ambito ri-abilitativo sono stati identificati indicatori di esito orientati verso la persona, al fine di valutare l'efficacia dell'intervento, intesa come l'accuratezza e la completezza con cui determinati utenti possono raggiungere gli obiettivi prefissati. Fra gli indicatori di esito la letteratura annovera: trattamento dei comportamenti di sfida e scomparsa dei comportamenti disfunzionali; adeguatezza del funzionamento sociale; comportamenti adattivi, salute; ecc. Gli outcome riportati sono indicatori clinici e, pertanto, indagati e valutati dallo staff curante. Va precisato che sovente l'efficacia dell'intervento si fonda sulla remissione della condizione psicopatologica mediante il rilievo di indicatori indiretti percepiti da terzi quali, ad esempio: il miglioramento del funzionamento sociale o l'estinguersi dei comportamenti disfunzionali, ma che di per se stessi non rispecchiano necessariamente un effettivo benessere, ancor più soggettivamente percepito. In tal modo, verrebbe a crearsi una discrepanza tra le effettive aspettative di benessere ed adeguatezza del funzionamento soggettivo della persona e le aspettative di funzionamento e di ruolo del sistema di riferimento. La persona con disabilità intellettiva non ha la capacità di esprimere una valutazione in merito agli aspetti clinici e comportamentali, infatti, la percezione soggettiva esperita in relazione agli indicatori clinici è eventualmente espressa nel grado di soddisfazione percepito. La soddisfazione riferita ai diversi ambiti di vita si inserisce in un costrutto più complesso denominato qualità di vita. La ricerca sulla Qualità della Vita (QdV) in persone con disabilità intellettiva è stata oggetto di grande attenzione negli ultimi decenni, ed attualmente si configura come obiettivo prioritario per la ricerca, la clinica e le politiche sociali relative a questo settore. Oggi la ricerca si concentra, infatti, non solo sulle sue componenti e sul modo di misurarle, ma affronta anche la questione della sua applicabilità in un ampio ventaglio di situazioni tra cui i servizi alla persona. La misura della QdV è stata utilizzata per determinare il grado in cui i bisogni e i desideri di una persona vengono soddisfatti (Felce, 1997) e per rispondere ai bisogni reali delle persone. Si dovrebbe essere in grado di misurare, con sufficiente approssimazione, la distanza che intercorre tra le aspettative individuali nei diversi ambiti di vita e gli obiettivi terapeutici raggiungibili. L'attribuzione del-

l'importanza, la percezione di soddisfazione della persona in diverse aree di vita, il grado di libertà della persona di prendere parte attiva nei processi decisionali, le opportunità di cui una persona dispone per sviluppare i propri interessi e il livello di soddisfazione esperito sono variabili importanti da considerare durante le misurazioni (Brown et al., 1997). Infatti, la valutazione della QdV consente di individuare gli ambiti di maggiore importanza per una specifica persona e di individuare le aree maggiormente compromesse nelle quali il soggetto necessita di maggiori interventi.
Al meeting dell'International Association fo the Scientific Study of Intellectual Disability (Sydney), nell'ottobre 2004 è stato raggiunto l'accordo che l'applicazione della QdV, data la sua importanza, dovrebbe essere alla base degli interventi e dei supporti offerti all'utenza e dovrebbe occupare un posto importante nel training professionale ed educativo.

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA CARAVAGGIO

S9. Il concetto di remissione nella schizofrenia: nuovi orientamenti

COORDINATORE
A.C. Altamura (Milano)

Dimensioni psicopatologiche e loro evoluzione nel decorso della schizofrenia

A.C. Altamura
Università di Milano, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, "Mangiagalli" e "Regina Elena"

Il concetto di *outcome* nella schizofrenia – nella duplice accezione di risposta ad un determinato trattamento antipsicotico e di esito nel medio-lungo termine – è stato negli ultimi anni frequentemente dibattuto. La patologia schizofrenica, infatti, a differenza di quella psicotica in generale, è caratterizzata da una multidimensionalità a livello sintomatologico che si esprime in maniera eterogenea a livello longitudinale. Se, pertanto, la dimensione positiva, quella dell'agitazione/aggressività e, talora quella negativa, sono comunemente valutate nella quantificazione della risposta ai trattamenti farmacologici in acuto, la dimensione cognitiva, e in realtà la stessa depressiva/negativa, sono più difficili da valutare nel breve termine. D'altro canto, è proprio la presenza delle dimensioni negative e cognitive a differenziare la schizofrenia dalle altre forme di psicosi. È pertanto opportuno sottolineare come la valutazione della risposta nella schizofrenia non debba riferirsi alle fasi acute ma all'insieme delle diverse dimensioni nel medio-lungo termine al fine di poter effettivamente apprezzare eventuali differenze tra i diversi trattamenti antipsicotici – neurolettici ed atipici, in particolare. Tuttavia, la risposta ad un determinato trattamento farmacologico sulla base delle diversi dimensioni sintomatologiche è solo uno degli elementi che rientrano nel concetto di *outcome* in schizofrenia. Negli ultimi anni, infatti, è sempre più stata sottolineata l'importanza del concetto di recupero funzionale del paziente schizofrenico, ricomprendendo in questo ambito diversi elementi quali la qualità di vita del paziente, i suoi livelli di benessere soggettivo, la tollerabilità ai trattamenti farmacologici nel medio-lungo termine e il funzionamento del soggetto in ambito sociale e lavorativo. È l'insieme di questi elementi che occorre tenere in considerazione quando si valuta l'*outcome* di un paziente schizofrenico al fine di evitare di confondere una psicosi aspecifica e più o meno transitoria (es. indotta da sostanze) da una reale patologia schizofrenica.

La remissione "funzionale" nella schizofrenia: come valutare la prassi riabilitativa

A. Vita
Università di Brescia, Spedali Civili Brescia

Gli studi di efficacia sugli interventi riabilitativi sono ancora scarsi: essi riguardano principalmente gli interventi sulla famiglia, l'addestramento alle abilità sociali, la terapia cognitivo comportamentale (CBT), gli interventi psicoeducazionali e le tecniche di rimedio cognitivo.
Gli interventi sulle famiglie, migliorando il clima emotivo familiare ed implementando sia le capacità di coping sia le informazioni sulle malattia, sono risultate efficaci nella riduzione delle ricadute e delle ospedalizzazioni (Bustillo, 2001; Pilling, 2002, Pfammatter, 2006). L'efficacia dei training sulle abilità sociali sembra invece limitarsi al miglioramento del funzionamento sociale e delle capacità di coping, ed avere ricadute positive sul funzionamento globale se associato alle usuali prassi terapeutiche (Bustillo, 2001; Granholm 2005, Pfammatter, 2006). La terapia cognitivo comportamentale si è

dimostrata particolarmente efficace sul controllo della sintomatologia psicotica anche nelle forme resistenti (Pilling, 2002). La psicoeducazione fornisce ai pazienti ed ai loro familiari informazioni circa la malattia e il suo trattamento cercando in tal modo di migliorare la consapevolezza e l'adesione al progetto di cura. Tali interventi oltre ad avere un effetto positivo sulla riduzione delle ricadute e delle ospedalizzazioni sembrano avere un impatto positivo sul vissuto soggettivo (Pekkala, 2002). Le tecniche di rimedio cognitivo, il cui interesse è recentemente cresciuto, trovano il loro presupposto teorico nella correlazione esistente nei soggetti psicotici tra deficit cognitivi e funzionamento psicosociale. I programmi di rimedio cognitivo sembrano essere attivi sulla sfera delle alterazioni cognitive ma il loro effetto sui parametri di funzionamento psicosociale è tuttora discusso (Pilling, 2002; Pfammatter, 2006, McGurk, 2008).
Gli studi di efficacia degli interventi riabilitativi strutturati hanno utilizzato tuttavia criteri di "outcome" assai eterogenei, specie nell'area del funzionamento psicosociale dei pazienti, quella peraltro più rilevante in ambito riabilitativo.
La relazione presenterà criticamente lo "stato dell'arte" su questi temi, in particolare sull'impiego di strumenti di valutazione dell'evoluzione e dell'esito funzionale dei disturbi psicotici in corso di trattamenti riabilitativi.

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
Sala Mantegna

S10. Il sisma in Abruzzo: quale lezione?

Coordinatrice
R. Roncone (L'Aquila)

Il coordinamento dell'intervento psico-sociale in emergenza

G. Marino

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Protezione Civile Servizio Rischio Sanitario, Roma

A seguito del sisma dell'Aquila del 6 aprile 2009, l'intervento psico-sociale coordinato dal Dipartimento della protezione civile è stato attivato secondo le procedure definite dalla Direttiva del Presidente del consiglio dei Ministri – 13 giugno 2006 Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi – G.U. n. 200 del 29/08/2006.
Nelle prime giornate è stata organizzata l'assistenza ai familiari delle vittime, assicurando loro l'accompagnamento, con personale specializzato, per il riconoscimento delle salme e per i funerali di Stato.
Successivamente l'intervento ha interessato gli ospiti dei campi, come anche i volontari che li assistevano. Le équipe psico-sociali sono state dislocate sul territorio in relazione alle richieste pervenute ed hanno lavorato con continuità là dove il disagio sociale era più significativo, monitorando comunque anche i campi con inferiore densità abitativa e con ridotte criticità.
L'obiettivo imprescindibile dell'attività è stato quello di rafforzare il SSR e i servizi sociali dei comuni interessati garantendo la continuità e la sostenibilità dell'intervento. Pertanto i volontari hanno inviato i casi, pregressi o successivi alla catastrofe, agli specialisti delle ASL (CSM, SERT, Consultori). Parallelamente il personale delle ASL dell'Aquila ha operato nei presidi semi permanenti nei pressi dell'ospedale S. Salvatore e nel campo Globo.
Il numero di volontari delle équipe distribuiti nei 170 campi è andato crescendo da 60 nella prima settimana, a 100 alla fine del primo mese, interessando le aree dell'entroterra aquilano, ma anche diversi comuni sulla costa.
Le attività nei campi sono state orientate a rispondere ai bisogni della popolazione con particolare attenzione al target rappresentato dagli anziani, dai minori e dagli adulti che manifestano un disagio significativo relativamente alla condizione vissuta. Sono state promosse e realizzate attività ludico ricreative per i bambini e attività di counseling.
Per conoscere le condizioni delle persone che hanno presentato un disagio a seguito dell'emergenza, i team hanno somministrato le schede di triage psicologico.

L'impatto del sisma sui giovani: quale futuro

R. Pollice

Università dell'Aquila, Dipartimento di Scienze della Salute, UOC di Psichiatria, Responsabile Unità semplice SMILE

Scopo dello studio: nei quattro mesi successivi al devastante terremoto che ha colpito L'Aquila il 6 Aprile 2009 (magnitudo 6,3 della scala Richter), 323 giovani si sono rivolti allo SMILE (Servizio per il Monitoraggio e Intervento per la lotta agli Esordi), UOS del SPUDC dell'Ospedale Regionale "San Salvatore" dell'Aquila parzialmente distrutto dal terremoto, a causa del disagio

psicologico conseguente all'evento sismico. Lo scopo dello studio è stato quello di rilevare, in tale campione di giovani sopravvissuti, la percezione del proprio stato di salute generale impiegando la General Health Questionnaire-12items, la sintomatologia post traumatica presente e il possibile sviluppo di un PTSD clinicamente conclamato secondo i criteri del DSM-IV. Altro scopo dello studio, infine, è stato quello di rilevare i fattori predittivi e le personalità premorbose correlabili con lo sviluppo di un disturbo psichiatrico utilizzando i dati anamnestici e le informazioni riguardanti la personale esperienza durante e dopo l'evento sismico.
Metodi: il campione è costituito da 323 giovani sopravvissuti al terremoto del 6 Aprile 2009 che si sono rivolti consecutivamente allo SMILE nei 4 mesi successivi al sisma. Le informazioni clinico-psichiatriche sono state rilevate raccogliendo le variabili anamnestiche e riguardanti l'evento sismico (socio demografiche, proprietà danneggiate, danni personali ai membri della famiglia, ecc.), ed utilizzando il General Health Questionnaire (GHQ-12) per la valutazione dello stato di salute generale percepito, una Checklist dei 17 item del PTSD relativi ai criteri B, C, e D del DSM-IV e la Simple Personality Inventory (SPI) per esplorare i tratti di personalità premorbosi.
Risultati: il 44,3% dl campione valutato aveva la casa distrutta o fortemente danneggiata ed il 21,6% dello stesso è stato costretto a trovare una sistemazione altrove. Il 58,4% erano donne, il 69,4% con età inferiore ai 25 anni. La morbidità psichiatrica valutata utilizzando il GHQ-12, ha rilevato punteggi superiori al cut-off (≥ 12) nel 27,9% dei casi. Rispetto alla morbilità psichiatrica in termini di score totale alla GHQ12, i dati mostrano che l'11,3% dei soggetti ha un punteggio di 7-12, 9,6% score di 5-6, 13,5% di 3-4, e 65,6% score inferiore a 2 o meno. I sintomi più frequenti del GHQ12 sono: eccessivo nervosismo, paura e insonnia, con percentuali rispettivamente di 33,4, 27,2 e 24,7%. Inoltre, il 32,5% dei giovani valutati riferiscono soggettivamente umore depresso. La sintomatologia post traumatica risulta prevalente: la percentuale di PTSD, rilevata clinicamente sulla base dei criteri del DSM-IV, è dell'11,3%. I più frequenti sintomi di PTSD sono: fenomeni di riesperienza del terremoto, pensieri intrusivi (52,4%), flashback (29,6%) aumentato arousal, insonnia (35,7%) e deficit di memoria (52,1%). I risultati per correlazioni mostrano che il sesso femminile, le perdite finanziarie, il tratto di personalità ossessivo risultano essere predittori significativi dello sviluppo di un PTSD.
Conclusioni: il nostro studio conferma che un evento catastrofico produce alti livelli di disagio mentale con conseguente rischio significativo e a lungo termine di sviluppare un disturbo psichiatrico conclamato. Alcuni tratti di personalità possono essere considerati importanti fattori di rischio per lo sviluppo di una sintomatologia post traumatica: il tratto ossessivo è significativamente correlato con alti score di GHQ12 e lo sviluppo di un PTSD, in particolare per riesperienze e ideazione suicidarla. Il sesso femminile e le perdite finanziarie sono altri predittori significativi dello sviluppo di un PTSD. Dopo un evento catastrofico come un terremoto, risulta quindi di primaria importanza l'identificazione di tali fattori di rischio come predittori dello sviluppo di un PTSD.
In conclusione, a seguito del sisma abruzzese, si rende necessario uno screening, diagnosi ed eventuale trattamento psichiatrico. Ciò rappresenta una priorità in una situazione di emergenza nell'ambito di un programma di salute pubblica.

Interventi psicodinamici individuali e gruppali

M. di Giannantonio

Facoltà di Psicologia, Università "G. D'Annunzio" di Chieti

A metà degli anni '40 alcuni psichiatri militari britannici con una formazione psicodinamica (tra cui Wilfred Bion e S.H. Foulkes), impegnati a supportare le truppe inglesi durante la seconda guerra mondiale, iniziarono a sperimentare, nel *Northfield Military Hospital*, delle forme di intervento in piccolo gruppo per i soldati traumatizzati. La buona efficacia clinica del modello usato, insieme alla sua notevole "efficienza" in termini di "rapporto numerico" tra pazienti trattabili e terapeuti disponibili, segnarono una tappa decisiva nella diffusione e considerazione degli approcci clinici di gruppo.
Il modello del trattamento gruppo-analitico dei PTSD, venutosi a delineare verso gli anni '70 ed affermatosi tra gli anni '80 e '90, è formalmente legato all'insegnamento bioniano e nasce dai principi fondamentali della psico-traumatologia:

1. l'esistenza di simili caratteristiche di fondo, in vari tipi di eventi traumatici (soprattutto, il carattere di immediatezza ed imprevedibilità, i forti vissuti emotivi di angoscia e paura "senza freni", ecc.);
2. l'esistenza di processi psicobiologici simili nei vari tipi di gravi stress (in fase acuta e nell'eventuale cronicizzazione);
3. l'esistenza di tipologie simili di "coping";
4. l'esistenza di una gamma di eventuali disturbi, psicopatologici e non, varia, ma spesso anche qui generalmente simile, tra le varie persone (pensiamo, ad esempio, agli incubi, le reazioni dissociative, i flashback, ecc.);
5. l'attualizzazione di simili comportamenti maladattativi nei soggetti traumatizzati;
6. l'esistenza di alcuni "fattori protettivi" e talvolta "curativi" (fattori di personalità, situazionali, psicosociali, relativi al sostegno sociale, ecc.), che appaiono attivi in varie circostanze.

Per intervenire nella situazione analitica di un gruppo di soggetti psico-traumatizzati è necessario evitare l'importazione o la sovrapposizione all'esperienza di strumenti teorici o tecnici elaborati in altri contesti, compreso quello psicoanalitico duale (pure utile, in determinate condizioni, a fianco del metodo gruppo-analitico).

Coping, resilienza e strategie cognitivo-comportamentali di intervento nelle catastrofi

R. Roncone

Università dell'Aquila, Dipartimento di Scienze della Salute, UOC di Psichiatria, Responsabile Unità semplice Day-Hospital Psichiatrico

Le risposte individuali agli eventi catastrofici sono correlate alla gravità dell'evento stesso, pur potendo differire grandemente. In aggiunta, fattori predisponenti, quali tratti di personalità o una precedente storia di disturbo mentale, possono aggravare tali reazioni o intensificare il loro decorso.
Le reazioni stressanti vengono sperimentate a livello fisico, cognitivo (come percepiamo e "pensiamo" all'evento), emotivo e comportamentale.
Una persona esposta a grave stress può vivere 4 fasi legate alla reazione da stress:

a. fase acuta (che dura minuti, ore o giorni);
b. fase reattiva (che dura da 1 a 6 settimane);
c. fase di riparazione (che dura da 1 a 6 mesi);
d. fase di ri-orientamento (dopo all'incirca 6 mesi e con possibilità di prolungarsi per un lungo periodo nel tempo).

Le precedenti fasi, graduali e non sempre presenti in tale ordine, sembrano rappresentare l'espressione di un modello di reazione tipica mostrato da una persona normale in relazione ad un evento straordinario.
In relazione all'evento catastrofico del sisma aquilano del 6 aprile 2009, verranno discusse le modalità di coping che hanno permesso di fronteggiare con maggior successo il trauma, strettamente connesse alla resilienza, intesa quale capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici, di riorganizzare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà. Verranno inoltre illustrate semplici strategie cognitivo-comportamentali di base utili nel promuovere la transizione verso fasi di risoluzione dello stress causato dall'evento catastrofico.

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA BERNINI

S11. Uso degli psicofarmaci in alcune patologie mediche

COORDINATORI
M. Maj (Napoli), G. Biggio (Cagliari)

Depressione, comorbilità, psicofarmaci. Aspetti neurobiologici

G. Biggio

Centro di Eccellenza per la Neurobiologia delle Dipendenze, Università di Cagliari

L'evidenza che nel cervello dell'adolescente, dell'adulto e del vecchio neuroni specifici posseggono una capacità intrinseca nel rispondere in modo plastico e reattivo a stimoli visivi e sensoriali, a traumi e ischemia così come a stimoli ambientali positivi, indica la capacità del cervello di sviluppare nuovi neuroni con accresciute proprietà funzionali e un trofismo tale da potersi integrare funzionalmente nei circuiti cerebrali. Questi studi psiconeurobiologici suggeriscono nuove strategie sperimentali in grado di portare in un futuro prossimo alla riconsiderazione di quegli approcci sperimentali e terapeutici in grado di modificare l'attività cerebrale e in particolare le nuove conoscenze sui meccanismi neurobiologici legati alle funzioni cognitive, che permetteranno di utilizzare nuovi approcci terapeutici per ridurre l'incidenza di patologia nella sfera affettiva. Questi recenti studi indicano inoltre che al trattamento farmacologico dovrebbe essere garantito per un lungo periodo ed essere sempre associato ad un supporto psicologico e psicosociale, capace di indurre motivazioni tali da facilitare la ripresa funzionale dei neuroni adulti e di quelli di nuova formazione.
Un simile approccio terapeutico dovrebbe garantire un sufficiente trofismo neuronale e quindi migliorare la neuroplasticità.

Depressione e comorbidità. Uso degli antidepressivi nella BPCO e nel diabete

C. Mencacci, G.C. Cerveri, L. Volonteri

Dipartimento di Neuroscienze, AO Fatebenefratelli-Oftalmico-Melloni, Milano

Nonostante percentuali così elevate di co-presenza tra depressione e patologie organiche, solo 1 soggetto su 5 di coloro che presentano una patologia medica e un disturbo d'ansia o depressivo riceve un adeguato trattamento per la patologia psichiatrica
Talvolta la sintomatologia psichiatrica viene ricondotta ad una fisiologica risposta adattativa alla patologia medica per cui ci si aspetta che la persona "reagisca" alla condizione patologica, altre volte la sintomatologia viene

Prevalenza	(%)
Neurologica	37,5
Coronarica	34,6
Polmonare	30,9
Oncologica	30,3
Reumatologica	25,3
Diabete	22,7
Ipertensiva	22,4

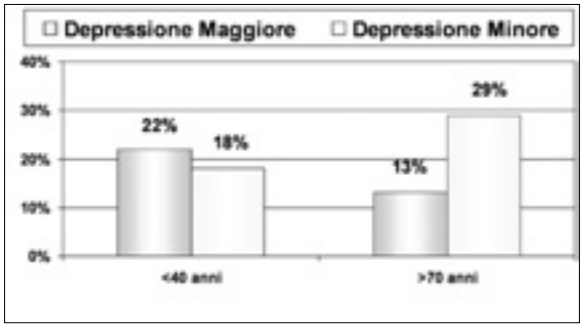
riconosciuta ma non trattata per non complicare il trattamento farmacologico già in atto utilizzando un gradiente di priorità: "prima affronto e stabilizzo la condizione medica poi mi occupo della patologia psichiatrica".
Manifestazioni depressive e ansiose risultano associate in modo indipendente con:

- bassi livelli di QoL;
- disabilità fisica;
- alti costi economici;
- elevati livelli di utilizzo delle risorse sanitarie.

La morbidità comporta un peso caratterizzato come:

- condizione frequente;
- sottodiagnosticata;
- inadeguatamente trattata;
- non trattata;
- il paziente non riconosce la necessità del trattamento.

Meno del 50% dei soggetti riconosciuti con patologia depressiva ricevono un qualsiasi trattamento con antidepressivi. Circa il 50% di coloro che vengono trattati ricevono una terapia per un tempo non adeguato. Solo una piccola parte di coloro che vengono riconosciuti e trattati per un tempo adeguato ricevono una terapia di mantenimento alla risoluzione dell'episodio depressivo.
La sovrapposizione di patologie organiche e depressione maggiore particolarmente frequente nella persona anziana rende complicato il processo diagnostico. Perdita di interesse, diminuzione dell'energia, modificazioni dell'appetito, perdita di peso e disturbi del sonno possono essere secondari alla patologia organica, alla patologia depressiva o ad entrambe.



Lo studio mostra la prevalenza di disturbi depressivi maggiori e minori nella popolazione di pazienti con meno di 40 anni e con più di 70.
Sia la depressione maggiore che la depressione minore risultano associate a peggioramento della qualità di vita, aumento di morbidità e disabilità funzionale legate alla patologia organica, maggiore utilizzo di risorse sanitarie in genere. La depressione inoltre diminuisce la tendenza ad aderire alle prescrizioni mediche (dieta, esercizio fisico, sospensione dal fumo e assunzione regolare della terapia), che potenzialmente peggiora il decorso della malattia.

Aree di indagine:
1) Pneumologia
Diversi studi hanno osservato una prevalenza di depressione in soggetti con BPCO compresa tra il 25 ed il 50%. Altri studi più recenti hanno osservato prevalenza di depressione pari al 20% in soggetti con BPCO media-moderata e 25% nelle forme severe.
Una delle maggiori sfide nel valutare la prevalenza di depressione nella popolazione con BPCO è il significativo *overlap* sintomatologico delle 2 condizioni. Entrambe sono associate a faticabilità, disturbi del sonno e dell'appetito, difficoltà di concentrazione, infine alcuni sintomi psichici possono essere letti come una risposta alla malattia fisica.
Quando indagati su anedonia e diminuzione del piacere per attività che precedentemente venivano svolte, spesso la risposta di soggetti con BPCO è affermativa, indipendentemente dalla sintomatologia depressiva.
Uno degli aspetti cruciali della relazione bi-univoca tra depressione BPCO è l'impatto negativo che la condizione affettiva esercita sulla prognosi della condizione clinica, in termini sia di morbilità che, soprattutto, di mortalità.
2) Diabete
Impatto della depressione sul diabete:

- >> complicanze diabetiche;
- scarsa aderenza alla terapia, alle prescrizioni dietetiche ed all'esercizio fisico;
- correlazione con un peggior controllo glicemico. r = 0,28 (95% C.I.: 0,2-0,36)

Un possibile meccanismo esplicativo dell'impatto negativo esercitato dalla depressione sull'andamento del diabete può risiedere in una aumentata increzione di ormoni anti-insulinici. È stato, infatti, dimostrato che pazienti depressi hanno un più alto livello glicemico (p = 0,004) e una più elevata risposta insulinica nel tempo (p = 0,006).
I nuovi AD (SSRi e SNRi) hanno reso più sicuro e dunque più frequente il trattamento della patologia psichiatrica in comorbidità con patologie organiche.

Gli antidepressivi in oncologia

R. Torta, A. Bovero, L. Castelli

SCDU Psicologia Clinica e Oncologica, Dipartimento di Neuroscienze, AOU San Giovanni Battista e Università di Torino

Quando la Psiconcologia interviene strategicamente su di un paziente oncologico che presenta un disturbo emozionale, clinicamente interferente sulla Qualità di Vita del paziente o sul decorso stesso della malattia, il 90% degli interventi psicofarmacologici è rappresentato da antidepressivi.
Tale classe di farmaci esercita infatti un'attività ad ampio spettro, riducendo o normalizzando parametri relativi ad umore, ansia e stress, sia a livello del sistema nervoso centrale sia a livello somatico sistemico. Soprattutto per i pazienti in comorbilità, compresi quelli oncologici, non è infatti corretto individuare quale unico meccanismo patogenetico della depressione quello neurotrasmettitoriale, in quanto, nei disturbi emozionali in oncologia, concorrono altri fattori causali, principalmente correlati al sistema immunitario (incremento delle citokine proinfiammatorie), ed al sistema ormonale (iperattività dell'asse HPA, modificazioni secondarie degli ormoni sessuali).
La scelta dell'antidepressivo, a fronte di una sostanziale equivalenza di efficacia in studi di ITT [1], si fonda su criteri di tollerabilità del farmaco, determinanti per il mantenimento della compliance in una popolazione, quale quella oncologica, particolarmente fragile anche da un punto di vista biologico.
Una valenza fondamentale degli antidepressivi nei pazienti oncologici in cui è dimostrata una correlazione lineare fra depressione e dolore, anche quando il dolore è di intensità medio-lieve [2], è l'effetto antalgico diretto ed indiretto degli antidepressivi. Questo si esercita contestualmente sulla componente somatica, emozionale e cognitiva del dolore, ed è significativamente potenziato dagli interventi psicoterapici focalizzati [3].

Bibliografia

1 Torta R, Berra C, Amodeo L, Caldera P. *New antidepressants in oncological clinical practice: data from a single-blind ITT compartive study on 558 patients*. Psycho-Oncology 2006;S15:28.

2 Torta R. *Cancer Pain: psycho oncological aspects and intervention*. Panminerva Medica 2008;51:115.

3 Bovero A, Ferrero A, Torta R. *L'esperienza del dolore oncologico: trattamento psico-farmacologico e psicologico a confronto.* Giornale Italiano di Psico-Oncologia 2008;9:76-84.

Trattamento antidepressivo nelle patologie somatiche: influenza sulla salute e qualità di vita

E. Aguglia, C. Amato, S. Mendolia, A. Ullo

Dipartimento Chimica Biologica Chimica Medica e Biologia Molecolare, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico "G. Rodolico", Università di Catania

Introduzione: molti studi hanno dimostrato che pazienti affetti da malattie internistiche (es. muscoloscheletriche, cardiovascolari e neoplasie) hanno una elevata prevalenza di disturbi mentali (Härter et al., 2006). Le principali sindromi psichiatriche che si riscontrano nei pazienti affetti da malattie somatiche sono i disturbi d'ansia e dell'umore. In particolare la depressione, intesa sia come sintomo che come disturbo psichiatrico codificabile secondo i criteri del DSM IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), è diffusamente riscontrata nei soggetti affetti da patologie reumatiche ed appare correlata agli indici di disabilità, di adattamento e di benessere psicologico; inoltre si presenta in comorbidità con la malattia cardiovascolare (Randy et al., 2008) ed è spesso secondaria ad eventi cerebrovascolati (stroke), con un esordio 4 mesi dopo l'evento acuto (Sagen et al., 2009). La presenza di disturbi psichiatrici nei pazienti affetti da malattie somatiche può influenzare negativamente il trattamento dei disturbi somatici, sia attraverso una riduzione della compliance da parte del paziente, sia attraverso una maggiore compromissione delle abilità del paziente ed un peggioramento della qualità di vita.
Metodi: il rilevamento precoce dei disturbi psichiatrici in comorbidità nei pazienti affetti da malattie somatiche ha una elevata importanza clinica. È utile pertanto l'uso di strumenti di screening al fine di migliorare l'efficacia del trattamento e ridurre i costi di assistenza per questi pazienti (Härter et al., 2006). Il nostro obiettivo è quello di evidenziare, attraverso specifici test psicodiagnostici, le variazioni della qualità di vita al modificarsi del dolore e della sintomatologia depressiva nel paziente fibromialgico in trattamento farmacologico con duloxetina.
Risultati: la duloxetina ha dimostrato di essere un trattamento efficace e sicuro per molti dei sintomi associati con la fibromialgia.
Conclusioni: gli antidepressivi giocano un ruolo importante nel trattamento dei sintomi della fibromialgia connessi alla salute e alla qualità di vita.

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA MASACCIO

S12. Strategie di neuromodulazione in psichiatria

COORDINATORI
S. Rossi (Siena), L. Bossini (Siena)

La stimolazione transcranica a corrente diretta (tDCS) in psichiatria

A. Priori

Centro Clinico per le Neuronanotecnologie e la Neurostimolazione, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, "Mangiagalli", "Regina Elena", Università di Milano

La polarizzazione cerebrale o stimolazione transcranica a corrente diretta (*transcranial Direct Current Stimulation o* tDCS) è una tecnica di modulazione dell'eccitabilità cerebrale non invasiva che consiste nell'applicazione sullo scalpo di corrente continua di bassa intensità. Le modificazioni funzionali cerebrali indotte dalla tDCS possono durare anche ore dopo il termine della corrente stessa.
La maggior parte dei dati controllati circa l'impiego della tDCS in psichiatria riguarda la malattia depressiva. Alla luce di quanto riportato dagli studi di neuroimaging funzionale nei pazienti depressi è stato testato il possibile effetto terapeutico della tDCS frontale. Studi verso placebo riportano che la tDCS prefrontale in pazienti con malattia depressiva di gravità media o moderata migliora significativamente le scale per la depressione. Il miglioramento prodotto dalla tDCS è quantitativamente comparabile a quello prodotto dalla fluoxetina. Ulteriori dati indicherebbero che la tDCS migliora anche i pazienti con malattia depressiva grave e farmaco resistente in misura comparabile nel disturbo unipolare ed in quello bipolare. Per quanto il meccanismo d'azione della tDCS nella malattia depressiva sia ancora sconosciuto, si ipotizza che il miglioramento nei pazienti depressi dopo la tDCS dipenda, almeno in parte, dall'incremento del mioinositolo cerebrale indotto dalla stimolazione stessa che potrebbe agire come stabilizzante dell'umore.
Seppure siano necessari ulteriori studi controllati su casistiche ampie, poiché la tDCS è semplice, sicura, non invasiva, di basso costo e non viene percepita dal paziente, tale metodica può costituire un trattamento non-farmacologico alternativo o complementare per la malattia depressiva grave che potrà avere largo impiego nella pratica clinica.

La stimolazione magnetica transcranica ripetitiva in psichiatria: lo stato dell'arte

A. De Capua, S. Rossi, A. Fagiolini

Università di Siena, Dipartimento di Neuroscienze, Sezioni di Psichiatria e Neurologia

La stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) rappresenta una tecnica non invasiva che permette di stimolare selettivamente specifiche regioni della corteccia cerebrale permettendo di modulare in modo significativo, nel breve e nel lungo temine, l'attività di network neuronali relativi sia a strutture cerebrali direttamente esposte allo stimolo magnetico, sia ad altre strutture cerebrali localizzate più distalmente rispetto al sito di stimolazione ma funzionalmente connesse all'area target di stimolo. La grande quantità di lavori scientifici degli ultimi anni relativi al potenziale utilizzo della rTMS in psichiatria testimonia la potenziale efficacia di tale metodica nel trattamento di un ampio spettro di disturbi psichiatrici (disturbi dell'umore, disturbi d'ansia e disturbi psicotici). Tale metodica infatti è risultata potenzialmente utile, oltre che nel trattamento della depressione maggiore (MD), anche nella riduzione dell'agitazione psicomotoria in pazienti affetti da MD o come strategia di augmentation in soggetti affetti da MD in trattamento con farmaci serotoninergici, oltre che come trattamento alternativo a quello psicofarmacologico in donne affette da MD in gravidanza. La potenziale efficacia della rTMS nei disturbi d'ansia è documentata soprattutto da studi relativi all'impiego di questa nel disturbo ossessivo compulsivo (OCD). Nonostante che l'OCD sia stato più frequentemente oggetto di studio per quanto riguarda l'utilizzo della rTMS più recentemente si è assistito all'impiego di questa tecnica anche in altri disturbi d'ansia quali il disturbo di panico (PD), il disturbo d'ansia generalizzata (GAD) e il disturbo post traumatico da stress (PTSD). Oltre a ciò negli ultimi anni si è assistito ad un sempre maggiore interesse della rTMS per quanto riguarda il suo potenziale utilizzo nel trattamento delle allucinazioni uditive e più in generale di alcuni sintomi della schizofrenia. Durante la presentazione verranno discussi il razionale di impiego della rTMS in psichiatria, con particolare riferimento alle tecniche di utilizzo della rTMS ed agli effetti biologici della stessa, oltre che i risultati ad oggi relativi all'utilizzo della rTMS nei disturbi psichiatrici maggiori.

Bibliografia

Dresler T, Ehlis AC, Plichta MM, Richter MM, Jabs B, Lesch KP, et al. *Panic disorder and a possible treatment approach by means of high-frequency rTMS: a case report*. World J Biol Psy 2009;24:1-7.

Hoeppner J, Padberg F, Domes G, Zinke A, Herpertz SC, Großheinrich N, et al. *Influence of repetitive transcranial magnetic stimulation on psychomotor symptoms in major depression*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2009 (Epub ahead of print).

Mantovani A, Simpson HB, Fallon BA, Rossi S, Lisanby SH. *Randomized sham-controlled trial of repetitive transcranial magnetic stimulation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder*. Int J Neuropsychopharmacol 2009;20:1-11.

Pallanti S, Bernardi S. *Neurobiology of repeated transcranial magnetic stimulation in the treatment of anxiety: a critical review*. Int Clin Psychopharmacol 2009;24:163-73.

Robinson RG, Tenev V, Jorge RE. *Citalopram for continuation therapy after repetitive transcranial magnetic stimulation in vascular depression*. Am J Ger Psychiatry 2009;17:682-7.

Zaman R, Thind D, Kocmur M. *Transcranial magnetic stimulation in schizophrenia*. Neuro Endocrinol Lett 2008;29(Suppl 1):147-60.

La stimolazione del nervo vago nei disturbi psichiatrici

G. Maina, U. Albert, N. Bertetto, F. Bogetto

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

La stimolazione del nervo vago (*Vagus Nerve Stimulation:* VNS) è una strategia terapeutica di recente introduzione nell'ambito dei disturbi psichiatrici. Consiste nell'impianto sottocutaneo di un generatore di impulsi elettrici (simile ad un *pacemaker* cardiaco) nella parte superiore dell'emitorace sinistro del paziente, collegato attraverso un cavo ad un elettrodo posto lungo il nervo vago di sinistra attraverso un'incisione a livello del collo.

La VNS è stata approvata a partire dal 2001 in Europa per il trattamento di episodi depressivi maggiori resistenti (*Treatment-Resistant Depression*, TRD), sia nel contesto di un disturbo depressivo unipolare che di un disturbo bipolare.

La TRD costituisce un grave problema di salute pubblica in termini di prevalenza, morbidità e mortalità. Secondo recenti studi, infatti, sino al 50% dei pazienti depressi non risponde ad un primo trattamento antidepressivo, ed oltre la metà di essi non trae beneficio da un secondo trattamento farmacologico.

Il razionale dell'utilizzo della VNS nel trattamento della TRD poggia sui risultati di alcuni studi che evidenziarono un elevazione del tono dell'umore in pazienti affetti da epilessia farmaco-resistente trattati con tale tecnica. I primi studi sull'utilizzo della VNS nell'ambito specifico della TRD risalgono al 2000: si tratta di studi clinici open-label e comparativi, che hanno fornito risultati promettenti, con tassi di risposta a breve termine del 30% circa nel breve termine (3 mesi) che salgono oltre il 40% nel lungo termine (follow-up a 1-2 anni).

Tali dati incoraggianti sono stati confermati da studi successivi e candidano la VNS come un importante opportunità terapeutica in pazienti affetti da depressione maggiore, laddove molteplici trattamenti farmacologici si siano dimostrati inefficaci.

Deep brain stimulation in severe obsessive-compulsive disorder

L. Gabriëls, P. Cosyns, B. Nuttin

Leuven, Belgio

Patients with severe, treatment-refractory obsessive-compulsive disorder (OCD) may benefit from capsulotomy. The study was approved by the Belgian committee for psychosurgery. Patients gave their written and witnessed informed consent for DBS in a specific region of the anterior limbs of the internal capsules.

Since 1998, over 20 patients with long-standing, severely incapacitating OCD have participated in a study investigating long-term therapeutic effects of DBS for OCD. Part of them went through a prospective randomised double blind stimulation-on (DBS-on) versus stimulation-off (DBS-off) crossover design. Psychiatric and neuropsychological assessment prior to surgery, after blinded DBS-off, blinded DBS-on and open DBS-CS showed that the obsessions and compulsions, as measured with the Yale Brown obsessive-compulsive scale (YBOCS) improved in a clinically significant way (more than 35% improvement compared to baseline) in blinded DBS-on and DBS-CS in over 70% of the patients. OCD symptoms returned with former intensity during DBS-off.

Conclusions: treatment-refractory OCD patients may benefit from capsular stimulation, alleviating OCD symptoms and reducing psychopathology. The stimulation elicits immediate changes in relevant mental status aspects in treatment-refractory OCD patients.

References

Gabriels LA, Greenberg BD, Malone DA Jr, Rezai AR, Friehs GM, Okun MS, et al. *Deep brain stimulation of the ventral internal capsule/ventral striatum for obsessive-compulsive disorder: worldwide experience*. Mol Psychiatry 2008 (Epub ahead of print).

Gabriëls L, Cosyns P, Nuttin B. *Clinical guidance in neuromodulation: keeping track of the process and the patient*. Neuromodulation 2007;10:179-80.

Gabriëls L, Nuttin B, Cosyns P. *Applicants for stereotactic neurosurgery for psychiatric disorders: role of the Flemish advisory board*. Acta Psychiatr Scand 2008;117:381-9.

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA PERUGINO

S13. L'insight come dimensione trasversale della patologia psichiatrica

COORDINATORE
S. Bellino (Torino)

Il disturbo ossessivo-compulsivo con ridotto insight: aspetti clinici e terapeutici

F. Catapano, F. Perris

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli – SUN

Lo scopo dello studio è stato quello di esplorare in un ampio campione di pazienti (n = 106) con diagnosi di DOC secondo i criteri del DSM-IV:

1. i livelli di insight nei confronti della sintomatologia ossessivo-compulsiva (OC);
2. i correlati clinici della ridotta capacità di critica;
3. la risposta al trattamento farmacologico a lungo termine dei pazienti con ridotto insight.

La valutazione psicopatologica basale è stata effettuata mediante la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders, la Brown Assessment of Beliefs Scale, la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, la Hamilton Depression Rating Scale. 83 pazienti sono stati trattati con inibitori del reuptake della serotonina (IRS). Durante il periodo di follow-up (3 anni), le valutazioni cliniche sono state ripetute a cadenza mensile nel primo anno e successivamente bimestralmente. Nel 22% (n = 23) dei pazienti esaminati la capacità di critica nei confronti della sintomatologia OC è risultata marcatamente compromessa. I pazienti con ridotto insight, confrontati con gli altri soggetti inclusi nella casistica, presentavano:

1. una maggiore gravità della sintomatologia OC e depressiva;
2. un'età di esordio più precoce;
3. una maggiore frequenza di familiarità per disturbi dello spettro schizofrenico;
4. una più elevata comorbidità con il disturbo schizotipico di personalità.

Nel corso del follow-up, i pazienti con ridotto insight:

1. presentavano una minore probabilità di remissione almeno parziale della sintomatologia OC;
2. richiedevano un numero significativamente più elevato di trials con farmaci diversi;
3. hanno utilizzato più frequentemente un trattamento combinato con antipsicotici.

Nel complesso, i risultati dello studio confermano che il sottotipo del DOC "con ridotto insight" identifica un sottogruppo di pazienti caratterizzato da un quadro sintomatologico più grave, una maggiore resistenza agli interventi terapeutici e una prognosi peggiore. L'individuazione di strategie terapeutiche più adeguate per questi pazienti rappresenta un obiettivo prioritario per la ricerca clinica.

Insight nel disturbo bipolare: aspetti clinici e terapeutici

S. Pini, M. Preve, M. Muti

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

Nel disturbo bipolare, l'insight viene considerato un predittore di compliance al trattamento. Per analogia, la richiesta di un trattamento psichiatrico è comunemente ritenuta indicativa di presenza di insight. Entrambe queste posizioni possono essere fonte di errore poiché è stato documentato in diverse ricerche che pazienti bipolari con un buon insight non seguivano le indicazioni terapeutiche raccomandate mentre altri, che non avevano insight, accettavano diligentemente le prescrizioni terapeutiche. La presenza di un buon insight può favorire la messa in atto di efficaci strategie di coping: ad esempio, soggetti che presentano sintomi psicotici rilevanti possono, grazie ad un buon insight, mettere in atto validi comportamenti adattivi che consentono loro di condurre una vita sufficientemente adeguata ed integrata. In altri casi, l'insight può favorire una precoce identificazione di segni e sintomi prodromici del ripresentarsi del disturbo e consentire quindi un ricorso tempestivo ai trattamenti. Nel disturbo bipolare, la presenza o l'assenza di insight non sembra essere direttamente correlata con la gravità del quadro psicopatologico e con le sue variazioni nel corso del trattamento. Anche il rapporto con la prognosi non appare particolarmente stretto o, meglio, sembra essere di tipo bimodale, nel senso che la presenza di un buon insight non appare predittiva di un'evoluzione favorevole del disturbo, mentre la mancanza di insight sembra correlare maggiormente con una prognosi sfavorevole.

Bibliografia

Benedetti A, Pini S, De Girolamo G, Berrocal C, Tundo A, Morosini P, et al. *The psychotic spectrum: a community-based study*. World Psychiatry 2009;8:110-4.

Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Amador X, Pini S, Cassano GB, et al.; InterSePT Study Group. *Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial*. Am J Psychiatry 2004;161:1494-6.

Pini S, Cassano GB, Dell'Osso L, Amador XF. *Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features*. Am J Psychiatry 2001;158:122-5.

Pensieri ossessivi e disturbo borderline di personalità: grado di insight ed effetti sul quadro clinico

S. Bellino

Servizio per i Disturbi di Personalità, SCDU Psichiatria 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Il disturbo borderline di personalità (DBP) è caratterizzato da pervasiva instabilità della regolazione affettiva, delle relazioni interpersonali, del controllo degli impulsi e dell'immagine di sé. I disturbi del pensiero si manifestano principalmente sotto forma di ossessioni e idee di riferimento.
Le ossessioni e le compulsioni possono essere intrinsecamente correlate alla psicopatologia borderline, oppure costituire le manifestazioni di un disturbo ossessivo-compulsivo in comorbilità con il DBP. Il grado di insight di questi pazienti rispetto al contenuto delle ossessioni è eterogeneo e varia durante il decorso del disturbo.
Lo scopo del nostro studio è quello di stimare la frequenza con cui si associano i sintomi ossessivo-compulsivi e il DBP. Ci proponiamo inoltre di confrontare, in un campione di pazienti con DOC, le caratteristiche cliniche dei pazienti con diagnosi singola e di quelli con associazione DOC + DBP. Infine, intendiamo valutare quali caratteristiche sono in relazione con il grado di insight nel sottogruppo con DOC + DBP.
Metodo: sono inclusi pazienti ambulatoriali con diagnosi di DOC (DSM-IV-TR). Gli strumenti di valutazione comprendono: un'intervista semistrutturata; la SCID II; la CGI; la HAM-D; la HAM-A; la Y-BOCS; il BPDSI e la SOFAS. Il grado di insight dei pensieri ossessivi è indagato mediante la Overvalued Idea Scale (OVIS). I pazienti sono suddivisi in due sottogruppi in base alla presenza di una codiagnosi di DBP.
I dati sono analizzati con il t-test e con il test del chi quadrato per indagare le differenze fra i due sottogruppi. Inoltre le variabili valutate nel sottogruppo DOC + DBP sono inserite in un modello di regressione multipla, utilizzando il punteggio della OVIS come variabile dipendente.
Risultati: i risultati preliminari indicano che i due sottogruppi presentano differenze rispetto a genere, decorso del DOC, punteggio della YBOCS ossessioni, della SOFAS e della OVIS. La regressione multipla indica che il livello di insight è in relazione con età, durata del DOC, punteggio della CGI, della YBOCS ossessioni e del BPDSI. Questi risultati saranno discussi in considerazione dei dati di letteratura.

Insight, psicopatologia e funzionamento in schizofrenia

P. Rocca, C. Montemagni

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

La compromissione dell'insight è considerata uno dei sintomi centrali della schizofrenia.
Per quanto riguarda i rapporti con la psicopatologia, i dati in letteratura sono discrepanti: alcuni studi hanno evidenziato una correlazione tra mancanza di insight e gravità della psicopatologia, altri, invece, una correlazione inversa o assente. È stato anche suggerito che la mancanza di insight possa riflettere l'utilizzo di strategie di coping basate sul diniego che proteggerebbero l'individuo dallo stress derivante dalla consapevolezza di avere un disturbo.
Alcuni studi hanno dimostrato una relazione tra migliore insight e qualità di vita oggettiva, altri una relazione inversa tra insight e qualità di vita soggettiva, altri ancora non hanno ottenuto risultati univoci.
In un nostro precedente lavoro abbiamo suggerito che la dimensione dell'insight attribuzione dei sintomi possa mediare la relazione tra sintomatologia psicotica e qualità di vita.
Obiettivo del presente studio è indagare la relazione tra insight, psicopatologia, coping e funzionamento in pazienti ambulatoriali con diagnosi di schizofrenia stabile. I risultati preliminari suggerirebbero un modello complesso di relazioni tra le variabili prese in esame, in particolare tra le differenti dimensioni dell'insight e i diversi stili di coping. La preferenza per uno stile di coping evitante sarebbe associata a minore insight e peggior funzionamento. Un insight migliore sarebbe associato a stili di coping connessi con la ricerca di supporto sociale. Tali risultati, se confermati, suggerirebbero come una scarsa consapevolezza di malattia non possa essere sempre considerata maladattativa, in quanto stili di coping proattivo quali, ad esempio, discutere con altri del proprio disturbo mentale, potrebbero essere risposte adattive alla diagnosi di schizofrenia.

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA BORROMINI

S14. La responsabilità civile e penale dello psichiatra

COORDINATRICE
L. Lorettu (Sassari)

Riflessioni sulle sentenze di condanna agli psichiatri

P. Piras
Sassari

Sono noti i recenti casi giudiziari, nei quali è stata affermata la responsabilità penale dello psichiatra per atti auto o eterolesivi del paziente. Tali pronunce giurisprudenziali hanno creato una certa, comprensibile preoccupazione. La lettura attenta di quelle e di altre pronunce evidenzia tuttavia che lo spettro della responsabilità penale può essere allontanato. Occorre in primo luogo seguire linee guida oggetto di approvazione da parte delle società scientifiche. O rifarsi comunque a letteratura accreditata, preferibilmente a livello internazionale. In secondo luogo non si devono escludere misure estreme, trattamento sanitario obbligatorio o addirittura contenzione. La prima espressamente prevista dall'ordinamento, la seconda ammissibile nei limiti dello stato di necessità.

La cartella clinica come prova di colpevolezza o di innocenza

G.C. Nivoli
Sassari

La cartella clinica è una raccolta di informazioni finalizzata all'assunzione di decisioni che fornisce una base informativa per garantire la continuità assistenziale anche sulla base dei principi medico-legali della responsabilità penale e civile dello psichiatra in tema di perizia, diligenza e prudenza. La cartella clinica deve consentire quindi la tracciabilità obiettiva delle azioni clinico-diagnostiche e della responsabilità psichiatrico-forense della terapia psichiatrica, oltre che essere una fonte informativa per obiettivi di ricerca, di formazione professionale e di amministrazione in tema di salute mentale.
Nella relazione sono descritti gli errori più frequenti che hanno condotto gli psichiatri ad essere imputati o condannati in un'aula giudiziaria, sia sotto il profilo penale che civile. Tra questi errori di compilazione della cartella clinica, che possono riflettere errori reali di comportamento diagnostico e terapeutico, sono messi in luce in particolare: informazioni inopportune, carenti, confuse, incongruenti, nella descrizione di esami clinici e provvedimenti farmaco e psicoterapici, assenza di doverosi provvedimenti in tema di posizione di garanzia e di responsabilità dell'équipe di trattamento.
La relazione mette in luce che una corretta compilazione della cartella clinica, sotto il profilo psichiatrico-forense, rappresenta la migliore prova, anche in un'aula di Tribunale, della prudenza, diligenza e perizia dello psichiatra nell'ambito della diagnosi e della terapia del paziente.

Trattamento Sanitario Obbligatorio e contenzione, aspetti clinici e forensi

L. Lorettu
Sassari

Il TSO e la contenzione confrontano lo psichiatra con la problematica dei trattamenti senza consenso.
Il TSO in quanto provvedimento senza consenso riveste carattere di eccezionalità. La cornice normativa presta una particolare attenzione all'art. 32 della Costituzione per seguire con le disposizioni derivate dalla legge 180. Sebbene da oltre 30 anni venga eseguito, rimane tuttavia un provvedimento che presenta numerose insidie dal punto di vista della responsabilità professionale. Infatti da una parte potrebbe confrontare il medico con il reato di abbandono di incapace, dall'altra potrebbe confrontarlo con il reato di sequestro di persona. Inoltre una difficoltà particolarmente sentita è la grande difformità esistente nelle differenti realtà cliniche a testimonianza di una difficoltà operativa.
La contenzione a sua volta si inserisce nella problematica dei trattamenti senza consenso portandosi dietro un pesante fardello ideologico.
Verranno presentati gli aspetti forensi rilevanti concernenti il TSO ed in particolare l'esame delle sentenze che hanno avuto il TSO come elemento principale di imputazione dello psichiatra (esecuzione di un TSO non valido, esecuzione di un TSO non necessario, non esecuzione di un TSO necessario) e la relazione con lo stato di necessità.
Per quanto concerne la contenzione verranno illustrate le problematiche relative alla responsabilità nella esecuzione della contenzione e verrà presentato un modello operativo comprensivo delle indicazioni, controindicazioni, modalità esecutive quale spunto per un protocollo attuativo della contenzione.

La responsabilità professionale dello psichiatra: le incertezze della scienza e le certezze del diritto a confronto sul tema della causalità

T. Bandini, G. Rocca

Dipartimento di Medicina Legale, Universita di Genova, Sezione di Psichiatria Forense e Criminologia

Da lungo tempo l'ordinamento penale e quello civile si confrontano sul tema della causalità.
Il processo è ancora in corso, pur avendo subito alcuni assestamenti da parte delle pronunzie delle Sezioni unite penali e civili [1], che hanno cercato di stabilizzare l'intera materia su parametri di riferimento il più possibile chiari e riconoscibili.
Questi recenti approdi sollecitano una riflessione (Blaiotta, 2009): si tratta da un lato di cogliere i tratti e le differenze dei criteri d'imputazione oggettiva dell'evento quali si vengono atteggiando nell'evolversi della giurisprudenza e dall'altro di comprendere quali conseguenze pratiche tali novità giurisprudenziali abbiano.
Oggi, infatti, la giurisprudenza ha delineato una sorta di scala di accertamento della causalità [2], ove al gradino più alto si pone il valore richiesto per esser ritenuta, o meno, la condotta causa dell'evento in sede penale e al secondo gradino quello necessario alla prova del nesso eziologico nella valutazione dell'illecito civile.
Alla luce di tali approdi, sembra opportuno ricostruire le dinamiche medico legali sottese all'indagine causale in tema di colpa professionale, cercando di capire perché, nonostante il termine "accertamento" postuli e tenda ad una operazione logico-deduttiva o logico-induttiva che conduca ad una conclusione "certa", l'indagine, per quanto rigorosa, si arresti, sovente, sulle soglie dell'incerto giudizio probabilistico.
Tale incertezza, tuttavia, non deve legittimare la tentazione di costruire nessi di causa basati su una ammissione del possibile, del tutto vaga e inaccettabile.
Al contrario, la complessità della valutazione della sussistenza di un nesso causale giuridicamente rilevante tra il comportamento attivo od omissivo del medico psichiatra e l'evento dannoso richiede che il consulente tecnico focalizzi il suo intervento sulla ricerca di una dignità causale apprezzabile, con specifico riferimento alle violazioni degli standard professionali esigibili in concreto, anche se in termini incerti, ma comunque scientificamente fondati e corroborati da evidenze probatorie basate sull'evidenza.

Bibliografia

[1] Cass., sez. Unite pen., 11.09.2002, n. 30328 e Cass., sez. Unite civ., 11.01.2008, nn. 576, 577, 581, 583, 584.

[2] Cass. civ., III sez., 16.10.2007, n. 21619.

MERCOLEDÌ 17 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
Sala Bramante

S15. Psicoterapie nell'adolescenza

Coordinatori
U. Balottin (Pavia), F. Muratori (Pisa)

Is it possible to keep a psychodynamic view when dealing with experimental data?

D. Cohen

Department of Child and Adolescent Psychiatry, Université Pierre et Marie Curie, CNRS UMR 8189, Laboratoire Psychologie et Neurosciences Cognitives, GH Pitié-Salpétrière, AP-HP, Paris, France

Background: whether a psychodynamic view is compatible with experimental research, or not, is still a challenging issue.
Method: based on (i) few recent examples of research in the field of psychotherapeutic intervention assessment; (ii) an original research on response to placebo in children and adolescent with internalizing disorder; (iii) an experimental task testing unconscious lasting traumatic effect in children and adolescent; we will assess this issue.
Principal Findings: first, there are now sufficient evidence-based data to support the use of psychodynamic therapy in chronic mental disorders, in particular personality disorders. Second, placebo response in children and adolescent with internalizing disorder is significantly higher in major depression, than in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders, highlighting differential psychopathology regarding experience of loss. Third, using an experimental task, psychoanalysts are able to recognize, above chance levels, healthy adults who had experienced sibling cancer during childhood without explicit knowledge of this history; all other control raters (behavior therapists, inexperienced professionals, experienced cancerologists) are unable to make such decisions above chance levels. This experiement suggest that implicit information on a subject's history is conveyed in interpersonal exchanges that can be intuitively perceived by judges experienced

in listening to free associations from a psychodynamic perspective.
Conclusion: there is no discrepancies in keeping a psychodynamic view when dealing with experimental data, whether you test psychotherapeutic approaches, whether you discuss data from other fields such as psychopharmacology, whether you try to design experiments based on psychodynamic theory

Psicoterapia e disturbi dello spettro schizofrenico in adolescenza

T.I. Carratelli, I. Ardizzone
Roma

È sempre più evidente, sulla base di osservazioni cliniche ed epidemiologiche, come l'adolescenza rappresenti il luogo e il tempo della comparsa della sintomatologia prodromica o esordiente relativa ai disturbi dello spettro schizofrenico.
In questa fase evolutiva l'approccio psicoterapeutico all'interno di un intervento integrato, quindi anche psicofarmacologico e di risintonizzazione affettiva (termine che gli autori utilizzano per la riabilitazione psichiatrica precoce), assume un ruolo fondamentale di prevenzione della cronicizzazione e delle ricadute dl disturbo.
Gli autori analizzano il ruolo e le caratteristiche peculiari della psicoterapia di questo tipo di disturbi in adolescenza secondo il loro modello di psichiatria psicodinamica dell'età evolutiva. Un modello, questo, che in modo operativo ed euristico, integra concetti psicoanalitici come quello di setting, transfert e posteriorità con concetti derivati da altre discipline della soggettività come le neuroscienze, le scienze cognitive, la filosofia della mente ecc.
Non si tratta di un assemblaggio eclettico di concetti apparentemente somiglianti, ma del tentativo di applicare una visione plastica al rapporto tra le caratteristiche dello sviluppo bio-psico-sociale in adolescenza e la rigidità delle difese e delle ansie schizofreniche e psicotiche.
Il modello oltre che presentato viene esemplificato attraverso stralci di sedute e situazioni cliniche che coinvolgono anche le famiglie del paziente e gli operatori che a vario titolo intervengono su di lui.

Il trattamento ospedaliero dell'adolescente con disturbo di personalità borderline

M. Mucci, V. Viglione, L. Picchi, F. Muratori
Fondazione IRCCS Stella Maris, Calambrone, Pisa

Negli adolescenti con DPB il ricovero ospedaliero può essere richiesto quando altri assetti di trattamento e presa in carico non risultano sufficienti a contenere i comportamenti distruttivi verso sé e verso gli altri; lo scompenso acuto e la particolare intensità della sintomatologia determinano l'"urgenza" di attivare l'ambiente terapeutico ospedaliero soprattutto in caso di condotte suicidarie, aggressività, abuso di sostanze, grave disregolazione delle condotte alimentari o assenza di minimo sostegno nella famiglia che aumenta di per sé, in tali adolescenti, il rischio di "acting out" particolarmente distruttivi.
Il ricovero ospedaliero assumerà allora una grande importanza perché integra il necessario intervento protettivo di "rapido contenimento comportamentale" con l'altrettanto necessario intervento evolutivo di rapido "riavvio e rinforzo della riflessività".
Le problematiche connesse alla gestione clinica durante il ricovero saranno analizzate con particolare riferimento al modello organizzativo del nostro istituto (breve residenzialità, équipe ed interventi multidisciplinari, attenta valutazione psicopatologica e delle dinamiche del soggetto, eventuale trattamento farmacologico, stretta collaborazione con i servizi territoriali) e ai vari possibili percorsi di cura da attivare durante e subito dopo l'ospedalizzazione per i singoli soggetti.
L'intervento sul minore e sulla sua famiglia (attraverso la presenza di un genitore che lo accompagna) presso un reparto specialistico di NPI può offrire un "clima ambientale" al tempo stesso tollerante e contenitivo declinato in setting multipli (contesti individuali e di gruppo, più e meno strutturati, di tipo assistenziale, psicopedagogico, psicologico); tale presa in carico risulta ad alta valenza psicoterapeutica perché tiene conto della particolare e difficile articolazione tra realtà interna e realtà esterna dell'adolescente "borderline" permettendo maggiori possibilità di mediazione per una più facile stabilizzazione del funzionamento caotico intrapsichico e sociale e per una iniziale esperienza integrativa.
Tale lavoro risulta essere la base per una più chiara pianificazione di interventi psicoterapeutici successivi per il soggetto.

Fattori terapeutici nella psicoterapia psicodinamica dell'anoressia nervosa

G. Rossi, T. Carigi, B. Nessi, U. Balottin
Clinica di Neuropsichiatria Infantile, IRCCS Fondazione "Istituto Neurologico C. Mondino", Università di Pavia

L'anoressia nervosa costituisce una sfida terapeutica notevole: spesso le pazienti presentano aspetti che le rendono difficilmente accessibili alla riflessività e al cambiamento: organizzazione falso sé, tratti narcisistici, masochismo morale, stile di attaccamento insicuro e un tenace attaccamento ad un sintomo autodistruttivo che obbliga lo psicoterapeuta ad un impegno importante e ad avvalersi di un lavoro integrato, che gli consenta di non lottare direttamente contro il disturbo alimentare.
Certamente l'anoressia nervosa rappresenta un'esasperazione delle contraddizioni e delle difficoltà di sviluppo adolescenziali: passaggio all'età adulta, voglia di arrivarci conquistando la propria indipendenza e allo stesso tempo resistenza a crescere, sfida al mondo adulto, necessità a volte conflittuale di abbandonare il passato e i lega-

mi dell'infanzia. Per quanto le anoressiche siano diverse tra loro e più che in altri campi della psicopatologia si confermi il principio di equifinalità nel determinismo del disturbo (cioè varie sono le vie attraverso cui si arriva all'anoressia nervosa), alcune dimensioni problematiche appaiono piuttosto universali. In particolare appare paradigmatico il conflitto dipendenza-indipendenza. In questo lavoro sono presentati alcuni punti problematici della terapia individuale di alcune pazienti, in particolare relativi alla psicoterapia breve (1-4 mesi) condotta in reparto su anoressiche ricoverate. Viene focalizzata l'importanza del lavoro dinamico sugli aspetti psicopatologici citati, e sulla risoluzione del conflitto dipendenza indipendenza, del processo di separazione individuazione. Sono analizzati i fattori terapeutici in gioco che si riferiscono alle terapie di dieci pazienti.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
SALA LEONARDO

S16. Psicopatologia e fenomenologia: comprendere e curare

COORDINATORE
L. Calvi (Lecco)

Psicopatologia fenomenologia come demitizzazione della nosografia

B. Callieri
Roma

La "presenza", cioè l'esser-ci-con si può ostendere, come accade nello psicotico, alla stregua di un modo profondamente difettivo del co-esistere-con l'altro, un modo che viene a precludere l'incontro, costitutivo dell'intersoggettività, l'incontro che, pienamente presente nell'amore-odio e nell'amicizia-aggressività, qui può velarsi ma giammai scomparire del tutto nelle mille forme delle urgenze pragmatiche e delle declinazioni dei ruoli.
Certo, è proprio lo psichiatra a trovarsi continuamente confrontato con delle categorie mentali oscillanti ben lontane dalla norma, con gli orizzonti dell'assurdo, dell'inverosimile, dell'illusione, con le esperienze dell'irreale divenuto realtà nelle allucinazioni (voci), con le spirali dell'ossessione, con le nebbie oniroidi della confusione. L'imbattersi continuamente in queste esperienze rende necessario, per lo psichiatra, un certo atteggiamento obiettivante, atteggiamento indispensabile, per lo meno in un primo tempo, per difendersi dall'irruzione dell'"irrazionale" e contenere le proprie angosce reattive. Se però questo atteggiamento di neutralità restasse come unica modalità d'esperienza, esso renderebbe impossibile ogni tentativo di dialogo col paziente e ostacolerebbe seriamente ogni tentativo di recupero dell'alter nascosto nell'alienus o da esso sommerso: che questo, il recupero dell'alter, è lo scopo terapeutico proprio dello psichiatra, specifico delle sue capacità professionali e umane. Ritrovare, rimettere in moto dunque, nell'altro alieno le sue possibilità umane autentiche, anche con l'aiuto farmacologico. Un tale saper accettare l'altro come uomo, sotto qualunque forma egli si presenti, costituisce la condizione preliminare per un incontro reale sul piano psichiatrico.

L'autismo come fallimento della costituzione dell'altro

A. Ballerini
Firenze

Pensare alla crisi della costituzione del soggetto, cioè dell'altro quale soggetto, riflettere sulla evanescenza della dimensione interpersonale che fonda il nostro normale modo di essere, significa anche ripensare il fenomeno autismo quale nucleo dei disturbi dello spettro schizofrenico.
Il tema dell'*Altro*, della intersoggettività, è divenuto così centrale nella analisi psicopatologica dei disturbi schizofrenici perché le modificazioni dell'incontro interumano non possono essere viste come conseguenze secondarie ai sintomi, ma costituiscono il disturbo fondamentale della alienazione schizofrenica – come precisa W. Blankenburg (1971) sulla lunga traccia di una serie di pensatori.
"In effetti, se non ci fosse l'intreccio delle relazioni interpersonali non ci sarebbero schizofrenici", scrive perentoriamente Kimura Bin (1992), che nota come i disturbi schizofrenici dell'identità dell'*Io* sembrino, dal punto di vista eziologico e fenomenologico, connessi con i disturbi dell'incontro. Costituzione dell'*Io* e costituzione dell'*Altro* sono come due facce di una stessa medaglia, due cardini della naturalità dell'evidenza: la loro crisi è l'epifania dell'autismo nella schizofrenia.
In un testo del 1917 la allieva di Husserl, Edith Stein, individua come problema di fondo l'*empatia* "in quanto esperienza di soggetti altri da noi e del loro vissuto (Erleben) […] il fenomeno di un individuo psicofisico che è chiaramente diverso da una *cosa fisica* e si presenta "… come un corpo vivente sensibile che possiede un Io, un Io che recepisce, sente, vuole …". In una intersezione di rimandi, movimento empatico significa quindi

costituzione dell'*Altro* come persona e costituzione della propria persona. Il punto di partenza è quella possibilità della coscienza intenzionale che fin dall'inizio, come nella epoche fenomenologica appare, costituisce l'*Altro* come diverso da uno dei tanti oggetti, in quanto soggetto che come me pensa e mi riconosce. La costituzione dell'*Altro* è veramente la basilare condizione di possibilità perché il mondo sia intersoggettivo; l'evento fondatore di qualsiasi incontro.

Per una fenomelogia della cura

G. Di Petta
Caloria

La fondazione e la condivisione di un'idea e di una *prassi della cura* che sarà definita, da qui in avanti, "Psicoterapia Fenomenologica", segna, in questo preciso momento storico, una sorta di svolta epocale. La psicopatologia fenomenologica, arricchita dall'approccio *daseinanalitico* al vissuto e all'esistenza umani, guarda alle cose in modo da metterne in risalto gli aspetti di maggior valore, sul piano delle essenze percepibili e dell'esistenza vissuta. E tutto ciò non può non avere, effettivamente, una forte ricaduta applicativa, a carattere *trasformativo*, cioè *terapeutico*, su condizioni esistenziali, come quelle patologiche, segnate spesso dalla deriva affettiva e socio-relazionale. Il tema fondamentale della psicopatologia fenomenologica e della psicoterapia da questa derivata è, dunque, il vissuto in quanto *pathos*, cioè, con Heidegger (1927) la *situazione esistenziale affettiva fondamentale* (*Befindlichkeit*), che rappresenta la posizione sostanziale nella quale l'uomo, qualunque uomo, si *trova-nel-mondo* in quanto uomo emotivamente situato. Còlto e costituito in forme *gestaltiche* e strutturali (fenomenologiche) dotate di senso, questo elemento *patico* diventa, elevandosi e trascendendosi (quasi trans-sustanziandosi), un elemento fortemente propulsore di trasformazione. Senza la *visione fenomenologica* le esperienze umane, cliniche o extracliniche, non potrebbero mai costituirsi in vere e proprie *esperienze vissute*: la poetica della vita interiore umana rimarrebbe inespressa e come tale, invissuta o ridotta a mera sintomatologia. Incontrare veramente un altro significa *alterarsi*, cioè compromettersi, coinvolgersi, fare *epochè* significa partire senza i propri connotati identificativi e rischiare di non ritrovarli tutti, al ritorno, oppure di non riuscire a rimetterli tutti al proprio posto. Il trascendimento di questa esperienza di singoli che si intersecano nella coppia o gruppo *Dasein*-analiticamente impostati, si apre, così, a tutti gli ulteriori, possibili e, a volte, non del tutto comprensibili rimandi. Lo sforzo attuale di questo tipo di pensiero è, dunque, volto a formalizzare gli aspetti a maggiore impatto trasformativi e metamorfico di questo percorso, facendone elementi portanti della declinazione psicoterapeutica della fenomenologia psicopatologica e della fenomenologica clinica, individuale, di gruppo e applicata al campo istituzionale nella concreta prassi della cura.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
Sala Mantegna

S17. Aspetti psichiatrico-forensi della violenza sessuale su donne e minori

Coordinatore
S. Ferracuti (Roma)

Valutazione psichiatrico-forense degli abusatori e dei protagonisti di "stalking"

S. Ferracuti
Roma

Le procedure di valutazione di autori di abuso sessuale sono relativamente rare, dal momento che raramente si impronta una difesa basata sull'infermità mentale nei casi di abuso sessuale. La natura del reato è tale che la possibilità che la valutazione psichiatrico forense si concluda con un giudizio di infermità mentale è molto bassa, e le difese corrono il rischio di trovarsi, invece, con una valutazione che prospetta una personalità disturbata con elementi parafilici. Nei rari casi in cui, invece, si ha a che fare con malati di mente che hanno compiuto reati a sfondo sessuale, il giudizio di pericolosità sociale e il conseguente internamento in OPG è pressoché certo.
Diversa è la situazione di valutazione nei casi di stalking. La pratica forense evidenzia che nella maggior parte dei casi si tratta di gravi disturbi di personalità, abitualmente paranoidei o borderline, sui cui un intervento terapeutico o non è stato mai intentato o è fallito e dove la situazione di "persecuzione" data da tempo. È da valutarsi l'effetto delle recenti modifiche legislative (art. 612bis),

poiché è molto probabile che vi sia un incremento di persone a cui sarà applicata la misura di sicurezza in relazione a questa fattispecie.

Pedofilia ed incesto: una perversione, una malattia, un crimine?

V. Volterra, V. Visca*
*Bologna; * Trento*

Vengono illustrate brevemente le diverse tipologie dei soggetti pedofili ed incestuosi, le differenze dei loro comportamenti e le conseguenze psicopatologiche che spesso colpiscono le loro vittime. Sono poi elencate le modalità socioculturali, antropologiche e psicodinamiche con cui sono abitualmente studiati coloro che abusano sessualmente dei bambini e, come e quando, la legge punisce le loro condotte con modalità che restano però, di solito, ai margini di valutazioni psichiatriche, il che rende problematica l'impostazione di ogni eventuale cura e riabilitazione nei loro confronti. Si discute inoltre la legislazione oggi vigente in Italia in quest'ambito, tenuto conto anche di una serie di altri aberranti fenomeni correlati (pedopornografia, turismo sessuale, schiavizzazione dei minori, ecc.) che, diffusi globalmente, ormai toccano purtroppo anche il nostro Paese. Infine, si analizzano le diversità di approccio a questo inquietante problema psicosociale tra il punto di vista psichiatrico e quello forense.

Metodologie d'indagine sui minori vittime di abusi

G.B. Camerini
Neuropsichiatra infantile e Psichiatra, Bologna

Una vittimizzazione sessuale nell'infanzia e nell'adolescenza non presenta, come suo esito inevitabile, reazioni emozionali significative e linearmente prevedibili, ma il loro instaurarsi dipende da numerosi fattori che fanno capo sia alle circostanze dell'esperienza di abuso, sia alle variabili individuali ed ambientali. I problemi di comportamento e di adattamento hanno più probabilità di svilupparsi in coloro per i quali l'esposizione ad un'esperienza di abuso è stata severa, di lunga durata o implicante violenza o comportamenti coercitivi; gli atteggiamenti del bambino e le abilità di cui è dotato per far fronte alle difficoltà (*resilience*), unitamente al grado di sostegno da parte della famiglia, giocano un ruolo importante nell'esacerbare o attenuare le conseguenze.
Un particolare interesse è stato riservato, nel corso degli ultimi anni, al modello interpretativo costituito dalle nozioni di trauma e di PTSD riguardo gli esiti clinici che possono seguire ad una esperienza di violenza sessuale durante l'infanzia. Si raccomanda una particolare attenzione nella scelta dei criteri di valutazione clinica relativi alle condizioni post-traumatiche, ottenendo informazioni rispetto a diversi aspetti:

- eventuali stressor precedenti, concomitanti o più recenti nella vita del bambino;
- eventuali sintomi concomitanti, prestando particolare attenzione ai disturbi a elevata comorbidità con il PTSD;
- esordio dei sintomi in relazione agli eventi traumatici identificati;
- reazione emotiva dei genitori all'evento traumatico;
- storia evolutiva del bambino (livello del funzionamento del bambino prima dell'evento traumatico).

Non sono inoltre dimostrabili sequenze sintomatiche post-traumatiche legate ad uno specifico tipo di abuso subito, essendo troppo numerose le variabili capaci di influenzare la risposta sintomatica del soggetto vittimizzato: nessun quadro clinico è caratteristico dei bambini traumatizzati e, d'altra parte, gli esiti non sono neppure statici.
Risulta comunque preferibile avvalersi, nell'*assessment*, di strumenti e di protocolli diagnostici standardizzati.
Alcuni Autori hanno definito il cosiddetto *PTSD iatrogeno*. Comportamenti simili al PTSD possono infatti essere la conseguenza di ripetuti interrogatori da parte di investigatori, genitori, terapeuti, o di una qualche combinazione di questi soggetti che si sono sforzati di provare che un abuso sessuale si è effettivamente verificato. Tali situazioni dovrebbero essere prontamente identificate e diagnosticate, differenziandole dagli esiti clinici primariamente legati ad un abuso intra- od extrafamiliare, cercando soprattutto di analizzare la comparsa dei sintomi post-traumatici in relazione all'attivazione degli interventi investigativi ed alle loro modalità "iperzelanti".
In questo ambito, sono stati descritti, sull'esempio del "classico" caso delle "streghe di Salem" nel XVII secolo, diversi casi di *sex abuse hysteria*. Si tratta di bambini o bambine che, coinvolti in procedimenti penali generati da segnalazioni infondate di abuso sessuale, e sottoposti a numerose pressioni ambientali suggestive, sviluppano sintomi di natura isterica, capaci di favorire dichiarazioni testimoniali fantasiose e bizzarre, le quali sovente assumono uno sviluppo "a reticolo" (*latticed allegations*), coinvolgendo sempre più soggetti.
Non è quindi ipotizzare plausibilmente, in ambito forense, considerata la variabilità ed aspecificità delle reazioni che il bambino può presentare dopo la esposizione ad una esperienza traumatica, l'esistenza di un traumatismo sessuale procedendo "a ritroso", ovvero a partire dall'individuazione di un quadro sintomatico.

Uomini violenti: connotati psichici e criminologici

I. Merzagora Betsos
Milano

Gli uomini violenti contro le partner non sono tutti uguali, e si possono reperire almeno 4 tipi diversi di soggetti e situazioni:

- *cose da matti*: coloro che hanno commesso il reato perché fortemente sollecitati dalla presenza di malattia mentale;

- *uomini di un solo delitto*: coloro che hanno commesso il fatto in condizioni assolutamente eccezionali, che non sono inseriti in alcuna sottocultura, che non hanno precedenti neppure di maltrattamento domestico, e che di solito si rammaricano profondamente di quel che è accaduto;
- *non posso vivere senza di te*: chi ha ucciso o comunque è stato violento sulla base di un serio problema di dipendenza dalla partner, senza la quale non riesce a concepire di poter vivere;
- *cronache di morti annunciate*: sono, infine, quei casi in cui l'omicidio è il dramma finale di una lunga teoria di maltrattamenti, prepotenze, violenze, accompagnate da una salda sottocultura di discriminazione di genere e di sostegno alla violenza, che a sua volta trae alimento dalla messa in atto di tecniche di neutralizzazione, cioè di quelle auto-giustificazioni per il comportamento deviante che consentono al soggetto di neutralizzare appunto il conflitto con la morale sociale e dunque il rimorso.

Alla luce dei colloqui da me effettuati in carcere e della disamina della Letteratura ho elaborato due programmi di intervento, uno destinato a soggetti in libertà ed un altro carcerario.

Gli elementi comuni ad entrambi i progetti riguardano innanzitutto la *criminogenesi* che, sulla scorta di quanto appreso dalla Letteratura scientifica straniera e dalle osservazioni personali, si può individuare in due fattori principali, attorno ai quali dunque ruoterà tutto il trattamento:

- la cultura della discriminazione e dell'ineguaglianza di genere;
- gli antecedenti precoci del ciclo dell'abuso e delle patologie dell'attaccamento.

Già dalle prime battute del trattamento, occorre chiarire assieme al soggetto cosa si intenda per abuso, quale sia la sua visione dei rapporti e dei ruoli di genere, se ritengono che la violenza sia un modo accettabile di regolazione dei conflitti, rammentando anche che la violenza non è solo quella fisica, e sarà cura dell'operatore farlo comprendere al soggetto sollecitandolo a riferire, e quindi prendere consapevolezza, della violenza sessuale, di quella indiretta, delle azioni di controllo ed isolamento, restrizione dell'autonomia, eccetera.

Si dovrà anche "rivisitare" la biografia del soggetto per capire la sua esposizione – in famiglia, nel gruppo dei pari, ecc. – al contagio sottoculturale, e fino a che punto l'identità sia modellata sullo stereotipo che obbliga il maschio a rifuggire qualsiasi debolezza, a comportarsi da "capo", magari a farsi servire.

Per ciò che concerne il problema dell'attaccamento e della dipendenza, occorrerà in primo luogo far sì che i soggetti lo riconoscano, e quindi sviluppare una base di attaccamento sicuro.

Ricordiamo che talora questi individui sono irretiti in relazioni fusionali e totalizzanti, nelle quali non sono più in grado di concepire una propria identità autonoma, non supportata dall'altro, e che il togliere questo sostegno comporta un rischio anche autosoppressivo.

Altro elemento fondamentale su cui organizzare entrambi i modelli di trattamento, questa volta relativo alla *criminodinamica*, riguarda lo smantellamento delle *tecniche di neutralizzazione* quali la *negazione della propria responsabilità*, come nel caso in cui il soggetto sostiene di aver agito in condizione di infermità mentale o di intossicazione alcolica; la *giustificazione morale*, grazie alla quale il comportamento trova una sua scusante nell'aver obbedito a motivazioni moralmente elevate. Nel caso dei mariti violenti per questa giustificazione sono di solito invocati la Bibbia o anche il Corano, secondo cui – nella versione di costoro – l'uomo è il capofamiglia a cui la donna deve sottomissione; l'*etichettamento eufemistico*, in cui si riduce la gravità del comportamento attraverso una definizione benevola o comunque "accettabile" (per i partner violenti la violenza è la risposta legittima ed appropriata al comportamento viceversa "inappropriato" delle partner, eccetera); l'*attribuzione di colpa alla vittima*: è la donna che esaspera l'uomo, o magari lo ha tradito e quindi merita la violenza.

La *responsabilizzazione dell'autore* è prerequisito fondamentale per il trattamento dei partner violenti, e fondamentale dovrà dunque essere far loro comprendere, denunciare ed abbandonare gli atteggiamenti di minimizzazione, negazione, colpevolizzazione della vittima.

I programmi di trattamento prevedono un "contratto" o "impegno" di partecipazione preventivo.

La *durata* del trattamento è discorso delicato: ricordiamo che si tratta di correggere atteggiamenti sottoculturali sedimentati da decenni, che anche a livello di linee guida europee si raccomandano programmi di una certa durata, che, infine, trattamenti troppo brevi sono definiti "rischiosi" e comportano quindi un pericolo di fallimento che potrebbe screditare l'idea stessa del trattamento a questo genere di soggetti.

Il racconto della *storia di vita* sarà effettuato, oltre che prestando attenzione a tutti gli elementi che normalmente interessano in un colloquio clinico, sulla base dei fattori di rischio che più di frequente si riscontrano fra i partner violenti.

Siccome poi l'indicatore più rilevante per effettuare una prognosi di *pericolosità* risulta essere il comportamento pregresso, nella ricostruzione biografica andrà posta particolare attenzione a questo elemento e ci si dovrà informare sui precedenti rapporti affettivi e su come si sono conclusi.

Ci si potrà avvalere delle già sperimentate tecniche di ispirazione *cognitivo-comportamentale* che vanno per la maggiore in questo tipo di trattamenti. Molti programmi stranieri, peraltro, seguono metodi eclettici pur avvantaggiandosi delle tecniche cognitivo-comportamentali, e la Letteratura scientifica non ha trovato differenze di rilievo con programmi che hanno usato differenti approcci.

In ogni caso, queste tecniche dovranno insegnare agli autori di violenza:

- a riconoscere i sentimenti di dolore e il timore dell'abbandono;
- ad effettuare una ristrutturazione cognitiva, in modo che i partner violenti interpretino gli eventi in modo più sereno di quanto di solito facciano scatenando poi la violenza;
- ad individuare i segnali prodromici allo scoppio della collera e della correlata violenza;
- a distinguere anche le sensazioni fisiche che accompagnano lo scoppio della violenza (tensione muscolare, modificazioni nel ritmo cardiaco e nel respiro, ecc.);
- a pianificare strategie di dislocazione e di controllo della violenza;
- ad apprendere migliori modalità di comunicazione, superiori competenze relazionali, capacità di autoaffermazione non violenta;
- ad imparare alternative comportamentali e modi costruttivi di confrontarsi con le difficoltà esistenziali;
- ad effettuare un calcolo costi/benefici che, pur individuando gli scopi dell'agire violento, ne faccia scoprire i superiori svantaggi.

In conclusione, il solo intervento giudiziario e carcerario rischia di lasciare il soggetto pressoché immutato, e magari pure peggiorato perché se la condanna può essere l'occasione per confrontarsi con il fatto che il comportamento è sbagliato, senza un raffronto più approfondito con valori diversi e con quello che si agita nel proprio animo, essa può anche suscitare sentimenti di ribellione, di – per quanto mal riposto – senso ingiustizia subita, addirittura di vendetta.
L'autore della violenza prima o poi uscirà dal carcere, meglio sarebbe allora se l'autore uscisse cambiato, piuttosto che solo "tolto di mezzo" per un periodo più o meno lungo.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
Sala Tintoretto

S18. Fisiopatologia dei nuovi media

Coordinatore
T. Cantelmi (Roma)

Dal Tech-Abuser al Nativo Digitale

T. Cantelmi, F. Orlando
Roma

Rapporti aneddotici di dipendenza da computer emersero già negli anni settanta e ottanta (Shotton, 1991). Si parlava ovviamente di problematiche connesse all'uso-abuso del PC e non di Internet, dato che questo ancora non esisteva.
Secondo la leggenda il primo studioso ad ipotizzare il disturbo e a chiamarlo Internet Addiction Disorder fu lo psichiatra americano Ivan Golberg (1995), il quale in maniera piuttosto provocatoria fece girare in Rete i relativi criteri diagnostici. Da allora, nel panorama scientifico, si sono affacciate una moltitudine di definizioni per descrivere la sindrome, come Internet Addiction (Young, 1996), Internet Dependency, (Scherer, 1997), Compulsive Internet Use (Greenfield, 1999), Compulsive Computer Use (Potenza e Hollander, 2002), ecc.
Similmente a quanto avviene per le scatole cinesi, la IRP può essere intesa come un sottoinsieme più piccolo di un problema più grande, che a sua volta può essere scomposto in base all'oggetto specifico di dipendenza, ovvero in Cybersexual Addiction, Cyber Relationship Addiction, Muds Addiction, Compulsive Online Gambling, Compulsive Online Shopping, Information Overload Addiction, Ebay Addiction e Trading Online Addiction (Young, 1996).
Le stime sull'incidenza della IRP nella popolazione, variano sostanzialmente a seconda della metodologia di rilevazione adottata (rilevazioni effettuate in Rete e rilevazioni effettuate fuori dalla Rete) e degli strumenti impiegati (questionari che si inspirano a differenti criteri diagnostici)
In genere le rilevazioni online indicano un tasso di diffusione compreso tra il 3 e l'11% (Kershaw, 2005; De Angelis, 2006).
Le nuove generazioni: i nativi digitali sono predisposti a un formidabile adattamento alla tecnomediazione della relazione e della realtà. Il rischio quindi è che i bambini crescano diseducati alla vita reale, alla socializzazione e ai suoi processi. Ciò potrebbe comportare: la possibile prevalenza del virtuale sul reale, con il conseguente disadattamento alla vita reale e il superadattamento alla fascinazione dei mondi virtuali; il prevalere dell'apprendimento percettivo su quello simbolico, con conseguente deficit delle capacità simboliche; il prevalere della virtualizzazione delle emozioni, cosicché i "nativi digitali" sapranno ben rappresentare emozioni con sms o altro, ma non viverle.

Bibliografia

Parsi MR, Cantelmi T, Orlando F. *L'immaginario prigioniero*", Milano: Mondadori 2009.

Internet addiction e trance dissociativa da videoterminale. Un contributo di ricerca

V. Caretti, G. Craparo*, A. Schimmenti*
*Università di Palermo; * Università Kore di Enna*

Come tutti gli strumenti tecnologici, i computer rappresentano i "mezzi" di cui l'uomo si serve per superare i limiti imposti dalle proprie caratteristiche biologiche. Il rischio che si corre, nei casi di un utilizzo indiscriminato, è che il computer si tramuti in *fine*. È ciò che avviene quando il rapporto *qualitativo* limitato nel tempo e nelle funzioni con lo strumento tecnologico (in termini di investimento emotivo, tempo impiegato e funzioni attribuite allo strumento stesso) si estende, tanto da diventare strumento d'elezione *necessario* per la realizzazione e l'espressione del Sé. La presente ricerca esamina la relazione tra dipendenza da Internet, esperienze dissociative e disregolazione affettiva in un gruppo di 118 tardo-adolescenti, estratti dalla popolazione normale. Dai risultati emerge che i soggetti che presentano maggiori sintomi di dipendenza da Internet ottengono anche punteggi elevati alle misurazioni della dissociazione patologica e della disregolazione affettiva (rappresentato dal primo fattore della TAS-20). La ricerca ha sottoposto a prova empirica il costrutto di Trance Dissociativa da Videoterminale, fornendo importanti indicazioni sulla natura dissociativa della dipendenza da Internet.

Media e virtualità: dall'uso adattivo delle risorse, alla psicopatologia tecnomediata

D. La Barbera, M.V. Rumeo
Dipartimento di Neuroscienze cliniche, Università di Palermo

L'evoluzione delle tecnologie della comunicazione sta comportando una serie di complesse modificazioni sociali e culturali che, oltre a riguardare le abitudini, lo stile di vita e di consumo, la percezione e la gestione del tempo e dello spazio, hanno un impatto diretto sul funzionamento cognitivo e sulla sfera emotivo-affettiva. Caratteristica dei nuovi dispositivi tecnologici è quella di configurare luoghi virtuali che esercitano una forte attrazione psicologica e influenzano il comportamento, la regolazione dei sentimenti, le emozioni e il pensiero. Le qualità che rendono così attrattivo il mondo virtuale sono l'immediata accessibilità, il controllo esercitabile sulle attività, l'opportunità di avere una o più identità, e l'annullamento dei limiti spazio-temporali. Le neotecnologie del virtuale e dei media elettronici accelerano ancora più in profondità i processi psichici, affettivo-emotivi e cognitivi determinando un cambiamento significativo del funzionamento e della struttura della mente e influenzando radicalmente i costrutti identitari ed i fenomeni di "self-profiling". Con la nuova cognitività tecnomediata si diffondono nuovi modelli di apprendimento, basati sull'esperienza e sulla ricerca incessante di nuove sensazioni, le pagine dei libri vengono sostituite dallo schermo, più accessibile e rapido nella consultazione, le immagini prendono il posto delle parole, il linguaggio diventa acronimico, nasce un neodialetto high-tech e funzioni come i blog e wiki supportano la condivisione e la diffusione del sapere. Tutto questo ha molteplici conseguenze: da un lato l'internauta dispone oggi di una quantità straordinaria di risorse che favoriscono la diffusione e la condivisione delle culture, dei saperi e delle esperienze, dall'altro deve rincorrere le nuove tecnologie per restare al passo coi tempi e riceve un numero illimitato di informazioni che deve imparare a gestire ed elaborare, pena l'avvertimento di un confusivo disorientamento, rappresentato dall'"information overload". In generale tutte le modalità operative ed esperenziali fatte in Rete, avvengono attraverso una forte estensione sensoriale, una "ipersensorializzazione" che oltre a vista e udito, coinvolge a pieno regime anche la tattilità. A questo punto è possibile ipotizzare che le trasformazioni delle manifestazioni del disagio psichico e delle sue espressioni cliniche siano legate alla trasformazione in senso ipertecnologico delle neotecnologie e dal proliferare di un sistema iconico fluido e pervasivo che coinvolge i percorsi esistenziali, i processi affettivi e le modalità cognitive e senso-percettive.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
SALA PINTURICCHIO

S19. La misery of life nel disturbo borderline di personalità

COORDINATORE
C. Maffei (Milano)

"La miseria mentale" nei pazienti borderline

A. Fossati, S. Borroni, C. Maffei
Università "Vita-Salute San Raffaele", Milano

Nel corso degli ultimi anni si è assistito ad un considerevole aumento delle conoscenze relativo all'efficacia terapeutica degli interventi specifici per il trattamento del disturbo borderline di personalità (DBP). paradossalmente, il progredire delle evidenze scientifiche sull'utilità clinica delle tecniche di cura per il DBP ha messo in luce il fatto che i soggetti con DBP continuano a presentare vite caratterizzate da compromissione nel livello di funzionamento sociale. Alla "remissione sintomatologica", cioè, non sembra accompagnarsi un miglioramento della "misery of life" dei soggetti con DBP; questa evidenza, a sua volta, sta promuovendo una serie di studi su questo tema. A partire da queste considerazioni, il presente studio si propone di approfondire il tema della "miseria mentale" dei soggetti DBP, ossia di approfondire sotto diverse angolature i fattori che oltre a impoverire la qualità di vita dei soggetto con DBP, ne riducono le risorse di "riscatto", in 4 campioni indipendenti di partecipanti non clinici. Sinteticamente, bassa autostima, bassa autoefficacia, diffusione dell'identità e basso "commitment" sono risultati i principali predittore del DBP nel Campione 1 (n = 1192 adulti non clinici), R^2 = ,20, p < ,001. Nel Campione 2 (n = 740 adulti non clinici), l'insoddisfazione lavorativa e l'instabilità lavorativa (ossia, numero di cambiamenti lavorativi negli ultimi 24 mesi) sono risultati significativamente associati al numero di tratti DBP, R^2 = ,10, p < ,001. In un campione di 1463 adolescenti non clinici (Campione 3), lo scarso interesse a frequentare coetanei, il basso numero di amici, il maggior bisogno di relazioni sentimentali e l'interesse per frequentazioni devianti sono risultati predittori significativi del DBP, R^2 = ,08, p < ,001. Infine, in un secondo campione di 501 adolescenti non clinici (Campione 4), il DBP è risultato significativamente associato all'autolesività, alla bassa mindfulness e alla povertà della regolazione emotiva, R^2 = ,40, p < ,001. Cumulativamente, questi dati indicano come la "psychological misery" nel DBP possa presentarsi sotto diversi aspetti.

Il corpo nei pazienti borderline: maltrattamento, autolesionismo, malattie fisiche

C. Maffei
Università "Vita-Salute San Raffaele", Milano; International Society for the Study of Personality Disorders (ISSPD)

La sofferenza fisica accompagna in maniera intensa e persistente la vita dei pazienti borderline soprattutto a causa dei comportamenti autolesivi che caratterizzano una grande percentuale di essi. Partendo dai comportamenti parasuicidari e suicidari (circa il 10% dei pazienti borderline si uccide) che rappresentano il modo più grave di danneggiare il proprio corpo e la propria vita, usualmente i comportamenti considerati come più caratteristici e frequenti sono i tagli, le bruciature, il picchiare la testa contro il muro, tuttavia molti comportamenti disadattivi sono fattori di rischio rispetto al danno fisico: abuso e dipendenza da farmaci, da sostanze e da alcol, bulimia ed anoressia, promiscuità sessuale, per non citare che i principali. È stato recentemente osservato da più studi che i pazienti borderline hanno una qualità di vita inferiore ai pazienti con altri disturbi di personalità e che tra le fonti di essa ci sono le malattie fisiche connesse con la problematicità dello stile di vita. Il corpo del borderline è quindi martoriato, sofferente, malato e ciò rimanda anche al quesito relativo alla patogenesi del disturbo: la presenza di traumi infantili (abusi sessuali, fisici, verbali, trascuratezza genitoriale) è presente in una percentuale variabile di soggetti, così come l'essere cresciuti in un ambiente umano problematico a causa di svariati motivi (separazioni e divorzi traumatici, psicopatologia genitoriale, livello socioeconomico basso). Ciò tuttavia non è sufficiente a spiegare il problema in tutti i pazienti borderline, che infatti non sempre sono cresciuti in un ambiente umano sfavorevole. Rimane quindi aperta la domanda relativa alla molteplicità dei fattori evolutivi che possono condurre al disturbo borderline ed alla disadattività della relazione con il corpo.

Efficacia/inefficacia dei pazienti borderline nelle relazioni interpersonali e terapeutiche

A. Rachini, V. Cesarali, A. Perone, C. Pieraccioli, V. Silvani

Casa di Cura Neuropsichiatrica "Villa dei Pini", Firenze

È ampiamente descritto da diversi autori e riportato in numerosi studi in questo campo, il fatto che il disturbo borderline si esprima principalmente nei rapporti interpersonali.
Il paziente borderline tende ad instaurare relazioni che sono caratterizzate da una forte intensità e instabilità emotiva, con cambiamenti repentini di umore, dipendenza, fuga, odio e risentimento dettati da una estrema difficoltà a percepire e vivere in modo stabile gli altri significativi, essendo incline ad idealizzarli in quanto gratificanti o a svalutarli in quanto frustranti.
Queste modalità di funzionamento non solo sono fonte di sofferenza per questi pazienti, ma coinvolgono inevitabilmente l'altro, lasciando un segno doloroso nella persona che riceve tali sentimenti e che a sua volta può reagire con apprezzamenti critici e comportamenti di rifiuto.
Si instaura così un circolo vizioso negativo che rende la relazione gravemente tossica per i partecipanti, caratterizzata sovente da una escalation di azioni e controazioni che si rivelano in genere distruttive.
Tali interazioni possono rinforzare la tendenza del paziente all'autoinvalidazione facendogli sperimentare una serie ripetuta di fallimenti che compromettono fortemente il senso di efficacia interpersonale, delineando una condizione di "miseria" relazionale.
La ripetizione attuale di schemi relazionali appresi, collegati a figure primarie, ma anche rinforzati dalle successive esperienze di interazione, necessariamente emerge nel rapporto che il paziente borderline instaura con le figure terapeutiche, mettendo costantemente alla prova la relazione di cura, con un forte rischio di drop-out dal trattamento, come evidenziato in letteratura.
Vari studi sulle modificazioni del funzionamento complessivo di questi pazienti indotte dal trattamento evidenziano l'importanza dei cambiamenti a livello di funzionamento interpersonale.
La possibilità di prosecuzione del trattamento potrebbe essere legata ad una modificazione degli schemi relazionali, rendendo quindi di cruciale importanza l'impostazione e la prima fase del trattamento stesso.

La qualità di vita nei pazienti borderline

R. Visintini

Istituto Scientifico Ospedale "San Raffaele", Milano

Le conoscenze acquisite nel corso degli anni, con particolare riferimento a indagini epidemiologiche, ad alcuni studi longitudinali, ed alla messa a punto di strategie standardizzate di intervento, hanno consentito di verificare come, accanto alle problematiche più strettamente cliniche, i soggetti con disturbi di personalità presentino gravi difficoltà di adattamento nella vita quotidiana. All'interno delle categorie diagnostiche, i soggetti borderline sembrano essere tra i più svantaggiati secondo più prospettive, al punto da essere raffrontabili a soggetti con malattie somatiche croniche e invalidanti.
In sintesi, i soggetti borderline:

1. hanno un elevato livello di sofferenza soggettiva;
2. vanno incontro a continui eventi negativi;
3. hanno grandi difficoltà nella realizzazione di sé;
4. hanno grandi difficoltà nell'ottenere aiuto dagli altri.

È evidente come questi indicatori contribuiscano a spiegare il motivo per cui altri indicatori, più oggettivi, mostrino livelli di adattamento socio-economico e socio-demografico di basso profilo. Di particolare interesse, ma purtroppo non ancora studiato in maniera adeguata ed approfondita, è l'aspetto relativo alla tendenza ad andare incontro a continui eventi stressanti, di non particolare rilevanza in assoluto, ma capaci di costituire una forma di microstress continuativo che, alla lunga, ha effetti devastanti. Infatti quasi ogni evento della vita rischia di rappresentare un peso, o una frustrazione, rendendo alla fine la vita quotidiana intollerabile. Un esempio di ciò è rappresentato dalla messa in atto di dinamiche relazionali che continuamente disconfermano la validità dell'esperienza emotiva dei soggetti borderline, che d'altra parte sembrano essere costantemente alla ricerca di una conferma. Ciò che appare particolarmente negativo è il fatto che tali dinamiche vengono percepite dai pazienti come totalmente derivanti dall'esterno, senza consapevolezza dell'essere loro stessi autori e vittime di relazioni distorte apportatrici di sofferenza. Un ulteriore aspetto di interesse riguarda l'effetto negativo sulla qualità di vita derivante dalla compresenza di altri disturbi di personalità.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
SALA BERNINI

S20. Nuove strategie della psichiatria in oncologia e nell'ambito delle cure palliative

COORDINATORE
L. Grassi (Ferrara)

La psiconcologia come ponte tra discipline e approcci volti alla salute mentale delle persone con cancro e dei loro familiari

D. Kissane, L. Grassi [*]

Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, USA; [*] Clinica Psichiatrica e Sistema Dipartimentale Emergenza Urgenza, Dipartimento di Salute Mentale, AUSL e Università di Ferrara

La psiconcologia, come area specialistica, ha assunto in questi ani un significato profondo e preciso nell'ambito dell'assistenza, della ricerca e della formazione nell'ambito oncologico e delle cure palliative. La crescita del numero dei servizi, raramente all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale, più spesso all'interno dei Dipartimenti di Oncologia, il rafforzamento del lavoro di interazione tra le società scientifiche di psiconcologia dei diversi Paesi (IPOS Federation of Psycho-Oncology Societies), lo sviluppo di programmi e linee-guida condivise rappresentano momenti chiave per un approccio integrato alle persone affette da cancro e i loro familiari.
Di fatto la psiconcologia ha in sé l'opportunità unica e speciale di intervenire nella vita dei pazienti e delle famiglie quando vi può essere una grande apertura ai cambiamenti e la scoperta di significati nuovi come risultato alla minaccia esistenziale determinata dal cancro. Nel viaggio della malattia molti aspetti costruttivi possono emergere, ma molte fasi di disperazione possono essere attraversate a causa delle perdite che il paziente e i familiari devono affrontare. Il costrutto della demoralizzazione approfondisce la comprensione della sofferenza umana quando la vita stessa comincia a perdere life il suo senso e il suo significato. Nuovi modelli terapeutici guidano gli interventi clinici rivolti ai pazienti. Gli interventi sulla famiglia aiutano a scoprire nuovi possibili significati delle relazioni familiari, permettendo di cogliere quanto sia preziosa la relazione stessa e come aiutare la famiglia a ottimizzare il senso di supporto e conforto reciproci. Sia che la sofferenza derivi dal dolore da cancro, dalla demoralizzazione, dalla disperazione spirituale o dal distress relazionale, la psiconcologia diviene la sotto-specialità che ha lo specifico obiettivo di intervenire verso tale sofferenza nei contesti oncologici e palliativistici.
Il simposio concentrerà l'attenzione su diverse di queste tematiche affinché la psichiatria risulti coinvolta appieno, piuttosto che marginalizzata, in questi nuovi sviluppi teorici e clinici delle scienze rivolte a perseguire la salute mentale della popolazione.

Bibliografia

Grassi L, Biondi M, Costantini A. *Manuale pratico di psiconcologia*. Roma: Il Pensiero Scientfico 2003.

International Psycho-Oncology Society (IPOS). *IPOS Online Multilingual Core-Curriculum in Psycho-Oncology*. www.ipo-society.org

Kissane D, Bloch S. *Family Focused Grief Therapy*. Melbourne: Open University Press 2002.

Kissane D, Maj M, Sartorius N, editors. *Depression and cancer*. UK: Wiley (in press).

Le dimensioni della sofferenza in oncologia: la sindrome di demoralizzazione

A. Costantini, M. Biondi[*], P. Marchetti, S. Brunetti, L. Grassi[**]

Dipartimento di Scienze Oncologiche, Ospedale Sant'Andrea, [*] Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma; [**] Clinica Psichiatrica, Università di Ferrara

Introduzione: nonostante i sistemi diagnostici DSM-IV e ICD-10 abbiano migliorato l'affidabilità della diagnosi di disturbo mentale, essi di fatto non riescono a cogliere adeguatamente la natura ed il range di stati disforici, in particolare nei pazienti con patologie organiche nel setting medico. In linea con la teorizzazione di Jerome Frank, la demoralizzazione viene definita come una "sindrome di distress esistenziale" che si verifica in pazienti che soffrono di malattie mentali e fisiche, in particolare quelle che minacciano la vita o l'integrità dell'essere. La sua importanza concettuale non riguarda solo la sofferenza che comporta, ma anche il fatto che è stata differenziata su base empirica mediante analisi multivariata dalla depressione in un ampio campione di pazienti oncologici. Essa costituisce inoltre fattore significativo di rischio nello sviluppo del desiderio di morire in pazienti in cure palliative. Kissane ha definito la sindrome da demoralizzazione come uno stato di sofferenza psicologica intensa nei pazienti oncologici in fase avanzata di malattia in cui la perdita di significato e di speranza può alterare negativamente qualunque senso di futuro e di vita valida e ne ha sviluppato e validato una misura di autovalutazione (Indice di Demoralizza-

zione). L'obiettivo primario dello studio è stato quello di testare la struttura dell'Indice di Demoralizzazione, la sua affidabilità e validità su un campione di pazienti italiani con patologie oncologiche e psichiatriche in fasi diverse di malattia.
Metodi: il campione dello studio è composto di 360 pazienti consecutivamente ammessi, da novembre 2008 presso UOD Psiconcologia e UOC Oncologia Medica dell'Ospedale Sant'Andrea e Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medica Psicologica del Policlinico Umberto I di Roma, e presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Anna di Ferrara e AUSL di Ferrara, che corrispondono ai criteri di inclusione. Il disegno sperimentale è di tipo trasversale. A tutti i pazienti sono stati somministrati Indice di Demoralizzazione, la Beck Depression Inventory, Patient Health Questionnaire, la sottoscala Hopelessness della Mini-MAC, la Clinical Global Impression, la Sezione sulla demoralizzazione dell'intervista diagnostica DCPR A un sottocampione di pazienti è stato somministrato nuovamente l'Indice di Demoralizzazione a distanza di 2-4 settimane allo scopo di valutare la riproducibilità dello strumento.
Risultati: l'ID ha dimostrato di poter essere utilizzato con profitto in una popolazione medica oncologica, sia come rapidità di somministrazione che come accettabilità da parte dei pazienti italiani, sia soprattutto per la qualità dei dati risultanti. L'ID ha mostrato di poter individuare un quadro di sofferenza psicologica diversa dalla sofferenza psicopatologica tipica delle sindromi depressive maggiori, sebbene siano necessari ulteriori studi a riguardo. I risultati preliminari suggeriscono come sia possibile distinguere quadri psicopatologici di depressione, sia psichiatrici che in campo oncologico, differenziati rispetto a quadri di sofferenza psicologica meglio inquadrabile come sindrome di demoralizzazione
Conclusioni: testare la struttura dell'Indice di Demoralizzazione, la sua affidabilità e validità su un campione di pazienti italiani con patologie oncologiche e psichiatriche in fasi diverse di malattia permette di disporre di uno strumento obiettivo in grado di riconoscere la demoralizzazione in ambito clinico medico. L'utilità di tale strumento consiste da un lato nella possibile prevenzione di una depressione grave, dall'altra nella opportunità di offrire interventi psicologici per migliorare la qualità della vita. A questo proposito, sono stati sviluppati, in particolare in psiconcologia, specifici interventi psicoterapeutici concepiti per ridurre la demoralizzazione, ridefinendo il significato e la dignità della propria esistenza. Pertanto individuare precocemente quei pazienti che possono beneficiare di tali interventi costituisce un punto centrale nel miglioramento delle cure e della qualità di vita di pazienti con patologie oncologiche in fase avanzata e con patologie psichiatriche.

Gli interventi psicofarmacologici in oncologia: innovazioni e pratica clinica

M. Biondi, M. Pasquini, G. Matteucci

Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma, Servizio di Psicofarmacoterapia oncologica, Azienda Policlinico Umberto I

Le reazioni psicologiche e comportamentali ad un evento stressante, quale l'aver ricevuto una diagnosi di neoplasia, rientrano nella maggior parte dei casi nella normalità. Per molti pazienti l'essere affetto da un disturbo depressivo è normale in quanto pazienti oncologici, l'effetto di questa distorsione determina tuttavia il mancato accesso a delle terapie specialistiche. Studi sempre più numerosi confutano la tesi per la quale i pazienti oncologici debbano essere necessariamente depressi e non possano essere trattati per questo disturbo.
In questa relazione verranno brevemente illustrati degli studi che dimostrano come lo stato psichico dei pazienti ha delle importanti conseguenze sul decorso della patologia di base oltre che sulla qualità della vita stessa.
Verranno quindi fatti brevi accenni di psicofarmacologia applicata al paziente affetto da neoplasia, e al suo razionale d'uso.
Verranno inoltre discussi gli aspetti gestionali di un servizio specialistico di psicofarmacoterapia oncologica nell'ambito di un Policlinico Universitario, l'importanza del costante contatto con i colleghi oncologi, e con i servizi di psicoterapia specializzati, ed i limiti di un servizio che non si colloca all'interno di una Divisione di Oncologia.

Approcci cognitivi ed emozionali nel dolore oncologico

R. Torta, A. Bovero, L. Castelli

SCDU Psicologia Clinica e Oncologica, Dipartimento di Neuroscienze, AOU "San Giovanni Battista" e Università di Torino

Nella patogenesi multifattoriale del dolore sono presenti fattori di tipo organico, correlati alla nocicezione (lesioni invasive d'organo, compressioni radicolari, ecc.), a cui vanno aggiunti fattori emozionali (l'ansia e la depressione che riducono la soglia del dolore) e fattori cognitivi (aspettativa negativa, stili di coping disadattivi, significato attribuito al dolore, contesto culturale). Differenti circuiti cerebrali regolano tali aspetti: la processazione somatosensoriale avviene nel talamo e nella corteccia somatosensoriale; quella affettiva ha luogo a livello delle aree limbiche amigdaloidee, insulari e della corteccia cingolata anteriore; la processazione cognitiva del dolore risiede principalmente nella corteccia prefrontale.
L'impiego dei farmaci analgesici (FANS, oppiodi) risulta talora non risolutivo se parallelamente non vengono corretti i parametri emozionali e cognitivi interferenti.

Gli antidepressivi non solamente esercitano un effetto analgesico diretto (aumentando le citochine anti-infiammatorie, potenziando i circuiti inibitori discendenti noradrenergici e serotoninergici, incrementando i livelli degli oppiodi endogeni), ma, quando utilizzati a dosaggi e per tempi adeguati, correggono anche i parametri emozionali del dolore (ansia, stress e depressione) e rafforzano i meccanismi cognitivi (ad esempio favorendo un coping adattivo).
La modulazione cognitiva "top-down" del dolore si fonda su fattori quali l'attenzione rivolta al dolore, il significato ad esso attribuito (il dolore nel cancro viene sovente associato all'irreversibilità della malattia ed alla morte), l'aspettativa rivolta sia agli stimoli (quale esperienza amplificata ed anticipatoria in senso catastrofico) sia alle terapie (quale potenziale effetto placebo o nocebo). Come confermato da vari studi di neuroimaging funzionale, l'aspettativa di una data intensità di stimolo algico, risulta prevalere sulla reale intensità nocicettiva dello stimolo stesso. Vari tipologie di interventi psicoterapici focalizzati (psicodinamici brevi e cognitivo-comportamentali) agiscono potenziando i meccanismi inibitori del dolore, agendo sul significato attribuito dai pazienti al loro dolore e modificando strategie di coping disadattive.
La massima sinergia terapeutica sul dolore deriva quindi dalla integrazione fra interventi analgesici, neuropsicofarmacologici e psicoterapici.

I riflessi psicologici e psicopatologici delle malattie oncologiche nella famiglia

P. Gritti, E.L. Di Caprio

Dipartimento di Psichiatria, UO Igiene Mentale, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Seconda Università di Napoli

La malattia non è solo un'esperienza di sofferenza individuale, bensì uno status psicosociale che modula le relazioni interpersonali del paziente in modo significativo. In questa prospettiva, le malattie oncologiche sono prototipiche dei processi relazionali conseguenti all'insorgenza, al decorso e all'esito delle malattie gravi, invalidanti o a prognosi infausta.
I due contesti elettivi di osservazione di tali processi sono la famiglia del paziente e l'ambiente socio-sanitario entro il quale si svolgono le vicende di malattia. Gli studi di letteratura [1], inerenti l'ambiente familiare dei pazienti oncologici, segnalano, due ordini di fenomeni: l'uno concerne le trasformazioni degli affetti e dei rapporti nella famiglia e nel contesto di cura, l'altro consiste dei riflessi psicologici e/o psicopatologici nel caregiver e nella famiglia.
La tensione emotiva (*distress*), il carico oggettivo (*burden*) e la preoccupazione (*strain*) per il congiunto ammalato rappresentano gli indicatori principali dei riflessi psicosociali della malattia sui familiari.
Per quanto concerne i comportamenti adattivi (*coping*) dei familiari, essi sono modulati da alcune variabili concomitanti: il supporto sociale disponibile per la famiglia, la resilienza, gli altri eventi stressanti, la percezione della malattia. Ad esempio, se essa è percepita come sovrastante le opportunità di cura, le risposte di coping emozionale sono preminenti se, al contrario, la malattia è percepita come gestibile, prevalgono strategie di coping cognitivo.
I riflessi psicopatologici consistono in umore depresso, reazioni post-traumatiche e disturbi dell'adattamento, con una maggiore frequenza di angoscia e umore depresso nel caregiver e nei figli del paziente. Infine, anche la struttura delle relazioni familiari viene negativamente influenzata dalla malattia. Si evidenziano conflitti di ruolo, crescenti difficoltà di comunicazione, isolamento sociale, disorganizzazione o, al contrario, esasperato invischiamento. La conoscenza di questi processi consente di programmare idonei interventi di sostegno psicologico per il partner ed i familiari del paziente.

Bibliografia

[1] Mitschke DB. *Cancer in the family: review of psychosocial perspectives of patients and family members*. J Fam Soc Work 2008;11:166-84.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
SALA MASACCIO

S21. Fattori specifici ed aspecifici nei trattamenti psichiatrici

COORDINATORE
R. Brugnoli (Roma)

Specificità e aspecificità dei trattamenti antidepressivi

R. Brugnoli
Fondazione Paolo Pancheri, Roma

Per ogni molecola, ai fini della commercializzazione, è stata sempre valutata l'efficacia antidepressiva generica e aspecifica senza mai prendere in considerazione un'ipotetica efficacia differenziale nei confronti delle varie entità nosografiche dello spettro depressivo. L'industria farmaceutica, ovviamente, non ha mai avuto alcun interesse a dare un'indicazione specifica o "preferenziale" per le molecole antidepressive. Ogni clinico sa, però, che vi sono differenze più o meno nette nei farmaci AD che usa solitamente non solo in termini di tollerabilità ma anche e soprattutto in termini di "relativa specificità di azione". Quello che molti clinici non sanno dare è però il "razionale" che guida la loro decisione in merito alla scelta del farmaco. Oggi abbiamo conoscenze e maturità clinica sufficienti per impostare in modo più sistematico i parametri del problema e per analizzare le differenze tra i vari farmaci AD in funzione della decisione terapeutica. Altro aspetto del problema è rappresentato dal fatto che l'attuale classificazione dei disturbi depressivi è imprecisa e provvisoria in quanto necessariamente basata su criteri sindromici e la definizione dei limiti fra normalità e patologia di una condizione depressiva ai fini di un intervento terapeutico apre una serie di problemi. Il principale è quello dell'inquadramento dei quadri clinici in termini "categoriali" o "dimensionali". Ultimo motivo di discussione è costituito dall'evidente ambiguità dell'attuale classificazione dei farmaci in quanto basata su criteri di attività clinica, struttura chimica e in parte di tipo farmacodinamico. In questa relazione verranno evidenziati e analizzati questi aspetti e proposti una serie di interventi migliorativi.

Fattori specifici e aspecifici del trattamento con antipsicotici: focus sui meccanisimi molecolari

A. de Bartolomeis
Laboratorio di Psichiatria Molecolare e Unità per le Farmacorsistenze in Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Napoli "Federico II"

Evidenze sperimentali e cliniche indicano che il meccanismo "anti-psicotico" degli antipsicotici di prima e seconda generazione è primariamente il blocco o l'occupancy dei recettori dopaminergici D2.
Se tale azione recettoriale può, almeno empiricamente, considerasi come il meccanismo relativamente specifico dell'azione terapeutica degli antipsicotici, rimane irrisolto in gran parte il ruolo della specificità o aspecificità di altre componenti del profilo recettoriale di questa classe di composti sugli effetti clinici elicitati in termini di efficacia non solo antipsicotica.
Quest'ultimo aspetto è di rilevante importanza anche per il potenziale uso degli antipsicotici in patologie non primariamente di tipo psicotico, e per la traslazione dalla sperimentazione alla clinica di modelli innovativi di trattamento delle psicosi oltre l'azione antidopaminergica.
Accanto al ruolo di meccanismi recettoriali dopaminergici e non dopaminergici nuovi meccanismi transrecettoriali (ad esempio arrestin), di controllo trascrizionale non aminergico, epigenetici e genomici non convenzionali (ad esempio regolazione micro RNA e regolazione di stem cells) iniziano a delinearsi come nuovi possibili target degli antipsicotici di vecchia e nuova generazione. Il significato della specificità e aspecificità di tali *meccanismi* e le potenziali implicazioni terapeutiche aprono nuovi scenari alla specificità e aspecificità dei *trattamenti* antipsicotici.

Specificità ed aspecificità dei trattamenti psicofarmacologici: il caso degli stabilizzanti dell'umore

G. Di Sciascio, R. Melpignano [*], S. Calò [**]
Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico Consorziale" di Bari; [*] Criminologa, Dirigente Medico SerT Japigia, ASI, Bari; [**] Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Benché si tenda ad assumere l'introduzione in clinica della cloropromazina quale "data di nascita" della moderna psicofarmacologia, in realtà qualche anno prima era già stato avviato l'impiego dei Sali di litio con esaltanti risultati.
L'avvento del carbonato di litio in particolare, rappresenta il primo esempio di trattamento, apparentemente "specifico", per la cura dei disturbi dell'umore in generale ed in modo particolare della malattia maniaco-depressiva, successivamente identificata con la dizione di disturbo bipolare.
In realtà, negli anni a seguire e fino a tutt'oggi, i limiti di varia natura emersi dalla terapia con il litio, han-

no aperto la strada all'impiego di differenti classi di farmaci in termini di stabilizzazione dell'umore: antipsicotici e soprattutto antiepilettici rappresentano attualmente i principali presidi terapeutici a cui ascrivere tale proprietà, svolta peraltro con attività quanto mai "aspecifica".
L'uso di alcuni farmaci anticomiziali, in particolar modo l'acido valproico e la carbamazepina, e più recentemente anche la lamotrigina, hanno trovato largo impiego, peraltro corroborato anche da indicazioni in scheda tecnica da raccomandazioni di linee-guida.
Ma la possibilità di poter disporre di un farmaco stabilizzante dell'umore dotato di caratteristiche per così dire "ideali" (capacità di trattare efficacemente sia la fase maniacale che depressiva senza indurre viraggi contropolari e prevenendo le ricadute) resta tuttavia ancora un miraggio.

Prassi clinica e ricerca in psicoterapia cognitiva: specificità e aspecificità del trattamento

M. Dodet

Laboratorio di Psicologia Cognitiva Postrazionalista, Roma; Università di Siena

Nella prassi clinica sempre più trattamento farmacologico e trattamento psicologico vengono utilizzati in modo integrato nel tentativo di rendere più incisivi gli effetti.
Protocolli di intervento specifici per patologie dell'ambito nevrotico, psicotico e per disturbi di personalità vengono validati da ricerche sull'efficacia e sugli esiti. Sono state individuati più di 400 tecniche di psicoterapia; per molte di esse la percentuale dei risultati appare sovrapponibile. Se modelli diversi danno percentuali di esito simili nasce il problema di fare studi sugli elementi specifici e su quelli aspecifici nel loro funzionamento. In ambito cognitivista la ricerca appare essere centrale nello sviluppo dei diversi approcci. Cognitivismo standard e cognitivismo costruttivista si contrappongono come approcci con caratteristiche diverse dal cui confronto e dialogo nasce la possibilità di uno stimolo al loro sviluppo.
L'autore presenterà alcune riflessioni sul dibattito in corso sui livelli di scientificità della psicoterapia cognitiva.

I fattori terapeutici specifici comuni

G. Berti Ceroni

Bologna

Nel corso di un progetto collaborativo fra psichiatri e medici di medicina generale nella mia regione parve che le strategie relazionali, prossime o simili, messe in atto dagli uni e dagli altri fossero troppo definite per essere accantonate nella aspecificità e non riconosciute come fattori specifici di cambiamento.
Un paradosso è che la prima piana esposizione di questo concetto è stata la mia relazione introduttiva a un Congresso nazionale della Società Psicoanalitica Italiana, nel 1992, che aveva esattamente lo stesso titolo di questa sessione.
Negli anni successivi un faticoso lavoro di consenso che coinvolse medici di medicina generale, altri medici specialisti (fra cui psichiatri), psicologi, psicoanalisti, volontari delle associazioni di aiuto portarono all'identificazione di alcuni dei fattori che possono definire la relazione terapeutica: 1) attenzione agli aspetti comunicativi; 2) attenzione alla storia manifesta del paziente; 3) presenza del paziente nella memoria del terapeuta; 4) regolazione delle aspettative; 5) setting; 6) alleanza di lavoro. Dei primi cinque, Gallo e suoi collaboratori svilupparono un questionario – al quale per l'alleanza si associò il WAI, già tradotto in italiano – cui sottoporre paziente e terapeuta in successivi incontri.
Una ricerca che coinvolse pazienti affetti da disturbi depressivi e ansiosi a partire dal primo incontro con psichiatri e psicologi pubblici e privati ha validato il questionario [1], che è ora soggetto alle necessarie modifiche, e ha dato molte indicazioni sull'impatto dei diversi fattori sull'esito (Rucci et al., in preparazione).

Bibliografia

[1] Gallo E, Ferriani E, Rucci P, Scardovi A. *Validazione di un questionario di misura dei fattori terapeutici specifici comuni nel trattamento*. Psichiatria di Comunità 2007;6:203-14.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
SALA PERUGINO

S22. La ricerca di biomarcatori in psichiatria

COORDINATORE
M. Popoli (Milano)

Biomarcatori per depressione tramite approcci di profilo proteomici e di RNA in campioni da coorti di pazienti psichiatrici e da trial clinici

E. Domenici

Neurosciences CEDD, GSK Medicines Research Centre, Verona

Nello sviluppo di farmaci psicotropici vi è una chiara necessità di parametri non soggettivi che possano essere di complemento alla diagnosi clinica o alla valutazione dei soggetti effettuata tramite scale psicopatologiche, a diversi stadi di un trial clinico. Allo scopo, sono stati studiati diversi potenziali marcatori periferici nell'ambito di malattie psichiatriche, ma, nonostante numerosi sforzi, un test non invasivo su sangue periferico che possa essere utile alla diagnosi, o per la stratificazione dei pazienti sulla base di sottotipi della malattia, è ancora una chimera. Nella maggior parte dei casi, biomarcatori potenziali sono stati scelti sulla base di ipotesi neurobiologiche o meccanicistiche e studiati su gruppi relativamente ristretti di pazienti psichiatrici. Anche se alcuni risultati sono incoraggianti, sino ad ora c'è una sostanziale mancanza di replicazione per la maggior parte dei biomarcatori esaminati. Dato che i disturbi psichiatrici sono altamente eterogenei, puntare su profili di biomarcatori piuttosto che su singoli marcatori candidati potrebbe aumentare la possibilità di successo in questo campo. I nuovi sviluppi negli approcci genomici e proteomici stanno generando occasioni senza precedenti per lo studio di biomarcatori per malattie psichiatriche senza ipotesi "a priori". Nella presentazione fornirò alcuni esempi dello studio di profili proteomici o di RNA su campioni provenienti da coorti di pazienti psichiatrici, allo scopo di identificare biomarcatori potenzialmente utili alla classificazione della malattia. I dati ottenuti suggeriscono l'esistenza di patterns periferici per le malattie di psichiatria, rivelabili tramite l'impiego di coorti ampie e ben caratterizzate. Descriverò inoltre attività in corso nell'ambito di studi clinici per lo sviluppo di antidepressivi, volte ad identificare patterns che possano fornire informazioni sulla risposta al trattamento terapeutico.

Psychiatric disorder biomarker discovery. From differential expression to isoforms to pathways

C. Turck

Max Planck Institute of Psychiatry, Proteomics and Biomarkers, Munich, Germany

Biomarkers, which are measures of biological parameters of disease that also can predict which new molecular entities will be effective and safe in treating patients, are experiencing a great deal of attention in today's life sciences. For both types of investigation, drug response and disease susceptibility, biomarkers are needed in order to move the area of psychiatric disorders into the rest of medicine. Ultimately, it is hoped that biomarkers will assist in stratifying patient groups with similar clinical features for a personalized medicine approach and at the same time help in the identification of neural circuitries that are responsible for disease etiology. This will enable the complementation of the presently applied DSM-IV and ICD-10 criteria with specific sets of biomarkers and result in a more precise nosological framework for psychiatric disorders.
Good animal models representing distinct features of a psychiatric disorder phenotype are one way to come up with specific biomarkers. Here a good representation of the relevant psychiatric disease mechanisms in an animal disease model is critical in order to enable subsequent pre-clinical to clinical study translation. Candidate biomarkers identified in mouse models are validated in human specimens, such as blood and cerebrospinal fluid from carefully phenotyped patient populations. The identified marker proteins in turn provide important information on pathways that are relevant for psychiatric disorder pathophysiology.
Proteomic and metabolomic technologies in combination with pathway analysis promise to be of great value in molecular medicine, particularly in the discovery and validation of disease markers. We have implemented a comprehensive and sensitive platform that is based on metabolic labeling of mouse models with stable isotopes and subsequent mass spectrometry-based quantitation. Our proteomic and metabolomic analyses are implicating pathways relevant for disease pathobiology.

Analisi proteomica di biomarcatori sinaptici in modelli animali di depressione

M. Popoli

Centro di Neurofarmacologia, Dipartimento di Scienze Farmacologiche, Università di Milano

La depressione è una malattia psichiatrica grave e invalidante ad eziologia ancora essenzialmente sconosciuta. La ricerca di biomarcatori di patologia ha lo scopo di identificare pathways candidati per la diagnosi e per testare l'efficacia di trattamenti. In questo studio, che fa parte del progetto EU-FP6 GENDEP, abbiamo applicato tecniche di proteomica globale (2D-elettroforesi accoppiata a spettrometria di massa) a due modelli animali di depressione: 1) Ratti Flinders Sensitive Line (FSL) e rispettivi controlli, Flinders Resistant Line (FRL); 2) Ratti Learned Helplessnes (LH) e rispettivi controlli, non-Learned Helplessnes (nLH). Il primo è un modello genetico di depressione, il secondo è un modello comportamentale, ottenuto con un paradigma standard di stress. Nel primo modello, per riprodurre l'interazione tra vulnerabilità genetica e fattori avversi ambientali, i ratti FSL/FRL sono stati sottoposti a stress precoce nelle prime due settimane di vita con un paradigma standard di separazione dalla madre (180 min/die, gg. 2-14). Successivamente, in età adulta, gli FSL/FRL sono stati trattati cronicamente con escitalopram. I ratti LH/nLH sono invece stati trattati con nortriptilina.

Per ridurre la complessità del proteoma e arricchire i campioni in proteine sinaptiche, da tutti gli animali sono stati preparati terminali sinaptici purificati (sinaptosomi). 2D-elettroforesi è stata effettuata mediante isoelettrofocusing e SDS-PAGE. Da tutti i gel sono state ottenute immagini digitalizzate e le proteine analizzate con Software PDQuest. In tutti i confronti le proteine up-regolate o down-regolate in modo differenziale sono state identificate mediante spettrometria di massa (MALDI-TOF-TOF) e comparazione con i database SwissProt e NCBI. Pathways e networks di proteine sono stati elaborati con Ingenuity Patway Analysis software. Tra questi, in ambedue i modelli, sono risultati particolarmente coinvolti pathways del metabolismo energetico, funzioni mitocondriali, citoscheletro e plasticità cellulare.

Inoltre, in ambedue i modelli, alcune proteine sono state regolate in modo opposto da stress e trattamento farmacologico (aconitato idratasi, ATP sintasi, fosfoglicerato kinasi, piruvato deidrogenasi E1, NSF, diidropirimidinase-like 2, statmina). Alcune di queste ultime potrebbero rappresentare dei correlati molecolari dello stress e, allo stesso tempo, del trattamento farmacologico. I dati ottenuti con questi modelli suggeriscono un coinvolgimento di pathways relativi a metabolismo energetico e plasticità cellulare nella patologia.

Complessità e prospettive dei biomarkers genetici in psichiatria

A. Serretti

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

La possibilità di utilizzare marcatori genetici in psichiatria viene vista con notevole speranza sia dai ricercatori che, soprattutto, dai clinici. Purtroppo nonostante oltre 20 anni di ricerche intensive non siamo ancora in grado di poter utilizzare marcatori genetici nella pratica clinica. Infatti la semplicistica prospettiva di utilizzare un definito profilo genetico come guida alla diagnosi ed alla terapia dei pazienti psichiatrici è stata disconfermata negli anni in quanto la suscettibilità genetica ai disturbi psichiatrici appare ben più complessa. Non sarà infatti mai possibile poter prevedere diagnosi psichiatriche o risposte ai trattamenti così come accadde per molte malattie genetiche semplici. D'altra parte non c'è dubbio che una componente genetica sia importante della suscettibilità ai sviluppare depressione, schizofrenia, disturbo bipolare, ma anche ansia e molti altri disturbi psichiatrici. La suscettibilità genetica è importante anche relativamente alla risposta a alla tollerabilità dei trattamenti psicofarmacologici.

Gli studi più recenti sembrano suggerire alcune possibili linee interpretative a questo riguardo. Sappiamo infatti che alterazioni a livello del DNA contribuiscono a modificare il profilo proteico e quindi metabolico di praticamente tutti i circuiti neuronali. Il sistema nervoso centrale è però un organismo plastico che si adatta al rapidamente, per cui una anomalia genetica viene rapidamente compensata da altri meccanismi. Dobbiamo perciò immaginarci un sistema plastico dove molteplici alterazioni livello genetico (sia di struttura che di espressione) interagiscono con le esperienze personali nel determinare il quadro clinico osservabile nell'adulto. È pertanto ipotizzabile nel futuro che un complesso sistema che includa il profilo genetico del soggetto assieme alle esperienze psicologiche, tratti di personalità e supporto sociale possano aiutare il clinico relativamente ad aspetti diagnostici e terapeutici. Paradigma di tale teoria è il polimorfismo sul promotore del gene codificante per il trasportatore della serotonina. I soggetti portatori di una variante genica (s) meno efficace nel produrre la proteina a livello cerebrale sono caratterizzati da un insieme di caratteristiche, non esclusivamente negative, che appaiono ormai abbastanza chiare. Tali soggetti differiscono per alcune strutture anatomiche (ippocampo, amigdala), una differente reattività agli eventi avversi ambientali, una differente tendenza a sviluppare sintomi ansiosi e depressivi che porta ad una maggiore possibilità di sviluppare disturbi dell'umore e scarsa risposta ai trattamenti. Tali soggetti sono però anche caratterizzati da un maggiore adattamento sociale, familiare e scolastico.

Si comprende perciò come un una singola variante al livello genetico può portare a delle sottili, parzialmente compensate, ma persistenti differenze anche nelle fasi adulta. Le prospettive offerte dalla genetica in psichiatria sono perciò incoraggianti il nonostante la complessità della ricerca in questo settore.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
Sala Borromini

S23. Comorbidità in psichiatria: implicazioni terapeutiche

Coordinatore
A. Tundo (Roma)

Trattamento della comorbidità ansiosa nel disturbo bipolare

S. Pini, M. Muti

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

Una delle principali implicazioni terapeutiche dei quadri di comorbidità nel disturbo bipolare sta proprio nell'importanza di identificare sintomi caratteristici di disturbi diversi in un paziente che presenta un quadro depressivo, maniacale o misto. La probabilità infatti che un paziente presenti una sintomatologia connessa alla presenza di due o più disturbi associati è molto elevata. Ad esempio, recenti studi hanno mostrato che la perdita improvvisa di una persona cara rappresenta uno dei principali eventi precipitanti in persone affette da disturbo bipolare in comorbidità con disturbi d'ansia, in particolare con il disturbo d'ansia di separazione. Il rischio di suicidio è significativamente elevato nei pazienti bipolari con disturbo di panico in comorbidità; questo implica la necessità di valutare sistematicamente e monitorare un ampio spettro di sintomi ansiosi e depressivi. Inoltre, dato che il rischio di abuso di alcool e/o sostanze psicotrope è molto elevato nei pazienti con disturbi d'ansia e dell'umore, la valutazione della presenza di queste complicanze e quindi l'impiego di mezzi terapeutici specifici è fondamentale. Il trattamento farmacologico di queste condizioni cliniche complesse è basato sulle associazioni tra più farmaci ed è reso particolarmente problematico dalla necessità di bilanciare l'ottenimento di un miglioramento del quadro clinico complessivo con i rischi connessi all'impiego di antidepressivi nel paziente bipolare.

Trattamento del DOC in comorbidità con depressione maggiore

G. Maina, G. Rosso, F. Bogetto

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

La comorbidità tra DOC e depressione maggiore risulta essere una frequente evenienza tanto da essere indicata come la più comune complicanza del DOC. Studi condotti su campioni di popolazione generale confermano gli elevati tassi di comorbidità tra DOC e depressione maggiore. Studi effettuati su campioni clinici costituiti da pazienti ossessivo-compulsivi hanno indicato che la prevalenza dei disturbi depressivi varia dal 30 all'80%. Le depressioni secondarie sono le più frequenti nel DOC e sono in parte interpretabili come una complicanza derivante dalla demoralizzazione causata da questo disturbo. In effetti è stato dimostrato come il rischio nei pazienti ossessivo-compulsivi di sviluppare depressione aumenti con l'aumentare degli anni di malattia. La depressione secondaria rappresenta un predittore di decorso cronico del DOC. Le depressioni secondarie possono essere caratterizzate sia da depressioni maggiori che da altre forme depressive quali distimia o depressioni minori. Meno frequente è la comorbidità del DOC con depressioni primarie, di depressioni cioè che accompagnano (o talvolta precedono) l'esordio del disturbo d'ansia. Le prime osservazioni sulla terapia del disturbo ossessivo-compulsivo concludevano che la presenza di depressione in comorbidità rappresentava un predittore positivo di risposta. Tale giudizio veniva spesso formulato poiché si riteneva che la risposta del DOC ai trattamenti farmacologici fosse per lo più una risposta aspecifica dei sintomi ansiosi e dell'umore disforico che spesso accompagna questa condizione. Studi successivi hanno tuttavia smentito queste osservazioni. La risposta specifica nei confronti di una determinata classe di antidepressivi (gli SRI), la necessità di dosaggi più elevati rispetto al trattamento della depressione, la maggior latenza di risposta, le differenti strategie nella terapia di mantenimento, il diverso tasso di risposta non lasciano dubbi sulla specifica azione delle terapie nei confronti del DOC.
Osservata la elevata frequenza di comorbidità tra DOC e depressione e evidenziate le differenze nei pattern di risposta alle terapie, rimane aperto il quesito su quale sia il tipo di trattamento da utilizzarsi quando le due condizioni concomitano. A tal proposito i dati di letteratura non sono molti tuttavia le osservazioni di alcuni autori suggeriscono di focalizzare in questo caso l'attenzione sul DOC, per quanto riguarda la scelta della terapia. Due studi hanno infatti analizzato nello specifico l'argomento ponendo a confronto in pazienti con DOC e depressione l'efficacia di un trattamento con SRI rispetto ad uno con desipramina. In ambedue gli studi il farmaco specifico per il DOC si è dimostrato significativamente superiore alla desipramina nel trattare sia il DOC che la depressione in comorbidità.

La terapia cognitivo comportamentale nel DOC in comorbidità con disturbi psicotici

A. Tundo, L. Salvati, A. Parena, L. Cieri,
R.D. Dio Spigno Necci, S. Sciortino
Istituto di Psicopatologia, Roma

Introduzione: numerosi studi hanno evidenziato un'elevata frequenza di comorbidità (10-40%) tra schizofrenia o disturbi schizo-affettivi e disturbo ossessivo compulsivo (DOC). Questa comorbidità, oltre ad avere importanti conseguenze cliniche, comporta problemi di trattamento di non facile soluzione. Per il controllo del DOC, infatti, non sempre è possibile utilizzare gli inibitori del reupatke della serotonina (IRS) e, a nostra conoscenza, non ci sono studi che abbiano valutato l'efficacia della terapia cognitivo comportamentale (TCC). Obiettivo del nostro studio è verificare la risposta alla TCC in pazienti con DOC in comorbidità con disturbi psicotici che non assumevano IRS.
Metodo: 17 pazienti con DOC e schizofrenia (41%) o disturbo schizoaffettivo sono stati consecutivamente trattati presso l'Istituto di Psicopatologia di Roma con TCC che includeva le tecniche di esposizione e prevenzione della risposta. Tutti i pazienti assumevano antipsicotici atipici in monoterapia o in associazione con stabilizzatori dell'umore; nessuno IRS. Al baseline (T0), a 6 (T1) e a 12 mesi (T2) la sintomatologia ossessivo compulsiva era valutata mediante la Y-BOCS, la gravità del disturbo mediante la CGIs ed il livello di funzionamento globale mediante la GAF.
Risultati: 4 pazienti (23%) hanno interrotto precocemente lo studio. Un'analisi intent-to-treat ha dimostrato una riduzione statisticamente significativa da T0 a T1 e da T1 a T2 nel punteggio della Y-BOCS totale (29,8 *vs.* 25,9 *vs.* 21,6) e delle sotto scale ossessioni (15,7 *vs.* 13,3 *vs.* 11), compulsioni (14,1 *vs.* 12,5 *vs.* 10,4) e insight (3,2 *vs.* 2,5 *vs.* 1,8). Anche il punteggio della CGIs ha mostrato una significativa riduzione alle 3 misurazioni (5,2 *vs.* 4,8 *vs.* 4,5). Il punteggio della GAF è significativamente aumento durante il follow-up (49,8 *vs.* 52,6 *vs.* 58,8).
Discussione: i risultati del nostro studio, da confermare in prove controllate e su campioni più estesi, indicano che la TCC può essere uno strumento utile per il trattamento del DOC in pazienti con disturbi psicotici che non possono assumere SRI. La riduzione della sintomatologia ossessivo compulsiva è clinicamente importante ma modesta tanto che quasi tutti i pazienti presentano a 12 mesi una sintomatologia residua.

Trattamento dei pazienti con comorbidità cardiovascolare

A. Fagiolini, F. Taranto
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Siena

The high comorbidity between psychiatric disorders and cardiovascular disease (CVD) is receiving growing attention. For instance, research has clearly shown that those displaying symptoms of anxiety or depression are at higher risk for cardiovascular-related morbidity and mortality. Both anxiety and depressive disorders have been associated to as much as a three/four-fold increase in risk for cardiac incidents. For instance, depression is a risk factor for cardiovascular disease and death in many ways, both directly and indirectly. A strong role in linking depression and coronary heart disease is likely played by increased platelet reactivity, which may cause platelet aggregation and thrombus formation. Also, inflammatory markers are frequently increased in patients with depression, which may be linked to congestive heart failure, atherosclerosis, myocardial infarction, and stroke, as well as concurrent medications, age, and so forth. Depression is linked to smoking, obesity, and diabetes – all of which are risk factors for coronary heart disease (CHD). Depressed patients are more likely to be noncompliant with treatment recommendations, including medications, diet and keeping appointments. Also, they are more likely to delay presentation for treatment with an acute coronary event. Conversely, depression often goes unrecognized by nonpsychiatric physicians.
This presentation will review the link between psychiatric and cardiovascular disorders and describe the practical strategies to safely and effectively treat psychiatric conditions in patients with cardiovascular disease.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
Sala Bramante

S24. Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività nell'adulto: impatto clinico, comorbidità e implicazioni terapeutiche

Coordinatore
G. Perugi (Pisa)

Disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività in adolescenza: aspetti clinici e comorbidità

G. Masi, S. Millepiedi, S. Berloffa, C. Pfanner
IRCCS Stella Maris per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Calambrone, Pisa

Il disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività (ADHD) rappresenta uno dei quadri psicopatologici di più frequente riscontro in adolescenza. Le caratteristiche cliniche (iperattività, impulsività, disturbo attentivo) sono relativamente aspecifiche, essendo riscontrabili sia in soggetti normali, sia in altri quadri psicopatologici, e pongono quindi delicati problemi di diagnosi, ed in particolare di diagnosi differenziale, anche in relazione alla frequentissima associazione con altri quadri psicopatologici. Almeno i 2/3 dei soggetti con ADHD presentano un disturbo psicopatologico associato. Tale comorbidità può condizionare la fenomenologia, la gravità, la prognosi ed il trattamento. Inoltre la comorbidità consente di definire alcuni sottotipi di ADHD dotati di relativa specificità, in termini di percorsi evolutivi e di suscettibilità a difficoltà di adattamento successive. Scopo di questa presentazione è quello di valutare le implicazioni cliniche di tali comorbidità. Saranno prese in considerazione la comorbidità tra l'ADHD ed i disturbi del comportamento, cioè il disturbo oppositivo-provocatorio e soprattutto il disturbo della condotta, con i disturbi d'ansia e con disturbi dell'umore di tipo depressivo. Sarà valutata in particolare la associazione con il disturbo bipolare, così come il problema della diagnosi differenziale tra le due condizioni. Una più accurata valutazione dei soggetti con ADHD, che non consenta al disturbo di mascherare altre condizioni psichiatriche in associazione, potrà consentire la definizione dei più importanti fattori di rischio, dei più significativi mediatori prognostici, favorire interventi più precoci e mirati.

ADHD nell'adulto: comorbidità con i disturbi dell'umore e l'uso di sostanze

G. Ceraudo
Clinica Psichiatrica, Università di Pisa

Obiettivi: il disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività (ADHD) è definibile come uno stato persistente di disattenzione e/o iperattività-impulsività, in passato è stata considerata una condizione caratteristica dell'età infantile, ma il crescente interesse a livello clinico e di ricerca ha condotto all'acquisizione di numerosi elementi a sostegno dell'ipotesi di una continuità sintomatologica in età adulta. In questa ricerca ci si propone di studiare la prevalenza e le caratteristiche cliniche dell'ADHD in adulti con disturbi da uso di sostanze (DUS) o disturbo bipolare (BIP).
Metodo: allo scopo di studiare i rapporti esistenti tra DUS, BIP ed ADHD abbiamo deciso di valutare la prevalenza di sintomi ascrivibili allo spettro ADHD in 147 pazienti con DUS (n = 53), BIP (n = 50) e doppia diagnosi DUS + BIP (n = 44) e le caratteristiche cliniche ad essi associate.
Risultati: dai risultati emerge che la sintomatologia dell'ADHD in età adulta, indagata attraverso un questionario in autovalutazione, è facilmente riscontrabile nella pratica clinica che riguarda le dipendenze patologiche ed il disturbo bipolare. La presenza di una storia di ADHD nell'adulto sembra aumentare il rischio di doppia diagnosi tra uso di sostanze, in particolare cocaina, e di disturbo bipolare.
Conclusioni: nell'adulto l'ADHD si associa a un rischio elevato di difficoltà nella guida, di malattie sessualmente trasmesse, di gravidanze precoci, di scarse abilità sociali, di precoce interruzione degli studi, di scarso successo lavorativo, di problemi familiari. La maggior parte dei pazienti con ADHD in età adulta che si osservano in ambito psichiatrico si presenta in comorbidità con altri disturbi mentali. Disturbi da uso di sostanze e disturbo bipolare sono le condizioni più frequentemente associate.

Comorbidità tra ADHD e disturbo bipolare nell'adulto: implicazioni terapeutiche

G. Perugi
Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa; Direttore Istituto Scienze del Comportamento "G De Lisio", Pisa

I tassi di comorbidità lifetime di disturbo bipolare nei soggetti con disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività (ADHD) sono estremamente variabili dal 5,1 al 47,1%. Tale variabilità è da correlarsi ai criteri diagnostici utilizzati, alle differenti metodiche di selezione delle casistiche ed alla ridotta numerosità di queste ultime. Per le stesse ragioni, anche la prevalenza di ADHD nei soggetti con disturbo bipolare è molto variabile dal 9,5 al 21,2%. È stato ipotizzato che il primo possa rappresentare, almeno in alcuni casi, una forma

prodromica del secondo. La sovrapposizione sintomatologica tra ADHD e disturbo bipolare rende talora complessa la diagnosi differenziale tra le due condizioni e rimangono controversie sulla possibile confusione diagnostica negli studi epidemiologici e nelle sperimentazioni cliniche. Nell'adulto con disturbo bipolare un approccio terapeutico adeguato deve forzosamente considerare la comorbidità con ADHD e la necessità di trattarne la sintomatologia specifica (inattenzione, disorganizzazione, impulsività). I farmaci studiati negli anni per il trattamento dell'ADHD comprendono 2 grandi famiglie: 1) quella degli stimolanti, quali metilfenidato, desmetilfenidato, dextroamfetamina, sali misti di amfetamina, pemolina, ed il recentissimo modafinil; 2) quella dei farmaci non stimolanti, che include antidepressivi triciclici (desipramina, imipramina, nortriptillina), Inibitori delle monoaminossidasi, agonisti alfa2-adrenergici, buproprione, inibitori del reuptake della serotonina, antipsicotici atipici, atomoxetina. Gli psicostimolanti rappresentano la classe farmacologica più utilizzata in assoluto. Sono in grado di migliorare non solo i sintomi comportamentali, ma anche la disattenzione e la sintomatologia cognitiva (azione non presente nei farmaci non stimolanti). Il fatto poi che i sintomi cognitivi sembrino migliorare con una curva dose-risposta di forma a U, e che al contrario gli effetti comportamentali di questi farmaci abbiano un rapporto dose-risposta lineare, sta ad indicare come i vari sintomi dell'ADHD non rispondano all'unisono agli stimolanti, e come gli effetti sul comportamento e sull'attenzione coinvolgano meccanismi farmacologici separati. Determinare quale classe e quale formulazione sia più indicata per il singolo paziente, dipenderà spesso dalla valutazione della natura della compromissione funzionale, da quanto deve durare la copertura farmacologica, e dalla variabilità della risposta individuale. Bisogna infine sottolineare come sia possibile osservare nell'ADHD una slatentizzazione di forme bipolari, in seguito ad una destabilizzazione del tono affettivo conseguente ai trattamenti con stimolanti e antidepressivi. La terapia dell'ADHD è multimodale, e si avvale di approcci farmacologici, psicoterapeutici, e di supporto.

Clinica e decision making dell'impulsività in differenti popolazioni cliniche

A. Rossi, F. Struglia
Università dell'Aquila

L'impulsività può essere considerata un modello comportamentale biologicamente determinato, una predisposizione ad agire rapidamente senza una valutazione razionale e consapevole delle conseguenze delle proprie azioni.
In letteratura sono descritti due tipi d'impulsività, funzionale e disfunzionale. L'impulsività funzionale è la tendenza ad agire senza premeditazione quando questa tendenza risulta ottimale o benefica. L'impulsività disfunzionale è la tendenza ad agire senza premeditazione quando questa tendenza potrebbe avere conseguenze negative. Questi due tipi di impulsività differiscono per la relazione che hanno con la personalità e i correlati cognitivi.
L'approccio neuropsicologico, ad esempio, descrive l'impulsività come risultante di sottostanti processi neurocognitivi e pertanto misurabile attraverso specifici compiti standardizzati.
Un aspetto dell'impulsività riguarda la capacità di integrare le contingenze di ricompensa/punizione nella scelta tra una o più opzioni, ed è valutata da compiti di decision making (DM) quali, ad esempio, l'Iowa Gambling Task, durante il quale i soggetti devono modificare le loro strategie di scelta in base ai rinforzi o alle punizioni ottenuti dopo ogni scelta.
Nei compiti decisionali l'impulsività si associa ad una ridotta capacità di adattare le proprie scelte ai cambiamenti delle contingenze di rinforzo/punizione. La valutazione delle contingenze di rinforzo/punizione e la loro integrazione nelle scelte si basa sul funzionamento della corteccia orbitofrontale e delle sue connessioni con strutture sottocorticali, quali l'amigdala ed il nucleo striato. I nostri dati riportano differenti pattern di alterazione di DM associata all'impulsività in differenti popolazioni cliniche. Verranno discusse le implicazioni cliniche e terapeutiche di tali dati.

Bibliografia.

Bechara A, Damasio AR, Damasio H, Anderson SW. *Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex*. Cognition 1994;50:7-15.

Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. *Psychiatric aspects of impulsivity*. Am J Psychiatry 2001;158:1783-93.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
Sala Mantegna

S25. Il ruolo delle psicoterapie brevi nella psichiatria di consultazione e liaison

Coordinatore
L. Pavan (Padova)

Dal sintomo alla rappresentazione psichica. La psicoterapia della crisi emozionale come possibilità di riconoscimento del bisogno di cura

M. Marini
Padova

Il ruolo, e la cultura, della psicoterapia breve nella psichiatria di consultazione e *liaison*, ha una tradizione più che trentennale derivante dall'esperienza clinica e psicoterapeutica all'interno dell'ospedale generale di Padova. Già nel 1976, L. Pavan pubblicava un volume che aveva come titolo: Lo psichiatra e lo psicologo nell'ospedale generale; riguardante temi che andavano dalle implicazioni psicopatologiche e psicologiche in ambito chirurgico, oncologico, cardiologico, ematologico, psichiatrico e le conseguenti implicazioni psicosociali riguardanti i caregivers. La cultura dell'ascolto, dei bisogni profondi che passano spesso attraverso il sintomo, soprattutto nella consultazione psicosomatica, derivano da una cultura di carattere psicoanalitico, che si pone a disposizione del paziente fin dall'inizio della consultazione. L'obiettivo del riconoscimento del bisogno di una cura è oggi però complicato da una tendenza sempre più diffusa ad evacuare dalla coscienza tutto ciò che la possa rendere sofferente, a discapito del corpo, che finisce per incarnare il disagio come supporto alternativo. Il ruolo fondamentale di una prima esperienza di accoglimento e di ascolto dei bisogni affettivi, emozionali, spesso dolorosi e dalla valenza inaccettabile costituiscono il primo passo, assolutamente determinante, verso la possibilità di tollerare l'affidamento all'altro al fine di prendersi cura di sé. Sono infatti sempre più vissute come intollerabili le sole prescrizioni di cure a tempo indeterminato o comunque lungo, esito, in certi casi, dalla sola consultazione. A partire invece dal di bisogno di lenire il "dolore" sintomo, attraverso la condivisione genuina del rapporto terapeutico di una fase critica della vita, come esperienza anche breve di terapia, a volte può nascere una più organizzata domanda di cura con maggiore disponibilità ai "costi" che questa comporta. Sempre più pesantemente ci scontriamo, non tanto con questioni cliniche, diagnostiche o tecniche, rispetto alle quali siamo come comunità scientifica certamente attrezzati, ma con la disponibilità all'ascolto, al riconoscimento e soprattutto con la disponibilità all'affidamento alla relazione e non solo alla relazione terapeutica che si oppongono come forze e come barriera al trattamento. I temi che riguardano l'accoglimento, l'ascolto e il riconoscimento del disagio rischiano quindi di essere sempre più centrali e determinanti al fine di poter offrire la possibilità e il desiderio di una cura.

Bibliografia

Pavan L. *Lo psichiatra e lo psicologo nell'ospedale generale*. Roma: Il pensiero Scientifico Editore 1976.

Pavan L. *La psicoterapia della crisi emozionale*. Milano: Franco Angeli 2003.

Counseling Universitario e possibilità di interventi psicologici brevi

G. Cavaggioni, C. Lia
UOD Psicoterapia, Dipartimento di Scienze Psichiatriche, Sapienza Università di Roma

Seppure la letteratura sull'argomento non sia particolarmente ampia, molte Università anche in Italia, in questi ultimi anni, si sono dotate di sportelli per il counseling. Tale attività, dovrebbe essere strutturalmente svincolata da ogni eventualità terapeutica e mirare sostanzialmente a risolvere impasse prevalentemente didattici e/o orientare lo studente nel percorso di studio.
Dal novembre 2008, in convenzione con Laziodisu, anche la I Facoltà di Medicina dell'Università di Roma "La Sapienza", si è dotata di uno Sportello Counseling, prevalentemente rivolto agli studenti della Facoltà, seppure accessibile da qualsiasi altra provenienza, purché studente universitario.
Sulla base degli studi sul disagio giovanile e la prevenzione degli esordi, si è ritenuto opportuno in prima istanza dare ampio respiro all'iniziativa e far conoscere lo sportello direttamente con presentazioni in aula, anche al fine di stemperare lo stigma, comunque presente, connesso al disagio psicologico e a qualsivoglia possibilità di intervento su di esso.
L'invito è stato raccolto e nei primi 10 mesi di apertura sono state avanzate 42 richieste, 33 delle quali provenienti da studenti di medicina.
Il calendario degli incontri, in questa prima fase, ha previsto tre/quattro (max) incontri a scadenza settimanale ed uno a distanza di quattro/sei mesi per follow-up. Il numero degli incontri e la cadenza dipende dalle esigenze dello studente, dal risultato dei test somministrati

(HSCL-90R e ASR-Achenbach) e dalla valutazione effettuata con SCID-I.
Contro un drop out complessivo del 9% distribuito nel corso dei colloqui, al momento è stato possibile effettuare il follow-up nel 7% della popolazione.
Al colloquio clinico è emerso chiaramente che la domanda espressa in più del 90% degli studenti, non si limitava a dimensioni didattiche, ma facilmente si proponevano problematiche centrate sull'identità personale, sui piani relazionali ed affettivi.
Dai primi risultati si è potuto rilevare che nessuno ha espresso un'esplicita richiesta di cura, sebbene il 95% del follow-up nel questionario di valutazione del servizio in ultimo somministrato, abbia sottolineato la necessità di un numero maggiore di incontri; solo il 14% presentava problematiche esclusivamente universitarie e facilmente risolvibili; il 37,1% è risultato positivo alla SCID-I; di questi il 53.8% presentava evidenti sintomi psicopatologici franchi che hanno richiesto intervento specialistico dei servizi preposti o specifica indicazione alla psicoterapia. Il 67% parimenti ha presentato una situazione che non permette una certa indicazione psicoterapeutica e tanto meno farmacologica, ma che non può trovare in quattro incontri una risposta esaustiva. Per questo gruppo, in linea con l'esperienza anglosassone, si sta prospettando la possibilità di uno specifico intervento gruppale post counseling.

Interventi psicoterapici focalizzati brevi di tipo cognitivo-esistenziale in medicina

M. Biondi

Sapienza Università di Roma

Molte malattie mediche sono seguite da reazioni psicologiche e psicopatologiche di sofferenza, tra cui ansia, demoralizzazione/depressione, disturbi del sonno, ed altri disturbi. Lo psichiatra è spesso chiamato a questo riguardo in consulenza per malati con patologie cardiologiche, oncologiche, neurologiche, endocrine, immuno-infiammatorie, gastroenterologiche, dermatologiche, solo per citare le più comuni per condizioni psichiche che il clinico delle rispettive discipline ritiene da valutare ed eventualmente trattare, in percentuali che in letteratura oscillano dal 10 a circa il 60% dei casi.
È necessaria in questi casi una valutazione diagnostica psichiatrica che fa da base per una proposta di intervento, tenuto conto del tipo di problema, del volume di richieste di valutazione e assistenza, delle risorse di organico e dei tempi disponibili. Per questo motivo sono stati proposti diversi modelli di intervento in varie realtà ospedaliere.
Viene discussa in questa relazione una proposta che associa ingredienti sia della psichiatria che della medicina psicosomatica, con un intervento breve, focalizzato. Tra i concetti in questo modello di valutazione ed intervento vi sono principalmente: 1. una valutazione psicopatologica categoriale e dimensionale; 2. il fondamento della relazione e della comunicazione; 3. la ridefinizione della malattia come evento stressante che interviene in una fase del ciclo di vita, modifica il progetto e il precedente stato di salute; 4. il riconoscimento di uno sforzo di riadattamento, di costruzione di un progetto ulteriore di sé; 5. il riconoscimento ed espressione delle emozioni principali; 6. il riconoscimento del problema principale come obiettivo terapeutico breve e la definizione del focus;
In quest'ambito, sono utili la valutazione delle abilità di coping, rete di supporto, le modalità di adattamento a eventi stressanti (stile di reazione individuale), l'analisi del vissuto, talora la tecnica del Major Dream Report; per la organizzazione di una reazione, la concezione di apprendimento di nuove abilità, sia cognitive che di comportamento nella gestione dello stress dell'evento-malattia e del suo impatto sul ciclo di vita. Ad esempio, uno dei punti di partenza sono le esperienze di coloro che hanno avuto malattie e si sono adattati bene o – dopo la crisi iniziale – e l'hanno ribaltata a loro favore (secondo i concetti di turning point di LeShan; di benefit finding di Breitbart). Un altro ingrediente terapeutico è il riconoscimento e l'apprendimento di stili di pensiero – con uno strumento di 26 item messo a punto ad hoc, definito APACHE, Analisi del Pensiero Abilità di Coping e Handling Emozionale).
Sono inoltre ritenuti essenziali per il consulente per l'intervento un "piano pratico", che prevede di partire dal riconoscimento dei bisogni oggettivi con un'attività di assistenza immediata ove necessario (alleviamento dei sintomi fisici, del dolore, di ansia, insonnia, sviluppando il contatto con lo specialista curante, facilitando contatti e la ricerca di risorse per problemi pratici, in alcuni casi basandosi su un familiare di riferimento) e secondariamente di pari passo un "piano mentale", che prevede l'analisi del vissuto di malattia, l'ascolto, il senso di rispetto e dignità della persona, facilita il senso della propria vita da ridisegnare. Saranno dati alcuni esempi pratici di questo tipo di intervento.
Saranno presentati i dati relativi ad una casistica di circa 90 casi con patologie somatiche, delineando anche la fattibilità ed i limiti di questo tipo di intervento. Circa un terzo di essi è risultato valutabile ma poco accessibile a tecniche di intervento psicoterapico (sia di questo che di altro tipo). In un altro terzo dei casi circa è stato molto utile un approccio associato psicofarmacoterapico e psicoterapico breve, anche di pochi incontri; in un terzo dei casi è stato possibile attuare un intervento pieno secondo i principi sopra definiti senza necessità di psicofarmacoterapia stabile. Una parte di questi casi, rivalutata a distanza, ha mostrato una buona stabilità delle abilità apprese ed ha riconosciuto l'utilità di un intervento centrato sul modello della malattia come stress, del coping e del ridisegnare il proprio futuro come punti cardine del cambiamento in una fase difficile del ciclo di vita. Tali risultati suggeriscono che oltre ai consueti interventi di psicodinamici, relazionali o cognitivi, anche approcci più semplici, brevi ed apparentemente superficiali possono essere di beneficio per la sofferenza.

Interventi psicoterapici brevi in oncologia

A. Costantini

UOD Psiconcologia, Ospedale "Sant'Andrea"; Sapienza Università di Roma

Premessa: la sofferenza psicologica nei malati oncologici è ormai stata riconosciuta come elevata da numerosi studi ed evidenze. I trattamenti sono principalmente psicofarmacoterapici e psicologici. Tra quelli psicologici, il counseling e interventi psicoterapici devono affrontare diverse fonti di difficoltà, legate alla sofferenza indotta dalla situazione specifica di malattia, di contesto temporale nonché di setting. Gli interventi psicoterapici brevi sono ritenuti una risorsa importante, se non unica, in malati che spesso hanno un orizzonte di vita assai ridotto e comunque necessità di intervento in ambiti di tempo limitati o molto pronti. Sono maturate negli ultimi vent'anni diverse esperienze di interventi psicoterapici brevi nel campo dell'assistenza a malati oncologici a livello internazionale. Alcune di esse hanno avuto un'attenzione crescente anche in Italia, tra cui interventi quali la Psychological adjuvant therapy, la Meaning Centered Psychotherapy, la Dignity Therapy e la Psicoterapia Supportivo Espressiva e rappresentano alcuni dei modelli che hanno destato maggiore interesse. Caratteristiche comuni a queste tecniche sono una teoria che parte dal riconoscimento dei bisogni psicologici immediati del malato in una situazione di crisi e di necessità di riadattamento, la messa a punto di approcci che nella tecnica rispecchino le mutate esigenze e i tempi del malato neoplastico, adattando la teoria al paziente, non viceversa.
Metodo: sono stati seguiti presso la UOD di Psiconcologia nel periodo 2006-2009 – sia in ambito di Day Hospital oncologico che ambulatoriale – con intervento di psicoterapia breve circa 263 casi consecutivi di pazienti con patologie oncologiche, nel 79% di sesso femminile, l'83% di età superiore ai 40 anni, inviati in oltre la metà dei casi dal medico curante, nel 50% circa dei casi con neoplasie mammarie, localizzata nel 32% e avanzata nel 39% dei casi. I pazienti sono stati valutati con colloquio clinico semistrutturato e test psicometrici.
Risultati: viene presentata una panoramica degli interventi attuati, dell'organizzazione clinica della UOD e degli esiti a breve termine di essi. La maggior parte di essi è stata attuata secondo i principi della Psicoterapia Supportivo Espressiva e della Meaning centered psychotherapy, adattandone il formato al contesto specifico di lavoro. Un quarto dei casi circa ha avuto supporto di consulenza specialistica psichiatrica per quanto riguardava problemi di ansia marcata, insonnia, depressione. In circa la metà dei casi l'intervento psicoterapico breve è stato attuato nell'arco di meno di cinque incontri. I risultati sono stati soddisfacenti, tenuto conto delle problematiche poste dai pazienti, in circa due terzi dei casi. Una quota minore di pazienti ha avuto interventi di più lunga durata.
Discussione: i risultati ricavati da un'esperienza clinica consecutiva di trattamento psicoterapico breve presso un grande ospedale pubblico della capitale hanno dati riscontri favorevoli, sia per quanto riguarda la fattibilità che per gli esiti, in una larga parte dei casi. La psicoterapia breve rappresenta probabilmente una delle risorse meno costose e più adatte ai bisogni dei malati oncologici in fase acuta.
Si ringraziano A. Pignatelli, C. Navarra, S. Brunetti e E. Tarolla per la raccolta e l'elaborazione dei dati.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA BERNINI

S26. Terapie e registro italiano del disturbo da deficit di attenzione/iperattività

COORDINATORE
A. Pasini (Roma)

Il Registro Italiano dell'ADHD: 2 anni di sorveglianza attiva

R. Arcieri, P. Panei, A. Mattei, M. Bugarini, S. Vella

Istituto Superiore di Sanità

Razionale: il 20 giugno 2007 è stato ufficialmente attivato il Registro Italiano del disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività (ADHD). Il Registro si basa su uno studio di coorte prospettica, di soggetti in età evolutiva (6-17 anni) affetti da ADHD, con indicazione al trattamento terapeutico con farmaci licenziati dalle autorità regolatorie (atomoxetina, ATX; metilfenidato, MPH). Lo studio è sostenuto da un network nazionale di Centri di riferimento per la diagnosi ed il trattamento dei soggetti affetti da ADHD.
Obiettivi: stima dell'incidenza e gravità delle reazioni avverse dei farmaci utilizzati nel trattamento dell'ADHD; definizione del rapporto ottimale tra dose efficace e sicurezza in relazione all'età del soggetto trattato; sorveglianza dell'ADHD nella popolazione italiana in età evolutiva.

Risultati: al giugno 2009, dopo 2 anni di attività, sono stati arruolati nel Registro 1.093 pazienti. Il 42,0% dei bambini aveva una età compresa tra 10 e 13 anni. A livello nazionale il tasso di prevalenza era dello 0,15 casi x 1.000 bambini in età evolutiva (6-17 anni), con una ampia variabilità regionale.
Al momento dell'arruolamento, come farmaco di prima scelta, l'atomoxetina è stata indicata nel 56,8% dei casi.
Il profilo di sicurezza mostra, che nel periodo di osservazione sono stati notificati 292 eventi di reazioni attese, tra cui ricordiamo la perdita dell'appetito, l'irritabilità, la cefalea e le alterazione del ritmo del sonno. Sono stati osservati e notificati al sistema di farmacovigilanza 24 eventi avversi gravi (SAE). Di questi ultimi, il 75,0% era attribuibile all'uso dell'atomoxetina. Dei 24 casi di SAE, 3 sono stati classificati come ideazioni suicidare.
Durante il follow-up, 139 (12,7%) soggetti hanno interrotto in modo permanente il trattamento, con un numero di casi doppio nei soggetti che assumevano l'atomoxetina (15% ATX *vs.* 8% MPH).
Relativamente agli aspetti cardiovascolari, durante il follow-up, in 11 casi sono stati osservati delle alterazioni all'ECG, 5 soggetti assumevano MPH e 6 ATX. Circa la metà delle alterazioni (5 casi) è da riferirsi ad un blocco di branca parziale destro; 2 casi erano disturbi aritmici.
Conclusioni: la prevalenza di pazienti in trattamento è molto bassa rispetto a quella osservata in altri studi. Circa un terzo dei pazienti ha avuto almeno una reazione avversa attesa. Nel gruppo di pazienti trattato con ATX si è osservato un più alto numero di eventi avversi gravi e di interruzioni del trattamento farmacologico.

La comorbilità come fattore prognostico e terapeutico nell'ADHD

G. Masi, S. Millepiedi, S. Berloffa, C. Pfanner

IRCCS Stella Maris per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Calambrone, Pisa

Almeno i 2/3 dei bambini con disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività (ADHD) presentano un disturbo psicopatologico associato. Tale comorbidità può condizionare la fenomenologia, la gravità, la prognosi ed il trattamento. Inoltre la comorbidità consente di definire alcuni sottotipi di ADHD dotati di relativa specificità, in termini di percorsi evolutivi e di suscettibilità a difficoltà di adattamento successive. Scopo di questa presentazione è quello di valutare le implicazioni cliniche di tali comorbidità. Saranno prese in considerazione la comorbidità tra l'ADHD ed i disturbi del comportamento, cioè il disturbo oppositivo-provocatorio e soprattutto il disturbo della condotta, con i disturbi d'ansia e con disturbi dell'umore di tipo depressivo. Sarà poi valutata la associazione con il disturbo bipolare, così come il problema della diagnosi differenziale tra le due condizioni. Infine saranno descritte le implicazioni cliniche della comorbidità con il disturbo ossessivo-compulsivo e con la sindrome di Tourette da un lato, e con i disturbi pervasivi dello sviluppo ed il ritardo mentale dall'altro. Una più accurata valutazione dei soggetti con ADHD, che non consenta al disturbo di mascherare altre condizioni psichiatriche in associazione, potrà consentire la definizione dei più importanti fattori di rischio, dei più significativi mediatori prognostici, favorire interventi più precoci e mirati.

Efficacia a lungo termine della terapia dell'ADHD: quando interrompere la terapia farmacologica

T. Usala, P. Atzori, E. Sanna, G. Melis, A. Zuddas

Centro Terapie Farmacologiche in Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Cagliari

Solo negli ultimi anni sono state studiate in maniera rigorosa le prospettive dei trattamenti farmacologici per il disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività (ADHD) iniziati in età scolare o in adolescenza sia per quanto riguarda possibili effetti indesiderati a lungo termine che per quanto riguarda la stessa efficacia a lungo termine sui sintomi cardine del disturbo. In particolare, è stato dimostrato che la terapia con psicostimolanti in età scolare non predispone all'uso di sostanza in adolescenza o in età giovane-adulta: al contrario alcune evidenze suggeriscono che l'inizio precoce (prima degli 8 anni) della terapia farmacologica possa in realtà prevenire l'uso di sostanze (Mannuzza et al., 2008), frequente negli individui con ADHD mai curato. Più controverse appaiono invece i risultati sull'efficacia delle terapie farmacologiche nel modificare il decorso a lungo termine. È stato dimostrato che gli effetti terapeutici dell'atomoxetina osservabili dopo un anno di terapia, persistono per almeno alcuni mesi anche dopo la sospensione della terapia farmacologica (Buitelaar et al., 2006): non è però chiaro se tale miglioramento sia in realtà permanente ovvero transitorio. Più recentemente gli studi di follow-up dello studio MTA (MTA, 1999), hanno mostrato che la differenza tra i diversi tipo di trattamento (farmacologico, psicoeducativo intensivo, combinato) osservabili dopo 14 mesi di intervento intensivo e manualizzato, tendono a diminuire, fino a scomparire, quando i pazienti "escono" dallo studio e vengono seguiti nelle strutture della comunità (Jensen et al., 2007; Molina et al., 2007, 2009). In realtà l'outcome del disturbo, come la sua stessa fisiopatologia, appare fortemente eterogeneo: mediante Propensity Score e Growth Mixture Model Analysis appare possibile individuare le caratteristiche dei soggetti che necessitano di un trattamento intensivo a lungo termine distinguendoli da coloro nei quali gli effetti terapeutici delle terapie farmacologiche tendono a persistere anche dopo la sospensione della

somministrazione di farmaci (Swanson et al., 2008). In sistemi in cui la terapia viene monitorata accuratamente, quali quelli definiti dal Registro Nazionale Italiano per l'ADHD, la presenza di disturbi in comorbidità (soprattutto d. oppositivo provocatorio), l'età (< 12 anni), il genere femminile e le caratteristiche della famiglia (un solo genitore biologico) costituiscono fattori predittivi dell'opportunità di continuare la terapia farmacologica per più di 36 mesi; l'assenza di comorbidità e l'età maggiore di 12 anni appaiono predire la sospensione per remissione prima dopo circa 15-18 mesi (Atzori et al., 2009). Tali risultati verranno illustrati e discussi al fine di definire possibili procedure operative per la valutazione dell'opportunità della somministrazione lungo termine di terapie farmacologiche per l'ADHD, utilizzabili in ambienti clinici qualificati come quelli dei Centri di Riferimento Italiani.

Bibliografia

Atzori P, Usala T, Carucci S, Danjou F,. Zuddas A. *Predictive factors for persistent use and compliance of immediate-release methylphenidate: a 36-month naturalistic study*. J Child Adolesc Psychopharmacology 2009 (in press).

Buitelaar JK, Michelson D, Danckaerts M, Gillberg C, Spencer TJ, Zuddas A, et al. *A randomized, double-blind study of continuation treatment for ADHD after one year*. Biological Psychiatry 2007;61:694-9.

Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, et al. *The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48:484-500.

Endofenotipi dell'ADHD e risposta alle terapie

A. Pasini, L. Casarelli, M.B. Pitzianti, C. Paloscia, E. D'Agati

Università di Roma "Tor Vergata"

Introduzione: il rapporto tra patrimonio genetico individuale ed interazioni con l'ambiente ha trovato un naturale punto di riferimento nel concetto di endofenotipo. Questo termine indica un carattere intermedio tra il corredo genetico dell'individuo ed il suo fenotipo. Per definizione, in psicopatologia l'endofenotipo è un indice quantitativo che indica un grado di predisposizione individuale a manifestare un disturbo mentale. Inoltre, l'endofenotipo risponde ai seguenti requisiti: è associato alla malattia nella popolazione generale; è ereditabile; è primariamente stato-indipendente; co-segrega con la malattia all'interno delle famiglie che lo presentano; è più frequente tra i familiari sani dei pazienti, rispetto popolazione generale; è maggiormente associato alla malattia indicata che a qualsiasi altra patologia.
Così come in altri campi della psicopatologia, anche per il disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività (ADHD) l'individuazione di endofenotipi può consentire una migliore comprensione dell'etiologia e della patogenesi del disturbo, una più precisa valutazione dell'evoluzione prognostica ed il riferimento utile per una terapia più efficace.
Metodo: è stata esaminata la letteratura scientifica esistente sui temi endofenotipi ed ADHD, utilizzando i più attendibili strumenti informatici del settore.
Risultati: l'analisi effettuata non ha consentito di individuare nessun endofenotipo definito per l'ADHD, ma ha evidenziato la presenza di alcuni endofenotipi candidati che sono oggetto di ulteriori studi e verifiche. Tra gli endofenotipi che sembrano essere dei predittori dell'ADHD ci sono: disfunzioni delle funzioni esecutive legate ai diversi polimorfismi del trasportatore della dopamina (DAT), l'iperattività motoria; l'incapacità di inibire comportamenti motori inadeguati; la difficoltà a sostenere le frustrazioni; la scarsa consapevolezza del trascorrere del tempo; il deficit nella memoria a breve termine.
Conclusioni: parametri quantitativi adatti ad essere studiati come endofenotipi per l'ADHD appartengono essenzialmente alla neuropsicologia ed alla neurofisiopatologia.
Se confermato, l'endofenotipo neurocognitivo legato ai polimorfismi DAT consentirebbe, fin d'ora, un utile parametro per l'elaborazione della prognosi e la terapia dell'ADHD.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA MASACCIO

S27. Trattamenti combinati per i disturbi dell'umore

COORDINATORI
A. Fagiolini (Siena), P. Castrogiovanni (Siena)

Treatment augmentation for major depression

A. Fagiolini, F. Taranto
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Siena

Rates of complete remission of mood disorders with standard monotherapy are quite low and the use of augmentation strategies among patients with major depressive (MDD) or bipolar disorder is becoming increasingly frequent. Indeed, a range of augmentation and combination strategies can be used in order to improve outcomes for mood disorder patients. In patients with manic or mixed episodes, the use of an antipsychotic to augment the treatment with a classic mood stabilizer has become more the rule than the exception. In patients with MDD the use of augmenting agents/strategies such as lithium thyroid hormones, stimulants, physical therapy, sleep deprivation etc. is rapidly increasing. Recent reports have suggested that dopaminergic drug augmentation with the newer D2/D3 agonists including amantadine (100-200 mg twice daily), pergolide (0.25-2 mg/d), pramipexole (0.125-1 mg 3 times daily), and ropinirole (0.5-1.75 mg 3 times daily) may be efficacious in MDD patients. However, these medications have not yet been well studied in double-blind, placebo-controlled studies. Atypical antipsychotics are also increasingly used to augment antidepressants. Their variable affinities for serotonergic, dopaminergic, and noradrenergic receptors and less exclusive or less strong dopamine blockade make the atypical antipsychotics potential candidates for the treatment of MDD. All atypical antipsychotics block 5HT-2 receptors, which is a mechanism found in a number of antidepressants. Hence, the atypical antipsychotics may possess a unique mechanism of action in depression by antagonizing 5-HT2A receptors and facilitating noradrenergic neurotransmission. Other properties that may be involved in the potential antidepressant effects of atypical antipsychotics include agonism at the 5-HT1A receptor, alpha2-adrenergic antagonism, partial agonism at the D2 receptor, and variable degrees of monoamine reuptake inhibition.
This presentation will review the different strategies to combine and augment medications used for the treatment of mood disorders in general and MDD in particular.

Rimedi fitoterapici nei disturbi dell'umore

A. Goracci
Università di Siena

Anche se una moltitudine di farmaci sono disponibili per il trattamento dei disturbi dell'umore e dei disturbi d'ansia, alcuni pazienti hanno difficoltà nel tollerarne gli effetti collaterali oppure non rispondono adeguatamente; inoltre molti pazienti preferiscono di gran lunga trattamenti più "naturali" dei farmaci. Alcune erbe terapeutiche e nutrienti hanno meno effetti collaterali dei farmaci classici, sono abbastanza efficaci, e possono rappresentare un trattamento alternativo. È però necessario tenere presente che anche i prodotti "naturali" possono essere pericolosi e/o avere interazioni con altre sostanze che il paziente assume. È inoltre importante sottolineare che la maggior parte dei preparati "naturali" non sono testati e/o preparati con l'accuratezza con cui vengono testati e preparati i farmaci classici. Ad esempio, la concentrazione del principio attivo dei preparati non venduti in farmacia è talvolta calcolata in modo abbastanza approssimativo.
Le medicine complementari/alternative (CAM) comunemente usate per i disturbi dell'umore includono ad esempio l'erba di S. Giovanni, S-adenosil-metionina (SAM-e), il Kava, le vitamine del gruppo B, l'inositolo e gli acidi grassi omega 3.
In questa relazione saranno considerati i dati sull'utilizzo e le indicazioni delle CAM, la qualità dei risultati che supportano gli effetti clinici, i risultati correlati alle comorbidità mediche, gli effetti collaterali, le interazioni tra farmaci e i dosaggi consigliati.

Physical exercise for major depression

L. Bossini
Università di Siena

La locuzione latina *Mens sana in corpore sano* ("una mente sana in un corpo sano") appartiene a Giovenale (Satire, X, 356) e, mai come in questi anni, la ricerca sembra supportare la sua teoria. L'esercizio fisico, infatti, è stato recentemente oggetto di numerosi studi in termini di prevenzione, terapia o come presidio accelerante la risposta alle terapie tradizionali (farmacologiche o psicoterapiche) in pazienti affetti da disturbi psichiatrici, in particolare disturbi dell'umore. Da questi studi sembra emergere un'efficacia dell'esercizio fisico nel ridurre il

rischio di sviluppare patologia depressiva e di migliorare il quadro clinico in pazienti affetti da depressione di media ed alta gravità, tanto che secondo alcuni Autori potrebbe rappresentare un valido ausilio in aggiunta o addirittura in sostituzione delle terapie tradizionali.
Ancora da chiarire sono anche i meccanismi attraverso cui l'esercizio fisico potrebbe agire: le ipotesi vanno dalla ristrutturazione metabolica all'azione diretta cerebrale tramite l'aumento del BDNF e la produzione di endorfine.
Verrà presentata una rewiew dei più recenti dati della letteratura sulla efficacia e sul razionale a supporto dell'utilizzo dell'esercizio fisico nella depressione maggiore.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA PERUGINO

S28. Psichiatria, spiritualità e religione

COORDINATORE
V. Rapisarda (Catania)

Il problema "fede e ragione" visto da uno psichiatra

L.S. Filippi
Roma

Oggi molti si chiedono se la fede religiosa, in quanto relazione con la Divinità, sia ragionevole o sia un semplice costrutto umano.
Nella sua *1ª Lettera* l'apostolo Pietro esorta i cristiani a essere "pronti sempre a rispondere a chiunque vi domandi ragione della speranza che è in voi" (3, 15).
Conosciamo la distinzione che G.W. Allport (1950. 1969) fa tra la *religiosità estrinseca*, in cui la religione è un mezzo per conseguire dei fini di benessere, anche spirituale, e la *religiosità intrinseca*, in cui la religione è vista come un bene in se stessa, anche contro il vantaggio personale. Pertanto la dimensione (la componente) religiosa fa parte della personalità alla stregua delle altre componenti: biologica, psicologica, sociale, politica, economica ecc. Anche l'*ateismo* è pertinente a tale dimensione.
L'atto di fede è un'attività dell'Io che (a parte, per un cristiano, il dono della Grazia, che però non altera le dinamiche umane) non differisce dalla fiducia in ciò che per es. afferma un esploratore che avvicini una nuova tribù o un ricercatore che scopra un nuovo elemento chimico. L'Io valuta criticamente l'attendibilità delle informazioni e di chi le fornisce e il soggetto aderisce a tali informazioni *con la mente e con il cuore*. Naturalmente, se la materia supera i limiti dell'ordinarietà (per es. l'Eucaristia) senza essere intrinsecamente contraddittoria e perciò impossibile – come sarebbe un "circolo quadrato" – chi fornisce l'informazione deve essere veramente degno di fede. Così Biagio Pascal presenta la sua fede in Gesù Cristo (1668-1672).
Dunque le verità di fede, non essendo intrinsecamente contraddittorie, non sono contro la ragione, ma vanno al di là della ragione, anzi aiutano il credente a realizzare una salute e una vita migliori (Koenig, McCullough & Larson, 2001).
Il contributo dello psichiatra è prezioso per valutare soggetti che affermino per es. di avere delle visioni o delle vocazioni particolari: si ricordino Bernadette Soubiroux, la pastorella cui apparve la Madonna a Lourdes, sottoposta più volte a visita psichiatrica, o le "voci" riferite da Giovanna d'Arco, o le scelte radicali e apparentemente "folli" di un Francesco d'Assisi. Un esame di personalità, con l'aiuto di batterie di test e di eventuali indagini strumentali (TAC o RMN o PET dell'encefalo) oggi facilita la diagnosi. Non spetta allo psichiatra ovviamente valutare la genuinità di una vocazione religiosa o di asserite "visioni" (vedi i veggenti di Medjugore, studiati da Commissioni mediche di più nazioni e ritenuti psichicamente normali). Ma il suo contributo è imprescindibile per l'eventuale trattamento di soggetti disturbati.

Bibliografia

Allport GW. *The individual and his religion*. New York: Macmillan 1950, 1969 (trad. it., Brescia: La Scuola 1972, p. 308).

Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press 2001, p. 728.

Pascal B. *Pensieri* (raccolta di Léon Brunschvicg, 1668-1672), *passim*. Roma: Newton Compton Editori 1993, p. 283.

Shafranke EP. *Spiritually oriented psychodynamic psychotherapy*. J Clin Psychol 2009;65:147-57.

Terrel CJ. *A discussion of intentional incarnational integration in relational psychodynamic psychotherapy*. Journal of Psychology and Christianity 2007;26:159-65.

Psichiatria e new age

G.G. Rovera
Torino

Non vi è attualmente una posizione sistematica della Psichiatria Culturale nei confronti della New Age (se si considera questa come la religiosità nel postmoderno). Ciò corrisponde ad una cultura impregnata: della dissoluzione di paradigmi universalistici, della crisi del modelli scientifici, del conflitto fra le civiltà, dell'era del globalismo e della tecnologia.
La dimensione religiosa si occupa di sistemi valoriali e spirituali, perenni e generali (etica). Peraltro vi possono essere delle peculiarità specifiche di ciascuna cultura inerente al contesto storico-sociale di appartenenza (emica).
Le società attuali, specie quelle occidentalizzate, che si rifanno al postmoderno incrementano la molteplicità delle credenze (new age) facendo non di rado interagire la psicologia con la teologia.
Questo approccio può portare ad un sentimento di religiosità e di "deità" che si declina relativisticamente in tribalismi, settarismi, profetismi, scientismi immanenti. Ciò può condurre a molteplici "distorsioni" anche nell'approccio psichiatrico.
Infatti nelle relazioni d'aiuto dell'area psichiatrica gli specialisti rischiano di essere confusi come "preti secolari". É inoltre da notare pure da recenti acquisizioni che gli psichiatri sarebbero le categorie professionali meno religiose (oltre 50% di non credenti).
Ciò dovrebbe peraltro consentire il pieno rispetto delle credenze e dei sistemi di valori altrui, attraverso una pluralità relazionale interattiva e pragmatica, piuttosto che un ancoraggio a modelli pluralistici o al contrario rigidamente gerarchizzati.

Psichiatria e spiritualità all'epoca della rete

F. Bruno, S. Costanzo
Università della Calabria

Lo studio nasce dall'esigenza di superare l'antico dualismo tra spirito e materia nel momento in cui le nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione stanno producendo una nuova realtà la cui importanza è così grande da poter essere ormai considerata un vero e proprio nuovo piano dell'esistenza. Si tratta della realtà virtuale che nasce dal progresso che ha reso possibile la formazione della rete globale e individuale che sempre di più si impone come un nuovo aggregato esistenziale collettivo che unisce all'interno miliardi di individui che sembrano sempre di più funzionare con un'analogia straordinaria alla organizzazione stessa del nostro cervello.
Lo psichiatra che si è sempre occupato dei processi psichici e psicopatologici individuali e dalla seconda metà del XX secolo ha cominciato ad occuparsi dei fenomeni sociali e culturali, vedendo in essi l'evoluzione nei grandi gruppi di quei principi scientifici che riguardavano il funzionamento dell'individuo. In una situazione come quella attuale, lo psichiatra e la psichiatria sperimentano crescenti difficoltà che nascono dal cambiamento dei sistemi di riferimento e dalla impossibilità, nella rete di individuare i cambiamenti significativi di patologia e di separarli dai cambiamenti che riguardano la funzionalità stessa del sistema.
Lo psichiatra forense, in particolar modo, per la sua natura di professionista che studia l'azione criminale e comunque l'azione politica in generale nell'ambito del passaggio dal pensiero all'atto e di complessi comportamenti individuali e sociali che da questo atto hanno origine, si trova più esposto alle contraddizioni che l'evoluzione rapidissima del nostro modo di vivere e della nostra tecnologia impongono. Se i valori rappresentativi che la Rivoluzione Francese ci ha consegnato sembrano non costituire più l'orizzonte delle azioni umane e sociali, appare opportuno rivolgersi verso nuovi valori orientati ad assicurare all'uomo e alla sua società nuovi spazi di crescita, di produzione e di benessere. La psichiatria, dunque, se saprà cogliere questi nuovi valori e tradurli nel linguaggio dell'uomo servirà da bussola per orientarsi nella rete, ove le sensazioni dello spazio e del tempo appaiono ridotte all'essenziale. Lo spirito, quindi, si individua come l'asilo della nuova realtà, elemento definitorio e non espressione di vita, ma di coscienza e soprattutto di fede. Il concetto della fede come espressione positiva del bisogno che il soggetto deve trasformare in desiderio e quindi in azione potrà divenire la nuova frontiera dello studio delle attitudini umane e delle loro patologie.

L'influenza della spiritualità post-moderna sulle concezioni psicopatologiche e sull'intervento clinico

C. Maffei
Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; International Society for the Study of Personality Disorders (ISSPD)

La società post-moderna appare caratterizzata dalla presenza di un forte ritorno dell'interesse rispetto a tematiche religiose o, più ampiamente, spirituali. Se la tradizione cristiana occidentale ha incentrato i valori della vita umana sulla redenzione dalla colpa, interpretando la vita terrena come una fase di passaggio da spendere nel migliore dei modi, l'influenza di concezioni soprattutto di origine orientale (massimamente il Buddismo) a "basso profilo" metafisico, ha contribuito a spostare l'attenzione sullo sviluppo del benessere terreno. Interessante, a questo proposito, lo spostamento dall'interesse tutto occidentale per benessere materiale verso il benessere psicologico e spirituale in una dimensione ecologicamente pacificata con la realtà terrena. Un concetto esemplificativo a questo proposito è quello di "mindfulness" che sta influenzando le concezioni psi-

cologiche e psicopatologiche occidentali, inserendosi anche con forza all'interno delle teorie e tecniche terapeutiche, soprattutto di derivazione cognitiva.

Collaborazione tra psichiatri e religiosi per la prevenzione e terapia del disagio psichico

V. Rapisarda
Catania

L'attività psichiatrica soprattutto preventiva, non può né deve trascurare la collaborazione con religiosi sia secolari che di congregazioni, in una società che ha smarrito i valori e così vede crescere in misura preoccupante il disagio psichico che spesso diventa disturbo psichico.
La collaborazione dei neuropsichiatri infantili con la scuola, può costituire un modello. Per quanto riguarda giovani, adulti ed anziani il discorso è più complesso e deve fare riferimento sia alla riduzione della fede (pensiero ed opere), sia alla presenza di cinque milioni di stranieri, molti dei quali hanno credenze religiose diverse.
In generale e come premessa occorre riflettere e trovare preziosi punti di incontro tra Ragione e Fede in un mondo divenuto piccolo, multietnico e largamente comunicativo e altresì riconoscere il difetto di molti credenti cattolici nello scarso approfondimento dei testi sacri rispetto agli atei, ortodossi, protestanti ed islamici.
La crisi delle agenzie educative specie della famiglia (prezioso il richiamo di Benedetto XVI sulle "famiglie allargate rovina per i figli"), ha determinato scadimento dello stile di vita (alimentazione, alcolici, fumo, arricchimento con lo sport, aumento del tempo dedicato alla TV e ad Internet), che inevitabilmente comporta dipendenze, gioco d'azzardo, triplicazione del lotto, abuso di benzodiazepine, bullismo, sessualità disordinata, consumismo (abbigliamento, telefonini, auto e moto superveloci le stragi del sabato sera).
È necessario uno sforzo di comprensione di questa società post-industriale, passata dall'era della ragione a quella delle emozioni, in collaborazione con filosofi, storici, pedagogisti, sociologi e soprattutto religiosi. Utile il contributo del sociologo Maffesoli, per cui il desiderio, il potere e il mito, hanno soppiantato la razionalità scientifica nell'orientare sui problemi dell'esistenza.
Per ridurre l'aumento dei disturbi di personalità, dipendenze e depressioni, occorre realizzare una più stretta collaborazione con gli educatori specie con i Religiosi, alla luce di indagini rigorose nel territorio e con la disponibilità reciproca ad una apertura culturale sulle modalità di intervento.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA BORROMINI

S29. Il significato della cura in psichiatria

COORDINATORE
V. Volterra (Bologna)

Il significato della cura in psichiatria

V. Volterra
Bologna

Dopo aver esaminato i vari ambiti semantici in cui oggi il concetto di cura s'inserisce – 1) il trattamento terapeutico; 2) la preoccupazione, la sollecitudine, la salvaguardia; 3) il farsi carico, il gestire; 4) la trasformazione, la crescita –, si sottolineano, come presupposti impliciti presenti e fondanti della cura in psichiatria, l'aspetto inevitabilmente psicoterapico (inteso in senso lato), il rapporto medico-paziente, la trasmissione (più o meno consapevole) di valori e l'influenza globale di ogni intervento. Vengono poi esaminate le problematiche connesse al concetto di guarigione in psichiatria, tenuto conto dell'evoluzione storica nel tempo del significato della cura, con i molteplici paradigmi cui si riferisce, spesso tra loro in contrasto e con difficoltà di conciliazione, e delle diversità degli scenari in spazi storico-culturali differenti. Viene infine rimarcata l'indispensabilità di sottrarsi alla tentazione di divinizzare o di demonizzare una data cura e di coltivare sempre quello spirito critico che consente di riconoscerne gli eventuali pregi o difetti.

Riflessioni sulle psicoterapie: indicazioni, validazioni, integrazioni nell'orizzonte della cura

F.M. Ferro
Chieti

La discussione sulle psicoterapie (oggi di regola inserite, o meglio integrate, in un contesto più estensivo di "cura") si volge a riflessioni sempre più critiche, a ogni livello, di metodo e teoria e prassi.
Argomento principe è la validazione delle varie psicote-

rapie e in misura correlata la quantificazione della loro efficacia. Questo criterio investe non solo il corpus teorico della clinica ma l'etica della cura ed anche la sua sostenibilità e praticabilità in termini economici.
In secondo luogo, ammessa l'efficacia e validata una psicoterapia, questa va poi correlata in modo puntuale alla sua tenuta nelle differenti forme di disturbi. *Vexata quaestio*, anche in ordine alle difficoltà della nosografia, è ad esempio l'indecisione della psicoterapia analitica tra campo delle nevrosi e l'area delle psicosi, dei casi borderline e dei disturbi di personalità dall'altro. In quest'ottica, ai classici manuali delle classificazioni come ICD-10 e DSM-IV si è aggiunto di recente un apposito manuale di impostazione psicodinamica.
Un terzo punto concerne il significato e l'estensione di un trattamento. Quale può esserne la durata ottimale? È proporzionata alla severità del disturbo e alla sua eventuale riduzione o invece si rivolge a una ristrutturazione del soggetto? Questi e altri quesiti vengono discussi nell'orizzonte generale del trattamento e della gestione dei pazienti a vari livelli, istituzionali e privati.

Il significato della cura farmacologica

F. Bogetto
Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Da quando, a metà degli anni cinquanta del secolo scorso, il bagaglio terapeutico della psichiatria si è arricchito delle fondamentali famiglie farmacologiche – neurolettici, antidepressivi, benzodiazepine – il significato della cura farmacologica dei disturbi psichiatrici è stato oggetto di molteplici e accesi dibattiti. Tali dibattiti hanno trasceso di molto, come spesso accade in psichiatria, i problemi strettamente scientifici e clinici, per interessare aspetti etici e ideologici. Ciò non stupisce, considerando l'oggetto del nostro operare: idee, affetti, comportamenti, l'identità stessa dell'uomo.
Tra i due poli dell'esecrazione totale della psicofarmacologia quale strumento di potere di normalizzazione della devianza e, all'opposto, dell'entusiasmo ingenuo della psicofarmacologia stessa quale rimedio assoluto e definitivo della malattia mentale, si collocano oggi visioni più realistiche. Nella relazione verranno discusse criticamente luci e ombre di alcuni trattamenti, alla luce delle attuali evidenze cliniche.

Psicopatologia fenomenologica e psicoterapia

M. Rossi Monti
Firenze

Da oltre un secolo la psicopatologia di ispirazione fenomenologica ha accumulato un vasto insieme di conoscenze intorno alle psicosi schizofreniche e ai disturbi dell'umore. Ma paradossalmente si è ammalata del complesso di Cenerentola: invitata al ballo non ha mai sviluppato gli strumenti per parteciparvi fino in fondo. Per partecipare cioè, non solo alla diagnosi, ma anche alla cura. Da sempre infatti la psicopatologia fenomenologica si è sottratta al confronto con la cura, costituendosi invece come fondamentale "presupposto" della cura medesima. In questi ultimi anni ha preso corpo il tentativo di tradurre questo prezioso patrimonio di conoscenze in una prassi psicoterapeutica della quale è necessario definire i capisaldi e i concetti chiave.

GIOVEDÌ 18 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
Sala Bramante

S30. Social brain e neuroimaging: nuovi strumenti di valutazione ed interpretazione dei dati

Coordinatrice
M. Mazza (L'Aquila)

Can research into social cognition contribute to early recognition programmes of psychosis?

M. Brüne
Bochum, Germany

Research into social cognition – the ability to appreciate own and others' mental states – has consistently revealed that patients with schizophrenia perform poorly, relative to controls, in a broad variety of tasks examining mental state attribution. A few studies using functional magnetic resonance imaging (fMRI) technology were also able to demonstrate that patients with schizophrenia display underactivations in those brain regions involved in mental state attribution or mentalising, although the comparability of these studies is limited due to differences in design and sample characteristics.

There is evidence that impaired social cognition is intimately linked with poor social functioning in schizophrenia. Conversely, deterioration of social functioning is often already a sign of subjects at high risk for developing psychosis, such that it is conceivable that there might be deficits in social cognition already in early stages of psychosis including the schizophrenia prodrome.
We examined a group of subjects at risk of developing schizophrenia according to early recognition criteria using an fMRI paradigm of social cognition that was previously applied in a study in schizophrenia patients with good prognosis. Activation patterns were compared with those of first-episode patients and chronic schizophrenia patients.
The most important finding was that prodromal subjects displayed activation patterns that resembled those of first-episode patients, both of which were dissimilar to activations seen in chronic patients.
This finding implies that social cognition could be impaired in early stages of psychosis including the prodrome, which in turn suggests that early intervention should also target social cognition capacities.

L'approccio delle neuroscienze alla valutazione psichiatrico-forense: un caso forense

D. Rigoni, P. Pietrini*, S. Pellegrini*, S. Ferrara, A. Mechelli**, G. Sartori

*Università di Padova; *Università di Pisa; **King's College London*

La valutazione psichiatrico-forense necessita di metodi che siano validi e affidabili per la valutazione del vizio di mente e della responsabilità personale. Il grado di sviluppo raggiunto dalle conoscenze e da alcune metodologie nel campo delle neuroscienze cognitive, rende possibile l'applicazione di tali conoscenze e metodologie alla valutazione forense. Tuttavia, questi metodi vengono utilizzati solo sporadicamente nella valutazione dell'imputabilità.
Viene riportato un caso forense in cui metodologie neuroscientifiche sono state utilizzate al fine di ottenere informazioni obiettive per la valutazione di imputabilità. L'imputato è stato condannato dalla Corte di Assise a 16 anni di detenzione. Tuttavia, la corte di Appello e la corte di Cassazione hanno rovesciato la sentenza, assolvendo completamente l'imputato da ogni capo di imputazione.
L'imputato è una giovane donna tossicodipendente di 25 anni, accusata di aver soffocato il proprio figlio subito dopo la nascita. La consulenza del Pubblico Ministero aveva descritto la personalità dell'imputato come impulsiva, ascrivibile ad un disturbo di personalità del cluster B del DSM-IV. Tuttavia, la consulenza del Pubblico Ministero, basata esclusivamente su un colloquio clinico, aveva ritenuto che non vi fosse alcun vizio di mente e quindi per la piena responsabilità penale.
La consulenza della difesa ha esaminato l'imputato sotto molteplici aspetti. È stata condotta un'indagine della struttura e della funzionalità cerebrale tramite metodi accettati e validati dalla comunità scientifica, come i Potenziali Evento-Relati e la Voxel Based Morphometry, oltre che ad una completa valutazione neuropsicologica e ad una valutazione della personalità. Inoltre, è stato condotta una analisi genetica sull'imputato, al fine di individuare eventuali polimorfismi genetici associati al comportamento violento e impulsivo.
L'indagine ha evidenziato una riduzione della densità neuronale in regioni della corteccia prefrontali deputate al controllo del comportamento e un'alterazione del meccanismo di interruzione di azioni impulsive. Sono stati inoltre identificati dei polimorfismi che in letteratura sono associati con il comportamento impulsivo e aggressivo (5-HTTLPR, rs25531, STin2, rs4680 (COMT), MAOA-uVNTR).
Infine, la valutazione neuropsicologica ha fornito ulteriori elementi di scarso controllo comportamentale e disturbi di impulsività nell'imputato, oltre che ad un patologico rallentamento dei tempi di reazioni, del tutto incompatibili con le dinamiche del reato nell'ipotesi accusatoria.
Le evidenze scientifiche ottenute dalla consulenza della difesa, che hanno incluso una indagine della struttura e della funzionalità cerebrale, una valutazione neuropsicologica, una valutazione della personalità e un'indagine genetica, sono state considerate in maniera rilevante dalla corte di Appello e dalla Corte di Cassazione. Dati provenienti da indagini di tipo neuroscientifico possono essere utilizzate dalla corte per la valutazione dell'imputabilità.

Nuovi paradigmi sperimentali nella valutazione della cognizione sociale nei disturbi mentali gravi

M. Mazza

Dipartimento di Scienze della Salute, L'Aquila

Introduzione: numerose evidenze empiriche dimostrano la presenza di deficit di Teoria della Mente (TOM) in pazienti con schizofrenia cronica e con primo episodio psicotico. In particolare nel presente studio abbiamo preso in considerazione diverse modalità di valutazione delle capacità di cognizione sociale che vanno dai test di carta e matita a compiti computerizzati per esaminare il comportamento durante neuroimaging funzionale.
Obiettivi: l'obiettivo principale del presente studio è quello di esaminare i deficit di Teoria della mente in un ampio campione di soggetti con schizofrenia cronica, di soggetti con primo episodio di schizofrenia e controlli normali utilizzando diversi compiti e correlandoli con la gravità sintomatologica, il funzionamento sociale e altre capacità neurocognitive.
Soggetti: hanno partecipato a questo studio un campione di 178 pazienti con schizofrenia cronica, un campio-

ne di 49 pazienti con un primo episodio psicotico e 484 controlli sani.
Metodi: per la valutazione della cognizione sociale sono stati utilizzati: storie di falsa credenza, questionario di teoria della mente (Happè, 1994); paradigma computerizzato di priming affettivo (Suslow, 2003); compiti computerizzati per la valutazione delle capacità empatiche.
Tutti i soggetti sono stati inoltre sottoposti a valutazione clinica, neuropsicologica e del funzionamento sociale.
Risultati: differenze significative sono state trovate su tutti i compiti utilizzati tra schizofrenici e soggetti sani. Abbiamo evidenziato inoltre differenze significative tra soggetti con schizofrenia cronica e esordio psicotico nei compiti computerizzati per la valutazione delle capacità empatiche.
La cognizione sociale mostra una forte correlazione in entrambi i gruppi con i sintomi negativi e il funzionamento sociale, ma non con la neurocognizione.
Conclusione: deficit di Teoria della mente sono presenti in soggetti con schizofrenia cronica e con primo episodio di schizofrenia. Questi disturbi non sembrano una conseguenza della condizione di malattia, rischiano invece di essere uno stato indipendente e sembrano essere il mediatore cognitivo più importante del funzionamento sociale in entrambi i gruppi.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
Sala Leonardo

S31. Criticità nei moderni trattamenti psicofarmacologici: salute fisica, qualità di vita, rischio di malpractice

Coordinatore
G. Di Sciascio (Bari)

Quanto è importante la "salute fisica" nella scelta del trattamento antipsicotico?

G. Di Sciascio
Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico Consorziale" di Bari

I pazienti con malattie mentali croniche, ed in particolare quelli affetti da psicosi, presentano una aspettativa di vita inferiore alla popolazione generale.
I dati presenti in letteratura evidenziano come nei pazienti schizofrenici il 60% delle morti premature non dovute a suicidio siano imputabili a patologie medico-internistiche.
Alla luce di tali evidenze, che rilevano una maggiore vulnerabilità verso comorbidità mediche quali diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie in questa categoria di pazienti, si è osservato negli ultimi anni un crescente interesse da parte dei clinici e dei ricercatori nei confronti del "physical health monitoring" nei pazienti schizofrenici.
La necessità di effettuare un attento monitoraggio medico in questa categoria di pazienti rappresenta una scelta obbligata da parte del clinico soprattutto in considerazione del fatto che il trattamento antipsicotico appare essere spesso associato ad un maggior rischio di insorgenza di quadri dismetabolici quali incremento ponderale, diabete e dislipidemia (sindrome metabolica) che fortemente incidono sull'insorgenza di grave rischio cardio-metabolico, che notoriamente incide massivamente sulla aumentata mortalità prematura nella popolazione in generale e, in modo alquanto significativo particolarmente tra le persone affette da malattie mentali gravi (Severe Mental Illness, SMI), come sono la schizofrenia ed il disturbo bipolare.
Appare evidente quindi come una corretta gestione del paziente con disturbi mentali gravi preveda attualmente una particolare attenzione nella scelta dei composti antipsicotici da impiegare nella terapia oltre che un puntuale monitoraggio della salute fisica e delle possibili comorbidità mediche.

Il problema della sessualità in corso di terapia antidepressiva

R. Brugnoli
Fondazione Paolo Pancheri, Roma

Primo aspetto del problema: nei pazienti affetti da generici disturbi depressivi si riscontrano comunemente disturbi sessuali; in particolare il 76% dei pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore (DDM) soffrirebbe di disturbi sessuali. I pazienti maschi affetti da DDM lamentano principalmente calo del desiderio (45,2%) e difficoltà nel mantenere l'erezione (35,5%), mentre le donne lamentano calo del desiderio (68,4%) e disturbi dell'eccitazione sessuale (57,9%). Soltanto il 5-10% dei pazienti riferisce spontaneamente nel corso del colloquio questa problematica.
Secondo aspetto del problema: le disfunzioni sessuali sono un comune evento avverso di molti farmaci antidepressivi. La classe maggiormente coinvolta è quella

degli SSRI, di fatti dal 30% al 60% dei pazienti trattati con tali farmaci sperimenta disfunzioni sessuali.
Terzo aspetto del problema: come agire per minimizzare un problema così diffuso e in grado di "inquinare" pesantemente la qualità di vita del paziente? Non esistono regole consolidate e soprattutto "sicuramente vincenti". Le disfunzioni sessuali sembrano essere un effetto dose-dipendente, dunque una riduzione della dose potrebbe essere d'aiuto durante la fase di mantenimento anche se aumenta il rischio di una riacutizzazione della sintomatologia depressiva. L'aggiunta di un secondo farmaco è utile lì dove il trattamento antidepressivo scelto sta avendo successo ma la disfunzione sessuale persiste.
Quarto aspetto del problema: i meccanismi patofisiologici dei disturbi sessuali non sono ancora del tutto chiariti anche se si chiama sempre in causa l'aumento dell'attività serotoninergica (5HT2,3) a livello centrale.
Conclusioni: i disturbi sessuali sono fonte di angoscia per il paziente, peggiorano la qualità della vita e sono tra le cause di mancata aderenza al trattamento farmacologico.

Qualità della vita come misura di esito del trattamento farmacologico

A. Bellomo
Università di Foggia

La Qualità della vita (QoL) in passato è stata considerata soprattutto nell'ambito di patologie somatiche associate a disabilità cronica (cancro e malattie reumatiche). In ambito psichiatrico le prime ricerche sulla QoL sono state effettuate negli anni '80 negli Stati Uniti sotto la spinta dei movimenti per la deistituzionalizzazione dei pazienti.
Tali ricerche valutavano la QoL dei pazienti con malattie mentali croniche che vivevano in comunità. Negli anni '90, con l'impiego degli antipsicotici atipici, nuove ricerche sono state condotte sulla qualità della vita. Attualmente la QoL sta divenendo uno dei parametri più importanti per la valutazione dell'effectiveness di nuovi composti nei trials clinici. Tale parametro può essere definito come la percezione da parte del paziente del proprio stato di salute, delle sue capacità funzionali fisiche, mentali e sociali. Esiste un certo grado di disaccordo tra psichiatra e paziente circa i fattori che influenzano la qualità della vita: i pazienti in genere descrivono la qualità della vita in termini di stile di vita; gli Psichiatri sono più focalizzati sull'assenza di malattia e sull'importanza di un appropriato aiuto specialistico.

Trattamento psicofarmacologico: impatto sulla salute fisica e rischio di malpractice

R. Catanesi
Bari

La responsabilità professionale dello psichiatra corre lungo binari che sostanzialmente ripercorrono i profili della responsabilità medica, ovvero l'obbligo di rispondere in sede penale e civile del danno cagionato a terzi per colpa e cioè per imprudenza, negligenza, imperizia, inosservanza di regolamenti, ordini e discipline.
Il tema è divenuto di largo interesse anche in psichiatria ove, negli ultimi tempi, molto si è discusso sulla relazione fra appropriatezza terapeutica e responsabilità professionale.
Due sono gli aspetti che saranno affrontati. Il primo riguarda il monitoraggio medico in corso di trattamento con farmaci antipsicotici, tema che richiama antiche ed ancora non superate divisioni fra psichiatria ed altre branche mediche, che inducono talvolta cattive prassi – con conseguenti profili di responsabilità medica – alimentate da mai risolte querelle sulle competenze, i luoghi e le modalità trattamentali di patologie fisiche in un paziente psichiatrico.
Il secondo aspetto attiene più da vicino la questione dell'off-label, la difficile adattabilità delle necessità psichiatriche con le problematiche medico-legali, fra le quali gli obblighi di acquisizione del consenso informato.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
Sala Mantegna

S32. Il setting in psicoterapia: regole, limiti, tentativi di trasgressione e valore terapeutico

Coordinatore
C. Loriedo (Roma)

Il setting nella terapia psicoanalitica

I. Carta
Milano

Il termine "setting" nel lessico della psicoanalisi possiede delle valenze semantiche molto ampie: infatti del setting si parla facendo riferimento alle categorie spaziotemporali che lo definiscono nella sua dimensione puramente fisica ma in realtà le dimensioni fisiche del setting assumono sempre significati metaforici e i loro referenti simbolici sono lo spazio mentale, lo spazio interno del paziente e anche quello del terapeuta ben separato dallo spazio esterno, dal mondo esterno. La costituzione di un setting a cui si attribuiscono queste valenze, definisce di per se stesso l'oggetto del lavoro psicoanalitico rivolto primariamente al mondo intrapsichico. Il setting inoltre svolge una funzione contenitiva e protettiva nei confronti delle dinamiche psichiche che si muovono e a volte agitano in modo tumultuoso l'organismo psichico di chi è impegnato nell'avventura della terapia psicoanalitica. Estremizzando nei termini quella che è una delle molte attribuzioni conferite al setting e rappresentata in esso, si può affermare che la cornice che circoscrive ed include il processo terapeutico costituisce anche un fattore inerziale, è qualcosa che rimane immutato mentre il processo psichico evolve e se questo non evolve è proprio a ragione del fatto che la natura e la sostanza stessa del lavoro psicoterapico si è identificata tutta nel setting che in un certo senso ha sostituito la terapia cronicizzando ed immobilizzando gli attori della medesima in una sequenza di operazioni ritualizzate. Una evidente esemplificazione di quanto detto è costituito dal rapporto che certi soggetti strutturalmente psicotici intrattengono con il setting investito da costoro di significati che sono una evidente manifestazione della coazione a ripetere e quindi di una opposizione patologica a qualsiasi forma di cambiamento.

Un approccio post-razionalista al setting: la sua variazione come strumento di perturbazione emotiva strategicamente orientata

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

La traduzione italiana della parola setting presenta almeno tre possibili significati: un primo è quello di stabilire, disporre, organizzare, fissa cioè le condizioni di funzionamento di una determinata operazione stabilendo i parametri di stabilità e regolarità; un secondo significato è quello di cornice, contorno, incastonatura, ovvero si definisce un contenitore, un confine organizzativo all'interno del quale si organizza una determinata attività; un terzo contenuto semantico è rappresentato dal presente progressivo, il setting è una operazione che con continuità si prolunga nel tempo sviluppandosi gradualmente.
Secondo l'ottica cognitivista post-razionalista il setting può rappresentare lo specifico contesto in cui si costruisce e si sviluppa la relazione terapeutica, contesto nel quale si costruiscono domini consensuali emotivi e di significato che orientano il paziente verso il cambiamento.
In quest'ottica il setting sia all'interno delle proprie caratteristiche costitutive che nelle sue variazioni può essere utilizzato consapevolmente dal terapeuta per operare una perturbazione emotiva, in modo strategicamente orientato, che ri-orienti il paziente verso il cambiamento.
Verranno presentati alcuni esempi clinici in cui la variazione di fattori interni o esterni al setting hanno operato questa perturbazione e gli esiti di tali strategie terapeutiche.

Psicoterapie "ai limiti della norma": una riflessione sul setting e la psicopatologia post-moderna

D. La Barbera
Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo

I rapidi cambiamenti dei paradigmi culturali e degli scenari sociali ed economici stanno determinando, con sempre maggiore evidenza, inedite e differenti forme di

disagio psichico, con il diffondersi di nuove patologie emergenti o di presentazioni sintomatologiche di patologie già note affatto diverse dai quadri clinici tradizionali. Nuovi stili di vita insieme con la tipica visione del mondo che contraddistingue la cultura dell'epoca post-moderna ci rendono ragione dell'emergere di una nuova sensibilità che si accompagna a una rappresentazione del mondo, dei legami e delle relazioni che impone una precisa presa di consapevolezza agli specialisti nell'area della salute mentale. Infatti gli aspetti che oggi caratterizzano la dimensione sociale, quali velocità, mutevolezza, instabilità, flessibilità e camaleontismo identitari, incertezza, precarietà, sentimento di crisi permanente, si riflettono sulle configurazioni psicopatologiche attuali, conferendo loro una coloritura specifica che influenza fortemente la relazione di cura, il progetto terapeutico, il rapporto con i farmaci e la psicoterapia. Tali modalità richiedono sempre più frequentemente adattamenti del setting in grado di affrontare e contenere questi aspetti di complessità della psicopatologia odierna, spesso embricata in dimensioni di comorbilità con multipli tratti disfunzionali di personalità, condotte additive, turbolenze identitarie, sullo sfondo di una dimensione socio-culturale nella quale tutti i legami di appartenenza appaiono indebolirsi e la trama dei riferimenti valoriali e ideali tende a sfilacciarsi e a lacerarsi sempre più.

Il setting terapeutico come mente relazionale complessa. Il setting relazionale-sistemico

C. Loriedo

Roma

Nell'ambito specifico della *psicoterapia relazionale-sistemica,* il setting consiste nell'insieme di elementi e di regole, proposte dal terapeuta e condivise con famiglie e/o individui, che definiscono e delimitano un sistema complesso di relazioni, che viene denominato *sistema terapeutico*.

In base a tali regole e a specifici *obiettivi*, concordati per reciproco consenso e solitamente formalizzati in un esplicito contratto, si determinano peculiari *modalità di incontro e di relazione*, all'interno di un *determinato ambito spazio-temporale*.

La definizione di queste regole e il rispetto dei limiti da esse stabiliti da parte di tutti i partecipanti, garantisce il *mantenimento del setting* e del *valore terapeutico della relazione*. Al contrario, il loro mancato rispetto, se avviene in forma significativa e perdura nel tempo, può produrre la perdita della qualità terapeutica della relazione.

La complessità: una prima sostanziale differenza nei confronti di altri orientamenti consiste nel fatto che nell'approccio relazionale-sistemico si deve tener conto, contemporaneamente di più soggetti: quello che il setting deve delimitare e regolare non è una sola relazione, ma un insieme di relazioni, anzi sarebbe più corretto dire, *una relazione di relazioni*. Non una semplice somma di relazioni, quindi, ma una struttura molto più *complessa*.

Proprio attraverso questa idea della complessità, che comporta anche la molteplicità e la inerente diversità dei punti di vista, ma anche la loro *compatibilità*, si arriva a raggiungere l'obiettivo di fondo dell'approccio relazionale sistemico: vedere le infinite prospettive di una stessa scena, ingenerare il dubbio nelle interpretazioni e nelle letture consolidate degli eventi, smontare e rimontare le attribuzioni di significato in modo più flessibile e funzionale.

Nella prospettiva sistemico-relazionale la complessità costituisce un concetto chiave che consente di comprendere tanto la relazione terapeutica che il setting secondo una visione del tutto peculiare, Si tratta di un concetto che ammette la possibile coesistenza di punti di vista molteplici e differenti e proprio per questo non ha pretesa di esaustività.

In altri termini, non esiste un punto di vista assoluto dal quale sia possibile giudicare le differenze intercorrenti tra i differenti punti di vista, comporne i contrasti ed armonizzarle. Non è più questione di rendere differenti punti di vista concordi tra loro, bensì di comprendere in che modo punti di vista differenti vengano a prodursi reciprocamente (Ceruti, 1985).

Inoltre, la complessità consente di valorizzare il concetto di *limite,* che costituisce uno degli aspetti fondamentali del setting. In questa prospettiva, infatti, i limiti non vengono considerati un valore negativo, perché viene fortemente ridimensionato l'ideale della conoscenza assoluta e totalizzante. I limiti della conoscenza vengono riconosciuti come insiti nelle sue stesse matrici costitutive, nei suoi stessi meccanismi di costruzione. *Nel pensiero complesso non vi è spazio per l'idea di una conoscenza perfetta, completa ed esaustiva, in quanto esso si alimenta di incompletezza e di incertezza*. La complessità è l'opposto della completezza, della totalità, e si propone come difficoltà e come incertezza, non come chiarezza e come risposta" (Loriedo e Picardi, 2000).

Il setting terapeutico come 'mente': osserva Bateson che la mente, ciascuna mente, pensa in termini di storie. Egli definisce storia "un piccolo nodo o complesso di quella specie di connessione che chiamiamo pertinenza"

"… pensare in termini di storie non fa degli esseri umani qualcosa di isolato […] se il mondo è connesso, se in ciò che dico ho sostanzialmente ragione, allora pensare in termini di storie dev'essere comune a tutta la mente e a tutte le menti, siano esse le nostre o quelle delle foreste di sequoie o degli anemoni di mare" (Bateson, 1984, p. 28)

Anche il paziente, quindi, arriva dal terapeuta con delle storie da raccontargli, strutture e sequenze delle esperienze vissute, che però sono anche la materia con cui ha costruito la propria identità. Queste storie, come strutture nel tempo, costituiscono il contesto in cui inseriamo anche i nuovi eventi, in quanto "ciò che è accaduto ieri […] rimane e informa di sé il nostro rapporto

di oggi. E questo informare è, in linea di principio, un trasferimento dell'apprendimento passato", così come il nostro agire di oggi non è altro che un manifestarsi all'esterno della nostra storia.
È noto che fin dall'infanzia l'essere umano si nutre di storie narrate dagli adulti ed esprime in forma di storia il proprio mondo attraverso il gioco. Attraverso la narrazione le persone comprendono e organizzano la realtà, in quanto il rapporto che si instaura tra soggetto ed oggetto non si limita alla mera registrazione, ma dà invece origine a rappresentazioni costruite dall'osservatore attraverso la sua soggettività, rappresentazioni o tasselli di storie che interagiscono e si combinano come in una danza.
La relazione terapeutica, ed in particolare il suo *setting,* come luogo della psicoterapia, può essere definito allora come quell'ambito in cui vengono scritte e riscritte delle storie, perché esse sono qualcosa che non esiste obiettivamente, così come le parole sono simboli della cosa rappresentata, ma non sono la cosa rappresentata.
All'interno della terapia, grazie alla relazione, e alle sue particolari regole, si realizzano i processi che determinano la co-costruzione di storie a partire da altre storie: i processi di composizione e scomposizione, i cambiamenti di ordine gerarchico e temporale tra le parti, l'inserimento o eliminazione di parti, che contribuiscono a dare una forma nuova alla storia e tramite questa una nuova forma alla strutturazione della propria realtà interna attraverso la quale ciascuno di noi vede il mondo ed agisce nel mondo.
Nel momento della narrazione in terapia la "storia" raccontata viene disgregata, rimescolata e reinventata, cambiando così la scenografia che fa da sfondo al nostro essere. Questo genera nuovi apprendimenti per tutti i partecipanti al sistema terapeutico, famiglia, singoli componenti, terapeuti.
In ultima analisi, per comprendere il ruolo fondamentale del setting psicoterapeutico, possiamo servirci della correlazione proposta dal grande antropologo Gregory Bateson, uno dei padri fondatori, se non il più grande, dell'orientamento relazionale-sistemico.
Si tratta della correlazione tra sistema terapeutico con le sue regole (setting) e *mente*: queste due realtà, apparentemente separate, possono essere connesse tra loro da un processo di *abduzione*.
Sul concetto di abduzione si fondano molte delle teorizzazoni di Bateson, il quale precisa che la connessione basata sulla relazione abduttiva si presenta quando due blocchi di conoscenza obbediscono alle stesse regole.
"Alla base del pensiero *abduttivo* c'è la convinzione che a partire da alcune evidenze sia possibile inferire una spiegazione e formulare una ipotesi plausibile: È evidente che si tratta di ipotesi e che le inferenze non sono assolutamente certe" (Bateson, 1984, p. 191).
In base a tale processo Bateson considera "mente" ogni aggregato di fenomeni che soddisfa i seguenti criteri:
1. Una mente è un aggregato di parti o componenti interagenti: il sistema terapeutico può essere visto come un aggregato di parti interagenti, che nel caso specifico sono a loro volta menti. Il sistema terapeutico si struttura grazie all'interazione combinata tra queste parti differenziate. La mente è un sistema, ma non tutti i sistemi sono menti. Un sistema per essere mente deve soddisfare anche ulteriori criteri, che sono propri del processo mentale.
2. L'interazione tra le parti della mente è attivata dalla differenza: nel mondo materiale (il pleroma di Jung), la causa di un evento è una forza esercitata da una parte sull'altra. Esso risponde, quindi, ad una causalità di tipo lineare. Il processo mentale, invece, e parallelamente il processo terapeutico, nasce dalla interazione attivata da una differenza tra le parti (o dalla differenza in istanti diversi della stessa parte, che chiamiamo cambiamento), differenza che viene percepita da una terza componente, il ricevente, che a sua volta reagisce a questa differenza. Possiamo dire che la mente, ma anche ad es. ciascun organo di senso, è attivata da differenze, e può ricevere solo notizie su differenze. La differenza non è sostanza, non ha una ubicazione, non è situata nel tempo e nello spazio, non ha dimensioni. Essa non è che una "idea". Sostiene Bateson che la parola "idea" nella sua accezione più elementare è proprio sinonimo di differenza.
Le differenze sono il materiale con il quale si costruiscono le mappe, anche quelle che guidano il nostro agire nel mondo, infatti se un territorio fosse privo di differenze, di esso si riporterebbero nella mappa solo i confini (Bateson, 1984, p. 468), e ci mancherebbero punti interni di riferimento. La percezione di differenze permette la produzione di nuove mappe.
3. Il processo mentale richiede un'energia collaterale: nel mondo delle cose viventi, a differenza di quello che accade nel mondo materiale, l'energia della reazione o effetto è già presente in ciò che reagisce prima ancora dell'evento che lo ha attivato. All'interno del sistema terapeutico ciascun componente è una sorgente di energia. Si può agire per far scattare questa energia, per facilitare il suo fluire, ma poi il fluire vero e proprio dell'energia dipende dalla fonte che la detiene. In proposito Bateson, utilizzando una efficace esemplificazione, afferma che "La combinazione dei due sistemi (il meccanismo della decisione e la fonte dell'energia) rende la relazione complessiva una relazione di mobilità parziale da ambo i lati. Potete portare un cavallo all'abbeveratoio, ma non potete costringerlo a bere: il bere è faccenda sua. Ma anche se ha sete, il cavallo non può bere se non lo portare all'acqua: portarcelo e faccenda vostra" (p. 137).
4. Il processo mentale richiede catene di determinazione circolari (o più complesse): questo vuol dire che il processo mentale non risponde ad un principio di causalità lineare, ma che ogni evento che accade al suo interno è effetto rispetto a ciò che è accaduto prima e causa rispetto a ciò che viene dopo. Ma vuol dire anche che non c'è un punto di inizio ed uno di fine, e che ogni punto della sequenza può essere arbitraria-

mente visto come inizio o come fine. Vuol dire inoltre che ogni effetto si ripercuote sull'evento che arbitrariamente ipotizzo come iniziale, una volta che ha percorso tutto il circuito. Ma le cose sono anche più complesse, perché per il criterio precedente in ogni punto della sequenza la relazione è bidirezionale e l'effetto è il risultato di questa combinazione di relazioni. Nel sistema terapeutico/mente si verificano catene di determinazioni circolari. La circolarità dei processi permette ai processi stessi di generare al loro interno sistemi di autocorrezione o adattamento.

5. Nel processo mentale gli effetti della differenza devono essere considerati come trasformate (cioè versioni codificate) della differenza che li ha preceduti: la differenza per essere percepita dal ricevente e diventare per lui informazione deve essere prima da questi trasformata ovvero *codificata*. Le modalità con cui avvengono queste trasformazioni sono innumerevoli. La dicotomia più comune è tra sistema di codificazione analogica, con gradazione della risposta rispetto all'evento, e sistema di codificazione digitale, del tipo tutto o niente, cioè presenza o assenza di reazione. Un altro tipo di codificazione che si presenta frequentemente è quella che ci porta a percepire il tutto partendo da una sua parte (per il cd fenomeno del completamento): in tal caso la totalità è solo una nostra congettura. In definitiva, accade che ciascun ricevente trasforma, attraverso il suo sistema di codificazione, la differenza e quindi si producono effetti molteplici e diversificati.

6. La descrizione e la classificazione di questi processi di trasformazione rivelano una gerarchia di tipi logici immanenti ai fenomeni: un'altra importante caratteristica del processo mentale, e del processo terapeutico, consiste nel fatto che al suo interno avvengono comunicazioni a differenti livelli di gerarchia. Bateson, ricollegandosi ai Principia Mathematica di Whitehead e Russell (1910), si sofferma in particolare sui metamessaggi, che sono messaggi che contestualizzano altri messaggi modifcandone completamente il significato.

Bateson sostituisce la consapevolezza di se stessa, fino ad allora considerata essenziale per il pensiero umano, con il concetto di "livelli", e con l'idea originale della organizzazione della mente in livelli.

Questa analogia tra sistema terapeutico e *mente*, frutto del processo di *abduzione* suggerito da Bateson, guiderà la discussione dei concetti chiave del setting relazionale-sistemico.

Bibliografia

Bateson G. *Mente e natura*. Milano: Adelphi Edizioni 1984.

Ceruti M. *La hybris dell'onniscienza e la sfida della complessità*. In: Bocchi G, Ceruti M, editors. *La sfida della complessità*, Milano: Feltrinelli 1985.

Loriedo C, Picardi A. *Dalla Teoria Generale dei Sistemi alla Teoria dell'Attaccamento. Percorsi e modelli della psicoterapia relazionale-sistemica*, Milano: Franco Angeli 2000.

Loriedo C, Acri F, editors. *Il setting in psicoterapia. Lo scenario dell'incontro terapeutico nei differenti modelli clinici di intervento*, Milano: Franco Angeli 2009.

Whitehead AN, Russell B. *Principia Mathematica*, Cambridge: Cambridge University Press 1910.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40

Sala Pinturicchio

S33. Psichiatria di consultazione e collegamento in medicina generale: modelli di intervento

Coordinatore

M. Rigatelli (Modena)

Responsabilità e potenzialità del Centro di Salute Mentale nei confronti della Medicina Generale

N. Colombini

Dipartimento di Salute Mentale, AUSL di Modena

A partire dagli studi pionieristici di Shepherd, è stato più volte dimostrato che solo una esigua percentuale di pazienti affetti da disturbi emotivi, riconosciuti come tali dal medico di medicina generale (MMG), venisse poi inviata a servizi psichiatrici specialistici. Di fatto i disturbi psichiatrici rappresentano una parte consistente di tutti disturbi trattati dai MMG. L'OMS inoltre ha in più occasioni sottolineato la necessità di favorire che i trattamenti psichiatrici vengano effettuati principalmente nell'assistenza di base.

Per fornire un'adeguata assistenza alle persone affette da patologie psichiatriche, debba essere organizzata e costantemente implementata una stretta collaborazione tra Servizi Psichiatrici Pubblici e MMG, che però si è sviluppata in Italia in maniera non omogenea, per diversi motivi, anche all'interno di una stessa Azienda Sanitaria Locale.

Nella Regione Emilia Romagna da un decennio è stato organizzato ed implementato un Programma Collaborativo Regionale operativo per tutte le Aziende Sanitarie

Locali della Regione, tra MMG e Centri di Salute Mentale dei Dipartimenti Aziendali, il Programma Giuseppe Leggieri.
I modelli organizzativi in cui si è strutturata la collaborazione variano tra assetti poco strutturati di semplice consulenza clinica nei CSM, ad altri in cui viene maggiormente sviluppata la formazione reciproca, per arrivare all'istituzione di specifici Servizi di Consulenza ai MMG esterni ai CSM, fino alle esperienze di consulenza clinica specialistica psichiatrica svolta negli ambulatori dei MMG.
Le potenzialità formative, operative, cliniche e di ricerca di questo Programma sono molteplici, così come sono però evidenti le responsabilità pratiche dei CSM nei confronti dei MMG e dei pazienti nell'attuazione del Programma Leggieri.

Psicoterapia Interpersonale per la depressione in Medicina Generale

M. Menchetti, B. Bortolotti, D. Berardi
Istituto di Psichiatria "Ottonello", Università di Bologna

Introduzione: recenti studi epidemiologici mostrano che i disturbi depressivi sono estremamente diffusi nella popolazione generale con prevalenza compresa fra 3% e 10%. La maggior parte dei casi di depressione vengono gestititi nel settore delle cure primarie dal medico di medicina generale (MMG). Le più recenti linee guida suggeriscono un ruolo importante per gli interventi psicologici come trattamenti di prima scelta per le forme depressive lievi-moderate. Tuttavia, solo poche evidenze sono disponibili nello specifico contesto della medicina generale. Scopo del presente studio è di valutare l'efficacia di un breve intervento di counselling ad orientamento interpersonale (Inter-Personal counselling, IPC), comparandolo con i farmaci antidepressivi più utilizzati nella pratica clinica, i Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI).
Metodi: il presente studio è un trial multicentrico randomizzato e controllato. I casi inviati dal MMG venivano sottoposti a valutazione ed inseriti nello studio se avevano una diagnosi di depressione maggiore (DM), un punteggio alla Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) ≥ 13 e meno di 2 episodi depressivi in anamnesi. I pazienti erano randomizzati ai due bracci di trattamento (IPC e SSRI) e quindi valutati a 2, 6 e 12 mesi. La misura di esito principale era la remissione a 2 mesi della sintomatologia depressiva (punteggio alla HDRS ≤ 7). Il funzionamento era misurato con la Work and Social Adjustement Scale.
Risultati: sono stati reclutati 287 pazienti con DM, in maggioranza di genere femminile (74%), con un punteggio medio alla HDRS di 17,3 ± 3,5. A 2 mesi nel gruppo dell'IPC il 57,6% dei pazienti era in remissione contro il 45,5% di coloro che assumevano SSRI ($p < 0,05$). Dividendo il campione in 2 fasce di gravità della depressione, IPC appariva superiore agli SSRI solamente nei casi lievi (HDRS < 18).
Conclusioni: IPC sembra un trattamento efficace per la depressione in medicina generale, comparabile con gli SSRI.

Gruppi Balint ed altre esperienze con i MMG

F. Pellegrino, L. Casolari*
*Dipartimento Salute Mentale ASL Salerno; * Università di Modena e Reggio Emilia*

Il medico come professionista delle *helping profession* è particolarmente esposto a condizioni di *distress lavorativo* o *sindrome del burn-out*, una condizione di logorio professionale che comporta demotivazione ed insoddisfazione professionale, ma che può anche prefigurare vere patologie psichiatriche.
La *sindrome del burn-out* è un processo multifattoriale definito come un'inefficace adattamento ad uno stress individuale eccessivo nel quale un professionista si disimpegna dal proprio lavoro.
Il burn-out può essere causa di:
- errore professionale;
- difficoltà nel rapporto con il paziente, con minore empatia e sensibilità;
- tensione, ansia e depressione dell'operatore.

Un medico stressato e demotivato non avere la giusta concentrazione, essere distratto, meno attento alle esigenze del paziente, più superficiale nei processi diagnostici e terapeutici; può non avere la lucidità richiesta per la particolare tipologia professionale.
Lo stress ha un impatto negativo sulle funzioni cognitive ed emotive dell'operatore e lo rende più vulnerabile ad erronee valutazioni operative in ambito professionale; sul piano personale lo stress incide sulle funzioni organiche esponendolo ad un elevato rischio di sviluppare patologie dell'area psicosomatica.
Evidentemente occorre acquisire nuove consapevolezze e intraprendere nuovi percorsi formativi i linea con i modelli della psicologia del positivo, modelli che hanno portato alla individuazione delle *caratteristiche delle persone vincenti*, alla scoperta della *resilienza*, alla definizione del senso di *autoefficacia percepita*, alla comprensione dell'importanza dell'*intelligenza emotiva*, dell'*ottimismo*, della *creatività* dell'*autostima*, alla valorizzazione dell'esperienza del *libero flusso* o *flow*.
Tradotti in termini pratici, questi concetti, che sottendono le potenzialità espressive della personalità matura, sono alla base del *knowledge worker* o lavoratore della conoscenza, persona che gestisce informazioni, idee e abilità.
Nel presente lavoro vengono presentate esperienze informative/formative rivolte ai medici di medicina generale sia a Modena che a Salerno.

Il problema dei sintomi somatici inspiegabili

S. Ferrari

UO di Psichiatria Ospedaliero-Universitaria Modena Centro, Università di Modena e Reggio Emilia

I pazienti con sintomi medici inspiegabili (MUS, dall'originale espressione inglese Medically Unexplained Symptoms) costituiscono fino ad un quarto dell'utenza media di un ambulatorio di Medicina Generale e fino ad un 40-50% di quella di un poliambulatorio dell'ospedale generale. Contribuiscono in larga misura al fenomeno dell'alto utilizzo dei servizi sanitari, specie di primo livello, registrato da vari studi epidemiologici. Sono un fenomeno sanitario "trasversale", realmente interdisciplinare, e la conferma viene dalla grande diffusione, negli ultimi anni, di "nuove diagnosi" al confine tra psichiatria e medicina, quali ad esempio il colon irritabile, la fibromialgia, il dolore pelvico cronico, la sincope psicogena, ciascuna appartenente ad uno specifico ambito clinico e dunque di teorica competenza esclusiva dello specialista del caso, ma tutte dotate di caratteristiche cliniche simili e ricorrenti che ne sottolineano la possibile base patogenetica comune.

La diffusione di tali nuove sindromi nonché la necessità stessa di ricorrere all'etichetta di MUS segnalano la vera questione che sta alla base, e cioè le grandi incertezze nosologiche e quindi diagnostiche che contraddistinguono la categoria dei disturbi somatoformi e le difficoltà di spiegazione o comprensione del fenomeno della somatizzazione.

Numerose sono state le critiche avanzate all'attuale atteggiamento del DSM nei confronti della "patologia psicosomatica" e varie sono state, di conseguenza, le proposte che consentirebbero di superare tali critiche. Si ricordino in particolare a questo proposito i due importanti contributi di INTERMED e dei DCPR.

La psichiatria di consultazione e collegamento opera quotidianamente movendosi tra queste difficoltà: le riflessioni teoretiche e nosografiche-nosologiche devono condurre la strada verso la messa a punto di strumenti diagnostici efficaci, su cui fondare una diagnosi in positivo, e non solo per esclusione, e che siano al tempo stesso in grado di essere compresi e condivisi anche dai colleghi di altre specialità mediche.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40

Sala Bernini

S34. Emergenze ed urgenze psichiatriche nell'infanzia e nell'adolescenza

Coordinatori

E. Caffo (Modena), A. Siracusano (Roma)

Gli interventi di emergenza in infanzia e in adolescenza: le best practices nazionali ed internazionali

E. Caffo

Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: sebbene la raccolta di dati epidemiologici sulle emergenze/urgenze di natura psichiatrica in età evolutiva nel nostro Paese continui ad essere caratterizzata da significative lacune, è evidente come la gestione di questi casi rappresenti una criticità nel sistema dell'assistenza psichiatrica in età evolutiva.

Benché siano numericamente più rare rispetto a quelle degli adulti, le situazioni di emergenza/urgenza in età evolutiva si caratterizzano per una notevole complessità clinica ed una significativa difficoltà gestionale, sia per la mancanza di percorsi di accoglienza strutturati, sia perché nella maggior parte dei casi il ricovero non avviene all'interno di strutture di Neuropsichiatria infantile, bensì all'interno di reparti spesso privi di competenze utili alla gestione delle problematiche di natura psichiatrica.

Obiettivo dell'autore è quello di presentare alcuni nodi irrisolti nella gestione dei casi di emergenza psichiatrica in età evolutiva, evidenziando alcune buone prassi per il triage, l'intervento e la prevenzione individuate a livello internazionale.

Metodi: l'Autore analizzerà alcune raccomandazioni relative al triage e all'intervento derivanti dalla ricerca scientifica individuate attraverso un percorso di review nei database Medline, PsychINFO e Cochrane Library.

Risultati: gli studi mostrano che le principali situazioni psicopatologiche a carattere di emergenza/urgenza in età evolutiva riguardano soprattutto l'età adolescenziale e sono rappresentate da esordi psicotici acuti, stati di grave agitazione (ad es. in seguito all'uso di sostanze), tentati suicidi e gravi disturbi dell'umore, abusi e maltrattamenti, disturbi della condotta e disturbi del comportamento alimentare. Queste situazioni richiedono opportuni interventi di triage in strutture adeguatamente

formate. Al tempo stesso è indispensabile disporre di procedure di intervento differenziate per tipologia di caso e capaci di riconnettere la realtà ospedaliera alle altre strutture sanitarie presenti sul territorio. Dalla ricerca internazionale emergono anche alcune prassi evidence based di tipo preventivo.
Conclusioni: gli interventi di gestione dell'emergenza psichiatrica devono essere basati su evidenze scientifiche, appropriati per le diverse età, sensibili alla variabile culturale e somministrabili in modo flessibile. Il percorso di accesso, accoglienza, diagnosi e trattamento urgenti – incluso l'eventuale ricovero – deve rientrare in un progetto di più ampia presa in carico, nel quale siano stati definiti in modo chiaro gli obiettivi e il ruolo dei diversi operatori del territorio coinvolti.

Le dimensioni del problema: cosa ci dicono lo studio PRISMA, lo studio World Mental Health (WMH) Survey Initiative e gli studi PROGRES?

G. de Girolamo
IRCCS "Fatebenefratelli", Brescia

Obiettivo: discutere, a partire dai risultati dei progetti PRISMA, WMH e PROGRES, le principali 'lezioni' che questi progetti forniscono relativamente alla dimensione dei problemi nell'area della salute mentale infantile ed adolescenziale, considerata anche nei suoi rapporti con la salute mentale dell'età adulta.
Metodi: vengono sintetizzati i principali risultati dei progetti PRISMA, WMH e PROGRES (SR e PROGRES-Acuti) e quindi vengono discussi, a partire da essi, le implicazioni che essi hanno sia rispetto alla valutazione della dimensione dei problemi nel campo dell'infanzia ed adolescenza che relativamente alle strategie da attuare per migliorare la qualità dell'assistenza.
Risultati: nello studio PRISMA, in cui sono stati valutati in maniera approfondita, quasi 4.000 adolescenti, è emersa una prevalenza, per qualsiasi disturbo mentale, pari all'8,2% del campione esaminato. Nello studio WMH, nel campione italiano costituito da 4.732 soggetti intervistati individualmente, è emersa una prevalenza a 12 mesi, per i disturbi mentali 'comuni' (quindi escludendo i disturbi psicotici), pari all'8,4%. Nel PROGRES sono state censite 1.374 strutture residenziali, e ne sono state valutate in dettaglio, nel corso della Fase 2, 265 e 2.962 pazienti in 20 regioni (o Province Autonome) su 21. Nel PROGRES-Acuti sono stati censiti 262 SPDC, 23 Cliniche Psichiatriche Universitarie (CPU), 16 CSM aperti 24 ore al giorno (CSM-24h), e 54 Case di Cura (CC) private. Questi progetti, tra i più ampi mai effettuati nel loro genere a livello internazionale, hanno consentito di raccogliere una enorme mole di informazioni relative alla morbidità psichiatrica nella popolazione generale ed alle caratteristiche quanti- e qualitative dei servizi di salute mentale italiani. Tra le principali conclusioni da trarre, vi è la constatazione di tassi di prevalenza per tutti i disturbi più bassi rispetto ad altri paesi europei o nordamericani; infine, per quanto attiene ai servizi, vi è una enorme variabilità, sia quantitativa che qualitativa, tra strutture diverse, che va riequilibrata.

La dimissione: strutture intermedie, trattamento farmacologico, follow-up

P. Stagi
Ravenna

Uno dei principali assunti dei servizi di salute mentale italiani è il mantenimento delle persone affette da disturbi psichici e comportamentali nel loro abituale contesto di vita che, per i minori, è di norma la famiglia naturale. In particolare la L. 104/92 ha sancito l'abbandono dei programmi di "educazione speciale", dedicati agli alunni disabili, e la promozione di un modello basato sull'elevata integrazione tra sistemi sanitario, sociale e scolastico, da un lato, e famiglie dall'altro, unico nello stesso panorama europeo. Tuttavia, in particolari circostanze, può rendersi necessario l'allontanamento di bambini e adolescenti dal nucleo familiare e il loro inserimento in centri residenziali; tra le possibili motivazioni: la tutela del minore, qualora si ravvisino condizioni di abuso o maltrattamento intrafamiliare; il temporaneo sollievo alla famiglia, ad es. per una malattia intercorrente del genitore in un nucleo familiare uniparentale; l'impossibilità di un nucleo familiare "multiproblematico" nel soddisfare specifici bisogni di salute di un bambino gravemente disabile. Oltre a queste condizioni, che riconoscono una prevalente motivazione socio-assistenziale o socio-educativa, vi sono i ricoveri di natura più squisitamente sanitaria, terapeutico-riabilitativa, ad es. nella fase immediatamente successiva alla dimissione da strutture psichiatriche per le emergenze/urgenze. In ogni caso gli interventi abilitativi/riabilitativi nell'ambito della residenzialità devono corrispondere ai requisiti di seguito elencati: deve essere chiaramente definita la "soglia" richiesta per far scattare l'intervento residenziale; devono essere esplorate le possibili opzioni alternative al ricovero; la struttura individuata deve soddisfare criteri autorizzativi e di accreditamento, dunque standard qualitativi tali da garantire la tutela del minore e la qualità dell'offerta terapeutica; il trattamento residenziale deve essere circoscritto nel tempo e comunque finalizzato al reinserimento familiare e all'inclusione sociale, per evitare situazioni di dipendenza dalla struttura ospitante e fenomeni di cronicizzazione; il progetto deve essere sottoposto a periodiche verifiche e revisioni e sottostare ad una rigorosa analisi costi/benefici.
Le strutture, residenziali e semiresidenziali, atte a soddisfare i bisogni di salute di preadolescenti e adolescenti nella fase che intercorre tra il ricovero in condizioni di emergenza/urgenza psicopatologica e la presa in carico ambulatoriale sono denominate strutture "intermedie". Alcune regioni hanno cercato di definirne le caratteristiche con appositi documenti; ad es. la Regione Emilia-Romagna ha declinato i requisiti specifici delle strutture sanitarie intermedie con la DGR

n. 911 del 25/6/2007 "Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA): requisiti specifici di accreditamento delle strutture e catalogo regionale dei processi clinico-assistenziali", identificandone due principali tipologie: le Residenze terapeutiche intensive per minori (RTI-M) e le Residenze terapeutiche post acuzie per minori (RTP-M). Parallelamente la DGR n. 846 dell'11/6/2007 "Direttiva in materia di affidamento familiare e accoglienza in comunità di bambini e ragazzi" ha normato i percorsi di accesso e i requisiti delle strutture residenziali con funzioni più propriamente socio-assistenziali e socio-educative. Anche se in Italia mancano approfonditi studi sui ricoveri di minori in strutture sanitarie e socioassistenziali o socioeducative, saranno presentati i pochi dati disponibili estrapolati dai *report* regionali e i principali modelli di presa in cura, assai eterogenei. Infine sarà proposta una revisione della letteratura circa l'efficacia a lungo termine dei trattamenti residenziali, anche in riferimento al trattamento psicofarmacologico integrato.

Aspetti medico legali degli accertamenti e dei ricoveri psichiatrici di minori: il consenso, l'assenso

G. Sergio

Presidente del Tribunale per i minorenni di Napoli

Com'è noto, la condizione giuridica del minorenne è mutata a seguito della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo del 1989 ratificata con l. n. 176 del 1991 che ha formalizzato il catalogo dei suoi diritti personali, relazionali, sociali.
Tra questi spicca quello previsto dall'art. 12 è cioè "il diritto del fanciullo capace di discernimento di esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa, opinione da prendere nella dovuta considerazione tenendo conto della sua età e del suo grado di maturità"
Di conseguenza in ogni procedura giudiziaria o amministrativa occorre dare al minore la possibilità di essere ascoltato sia direttamente sia tramite un rappresentante o un organo appropriato.
Il diritto del fanciullo ad esprimere la propria opinione su ogni questione che lo interessa ha perciò ribaltato l'approccio precedente che faceva prevalere l'incapacità del soggetto in età evolutiva sulla sua soggettività.
La Convenzione di Oviedo del 4 aprile 1997 sui diritti dell'uomo e la biomedicina, ratificata con l. n. 145 del 2001 a sua volta ha accolto e riconosciuto questo nuovo fondamentale diritto anche nell'ambito della relazione medico paziente ed ha formulato negli artt. 5, 6 e 7 specifiche disposizioni che valorizzano la soggettività del minore in misura direttamente proporzionale alla sua età e grado di maturità, ovvero, in caso di disturbi mentale fanno prevalere la necessità della cura per salvaguardare comunque il suo diritto alla salute.
La relazione intende approfondire le relazioni medico minorenne in occasione di accertamenti e ricoveri psichiatrici, da sempre particolarmente delicate nel caso d'incapacità di quest'ultimo, alla luce del nuovo approccio che valorizza la capacità effettiva del soggetto debole per salvaguardare la sua dignità di persona.
Si tratta in definitiva di esplorare anche in questi casi così estremi la linea di confine tra principio di beneficità, che misura le cure sulla base della loro efficacia, e principio di legalità che disegna i confini inviolabili dei diritti della personalità.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
SALA MASACCIO

S35. Il disturbo di panico: ritorno al corpo

COORDINATORI
G.P. Perna (Milano), P. Castrogiovanni (Siena)

Panico, Agorafobia e Sistema dell'Equilibrio

D. Caldirola, C. Carminati, R. Teggi [*], M. Grassi, G. Vanni, G. Perna

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche; Casa di Cura "Villa S. Benedetto Menni"; [*]Università Vita-Salute, Ospedale "S. Raffaele", Milano

Il nostro equilibrio posturale è influenzato da numerosi fattori meccanici, sensoriali e neuropsicologici, che ci permettono di effettuare gli adattamenti necessari per modulare la nostra relazione posturale con l'ambiente che ci circonda. Il sistema integrato che controlla il mantenimento dell'equilibrio è costituito dall'apparato vestibolare, dal sistema visivo e dal sistema propiocettivo ed è influenzato dai sistemi cerebrali che modulano la componente emozionale dei nostri comportamenti. I pazienti con disturbo di panico (DP) e agorafobia spesso mostrano un'elevata sensibilità ad ambienti sensoriali complessi (centri commerciali, folla, traffico) in cui spe-

rimentano sensazioni di disequilibrio. Studi sperimentali su pazienti con DP hanno suggerito che questa caratteristica possa essere legata ad anomalie sub-cliniche del loro sistema dell'equilibrio, caratterizzato da un prevalente utilizzo del sistema propiocettivo e/o visivo. Uno studio recente del nostro gruppo ha indagato l'influenza degli stimoli visivi ambientali sul sistema dell'equilibrio in pazienti con DP e agorafobia e in controlli sani, utilizzando la stabilometria statica. È stato confrontato l'effetto posturale di immagini proiettate nel campo visivo periferico, che influenza le reazioni di orientamento e le risposte difensive rapide, e di immagini proiettate nel campo visivo centrale, che invece permette l'analisi dettagliata degli oggetti. I pazienti hanno mostrato una destabilizzazione posturale e un incremento di ansia durante stimolazione periferica mentre i controlli non hanno presentato destabilizzazione; entrambi i gruppi hanno presentato destabilizzazione durante stimolazione centrale. La specifica ipersensibilità a stimoli visivi periferici nei pazienti con DP e agorafobia potrebbe essere legata ad un "sistema di allarme visivo", che coinvolgerebbe aree visive, vestibolari e limbiche e che potrebbe influenzare lo sviluppo di agorafobia in situazioni in cui gli stimoli ambientali sono incerti/conflittuali. L'esposizione a stimoli visivi periferici in laboratorio e in vivo potrebbe migliorare i sintomi panico-fobici attraverso la diminuzione dell'ipersensibilità del "sistema di allarme visivo" grazie a meccanismi di abituazione e di compenso funzionale.

Il panico come malattia sistemica

L. Bossini
Siena

Per il tipico quadro clinico, caratterizzato da crisi improvvise e devastanti e costellato da sintomi di natura somatica, il panico ha sempre evocato lo spettro di malattie organiche, meritando, nel corso dei secoli, denominazioni che richiamavano i sintomi fisici più frequenti, come "nevrosi cardiaca", e "cuore irritabile".
La sintomatologia "fisico-organica" presente durante l'attacco coinvolge primariamente il corpo evocando lo spettro di numerose patologie d'organo o di apparato.
Infatti i sintomi fisici possono essere cardio-respiratori, gastrointestinali, neurologici, vestibolari e visivi.
Il coinvolgimento del "corpo", spesso nella sua unitarietà, non è però esclusivamente sul piano sintomatologico: infatti a carico degli organi ed apparati interessati è possibile rintracciare in molti casi alterazioni funzionali clinicamente e strumentalmente rilevabili, Apparentemente le alterazioni disseminate nei diversi settori corporei sono fra loro disconnesse, in realtà potremmo ipotizzare una unica origine centrale (il DP), che si manifesta come una malattia sistemica in grado di conferire, tramite il corpo, unitarietà alla apparente sintomatologia frastagliata.

Respiration patterns following laboratory panic challenges

E. Griez
Maastricht, Olanda

The link between respiration and panic has inspired several theories and stimulated many investigations.
The most robust experimental finding is a higher than normal variability in all, or most respiratory parameters at rest. Generally, the breathing pattern of panic disorder subjects is more chaotic than that in healthy individuals.
The present paper reports on two recent laboratory studies focusing on breathing characteristics immediately following a carbon dioxide challenge.
The first study explored the phenomenology of the experimental panic model in 64 healthy volunteers. An electronic Visual Analogue scale was used to assess fear and discomfort, while other symptoms were evaluated using a DSM-IV based Panic Symptom List. Respiratory symptoms were highly related to the subjective VAS scale, and the respiratory component of the CO_2 induced symptomatology was the most important predictor of fear/discomfort.
The second study assessed breathing patterns in PD patients during the recovery phase of a 35% carbon dioxide challenge. Compared to controls, PD subjects had an increased variability in respiratory rate and end tidal pCO2, while the time to full recovery was longer.
The results of both studies confirm that breathing regulation is closely linked to provoked panic, and underscore the suspected relationship between homeostatic mechanisms and anxiety.

Panic and the cardiovascular system

S. Davies
University of Bristol, UK

Clinical observation suggests that panic attacks, are associated with transient increases in blood pressure. Although several studies have reported higher rates of panic attacks or panic disorder with hypertension, the literature on the relation of blood pressure and psychological morbidity is conflicting with some studies suggesting an association between low blood pressure and general psychological morbidity. To resolve this confusing picture we have recently analysed data from the population based HUNT study (n = 64871). We reported a "U" shaped (Quadratic) relationship between panic and systolic blood pressure (SBP) but generalized anxiety symptoms were associated only with low SBP. The "U" shaped relation provides a unifying explanation for the separate strands of published literature in this area.
The results support the hypothesis that high SBP and panic disorder could share brainstem autonomic and

serotonergic abnormalities. Increased catecholamine spillover from key organs and reduced heart rate variability, both of which are indices of autonomic dysfunction, have been reported in both hypertension and panic disorder. On factor analysis of panic attack symptoms experienced by hypertensives and normotensives we identified a dominant autonomic symptom factor, which was significantly associated with hypertension on regression analysis.
Serotonin may underlie this autonomic dysfunction. Serotonin promoting antidepressants, recognised treatment for panic disorder, have cardioprotective effects in depressed patients with heart disease and lowered blood pressure significantly in hypertensives with panic disorder. Tryptophan depletion in patients with treated panic disorder led to significantly greater SBP and psychological responses to stress challenges than under non-depleted conditions, confirming serotonin's role in buffering blood pressure responses to stress in panic disorder. Preclinical work has identified that neural systems underlying hypertension, and behavioural and autonomic components of panic responses may converge at the level of the brainstem, the structures implicated being under inhibitory control by serotonergic neurons in the ventrolateral periaqueductal gray.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
SALA PERUGINO

S36. Correlazione tra mente e corpo nei disturbi psichiatrici maggiori

COORDINATORE
M. Balestrieri (Udine)

La memoria traumatica nel disturbo borderline di personalità

E. Caverzasi, M. Sala, G.Z. De Vidovich
Università di Pavia

È un dato replicato in letteratura la correlazione tra eventi esistenziali traumatici e le dinamiche eziopatogenetiche del disturbo borderline. Il trauma viene attualmente interpretato anche come "malattia della plasticità neuronale" e di meccanismi molecolari e cellulari ad essa sottesi (Ansrmet & Magistretti, 2008) coinvolti anche nei processi di memoria e apprendimento. Eventi stressanti singoli o ripetuti modificano la connettività sinaptica sottesa a risposte adattative e funzionali a vantaggio di circuiti in grado di riattualizzare il trauma. Spesso vi è la sovrapposizione di elementi reali e non e la sensazione soggettiva di mancanza di sentimento di identità (Allen, 1995; Pally, 1998; Horowitz, 1999; Tuttè, 2004).
Nella normale memoria autobiografica la rievocazione deliberata e la contestualizzazione dipendono principalmente da circuiti in cui è coinvolto l'ippocampo. Nella processazione di fenomeni traumatici intervengono l'amigdala, zone del sistema limbico rostrale (Cahill, Mc Gaugh, 1998; De Masi, 2004) e molteplici connessioni tra queste aree e la corteccia prefrontale.
In due studi caso-controllo abbiamo confrontato la performance di soggetti sani e soggetti borderline a test che indagano l'integrità e la funzionalità di circuiti mnestici cortico-ippocampali e circuiti prefrontali di controllo inibitorio. Ad un test di tipo think/no think (Test di Anderson) abbiamo rilevato che il meccanismo di richiamo attivo di ricordi e di rinforzo mnemonico attraverso la ripetizione è alterato nei borderline, in particolare in presenza di anamnesi positiva per abusi fisici o sessuali (Sala et al., 2008). Attraverso indagini di neuroimaging abbiamo osservato volumi dell'ippocampo destro inferiori in soggetti malati rispetto ai sani, replicando il dato di una alterazione più marcata nei traumatizzati.
Vorremmo indagare, seppur sia complicato trarre evidenze empiriche a riguardo, la presenza e la significatività di eventuali cambiamenti a livello cognitivo o morfofunzionale in soggetti DBP dopo un anno di trattamento integrato psicofarmacologico e psicoterapeutico.

Studi di imaging funzionale sull'immaginazione: ricadute nelle psicosi

B. Tomasino
IRCCS "E. Medea", San Vito al Tagliamento, Pordenone

La simulazione mentale è un'esperienza quasi-percettiva, che avviene, tuttavia, in assenza di un appropriato input esterno. È intuibile che la simulazione mentale, possa giocare un ruolo chiave nel disturbo del pensiero, sintomo principale delle psicosi maggiori.
In questo intervento verranno descritti vari studi di neuroimmagine funzionale e di neuropsicologia che indicano, da un lato, come difficoltà nella distinzione tra l'immaginazione e la realtà è uno dei deficit cognitivi presenti nella schizofrenia, mentre dall'altro, tale abilità

viene sfruttata come strategia terapeutica, inserita tra le terapie cognitive comportamentali (CBT).
Da tali studi emerge che l'immaginazione mentale ha un impatto potente sulle emozioni e che nel *setting* clinico può essere uno strumento terapeutico per alleviare stress emozionali: modificare le immagini mentali può portare a consistenti cambiamenti emozionali e cognitivi.
Tuttavia, tali studi evidenziano la necessità di uno studio sistematico che approfondisca i meccanismi coinvolti nella simulazione mentale. Resta, infatti, ancora da chiarire come la simulazione mentale possa servire come strumento riabilitativo, se la capacità di formare immagini mentali visive o motorie in tali pazienti sia preservata, se le vie di connessione di sostanza bianca tra le aree che sostengono l'immaginazione sono alterate, e quali siano i meccanismi cognitivi coinvolti.
Si ritiene che la simulazione è una abilità particolarmente rilevante per lo studio delle psicosi maggiori perché permette di accedere alle rappresentazioni mentali che sarebbero altrimenti inaccessibili per via consapevole. Una possibile via di accesso alle immagini mentali è stata suggerita da studi recenti che hanno evidenziato la presenza di un interessante e promettente legame tra linguaggio e simulazione mentale. Presentando verbi che descrivono emozioni, stati d'animo e situazioni è possibile stimolare il meccanismo della simulazione mentale. In questo intervento verranno descritti dei dati preliminari sul rapporto tra immaginazione, motricità e linguaggio nell'uomo e le ricadute nelle psicosi maggiori.

Studi cognitivi su azione ed imitazione: evidenze nell'autismo

R. Rumiati

Scuola internazionale di studi avanzati (SISSA), Trieste

Introduzione: recenti ricerche hanno dimostrato un legame molto stretto tra le emozioni e le azioni, che può essere considerato la base della cognizione ed interazione sociale (Ochsner, 2004), dimensioni alterate nell'autismo. Lo scopo di questo studio era valutare se anomalie della risonanza emotiva sono presenti nell'autismo.
Metodi: abbiamo testato in 15 bambini con autismo ad alto funzionamento e in bambini di pari età sani con sviluppo normale la loro capacità di imitare movimenti corporei effettuati da modelli neutri o emozionali.
1) Il controllo emozionale dell'imitazione attraverso prove compatibili emozionali e neutre e 2) il controllo cognitivo dell'imitazione mediante prove neutre incompatibili e compatibili.
Risultati: nel primo esperimento entrambi i gruppi mostrano un effetto di compatibilità. Tuttavia, i tempi di reazione (TR) dei controlli ma non degli autistici erano più veloci nei trial compatibili associati con espressioni facciali di paura. In un successivo esperimento abbiamo dimostrato che i bambini con autismo nominavo correttamente tutte le espressioni facciali mentre fallivano nell'imitare le espressioni di paura, ma non le altre.
Discussione: questi risultati suggeriscono che i deficit sociali e relazionali caratterizzanti l'autismo non sono correlati ad una disfunzione della risonanza dell'azione in sé, ma potrebbero risultare da un'alterazione della risonanza emotiva o dalla loro interazione.

Funzioni esecutive nei disturbi d'ansia

P. Brambilla, G. Negri, M. Balestrieri

Università di Udine; IRCCS "E. Medea" San Vito al Tagliamento, Pordenone

Introduzione: questo studio nasce con l'intento di fornire una caratterizzazione più precisa di quali siano le funzioni esecutive maggiormente compromesse nei disturbi d'ansia, considerato il loro contributo nella programmazione e pianificazione di azioni opportunamente finalizzate.
Metodi: abbiamo condotto uno studio preliminare su 20 pazienti affetti da disturbi d'ansia (rispettivamente 11 affetti da disturbo d'ansia generalizzato, DAG, e 9 da disturbo da attacchi di panico, DAP) e 12 controlli sani, reclutati presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Udine. Pazienti e controlli sono stati sottoposti ad una serie di test neuropsicologici che misurano il livello intellettivo (matrici di Raven) e vari aspetti delle funzioni esecutive: attenzione sostenuta e selettiva (Continuous Performance Task, CPT), Set-shifting (Wisconsin Card-Sorting Test, WCST), capacità decisionale emotiva (Iowa Gambling Task, IGT), working memory (N-back task), e spatial visual processing (Span of Apprehension Task, SPAN task, o SOA).
Risultati: il confronto ai testi N-BACK, IGT, SOA e WCST non ha evidenziato differenze siginificative tra pazienti ansiosi e controlli sani ($p > 0,05$), benché i pazienti abbiano una performance peggiore.
Al contrario, al CPT i pazienti nel loro complesso ed i pazienti acuti in particolare mostravano difficoltà rispetto ai controlli sani ed ai pazienti in remissione e a quelli "in salute" ($p = 0,047$; $p = 0,038$, rispettivamente).
Conclusioni: i nostri risultati suggeriscono che i pazienti ansiosi abbiano un deficit specifico nell'attenzione sostenuta e selettiva, che potrebbe rappresentare non solo un effetto secondario dello stato emotivo di questi pazienti, ma anche avere un ruolo determinante nella produzione e mantenimento dei sintomi. Tale dimensione neuropsicologica dovrebbe essere studiata più approfonditamente ed eventualmente diventare un bersaglio terapeutico o un indice di outcome.

Depressione e cardiopatia ischemica: una relazione circolare

C. Vampini

Dipartimento per la Salute Mentale, Verona

Numerosi studi epidemiologici hanno dimostrano che la depressione è un fattore di rischio indipendente di

morbilità e di mortalità per tutte le cause ed in particolare per malattie cardiovascolari. Inoltre la depressione si associa in modo indipendente con un aumentato rischio di eventi cardiaci acuti e di mortalità in pazienti affetti da malattie cardiovascolari. Ciò supporta la interpretazione della depressione come emergente fattore di rischio cardiovascolare, che affianca i fattori di rischio classici. La plausibilità biologica della depressione come fattore di rischio cardiovascolare indipendente è sostenuta da numerose osservazioni, che suggeriscono meccanismi fisiopatologici compositi, quali una iperattività piastrinica, una disregolazione del sistema nervoso autonomo cardiaco, un'alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e del sistema immunitario. Un corretto trattamento della depressione potrebbe rappresentare uno dei fattori in grado di ridurre significativamente il rischio di morte in pazienti cardiopatici. I composti antidepressivi attualmente sul mercato presentano una notevole disomogeneità interclasse in termini di rapporto rischio/beneficio nel paziente cardiopatico. Gli *antidepressivi triciclici* (TCA) hanno una comprovata efficacia terapeutica, ma presentano un profilo di tollerabilità e sicurezza alquanto sfavorevole. Tra gli antidepressivi di seconda generazione, gli *inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina* (SSRI) hanno evidenziato una buona sicurezza e tollerabilità in pazienti affetti da cardiopatia ischemica. Alcuni studi hanno dimostrato che l'impiego di SSRI in pazienti con sindrome coronarica acuta è associato ad un migliore outcome cardiaco. Infine, un numero crescente di dati evidenzia come il trattamento con SSRI sia associato, sia in volontari sani sia in pazienti cardiopatici, ad una modificazione di parametri biologici rilevanti per il rischio cardiovascolare, quali la riduzione di marker di attivazione piastrinica e l'incremento di Heart Rate Variability. Se confermati in *trial* controllati di adeguate dimensioni, tali risultati potrebbero giustificare il trattamento sistematico della depressione nel cardiopatico ischemico, non solo per migliorare la sua qualità di vita, ma addirittura per ridurre il rischio di recidive e di nuovi eventi cardiovascolari, in una prospettiva di prevenzione secondaria.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
SALA BORROMINI

S37. Brain stimulation: dalla sperimentazione alla clinica

COORDINATORE
S. Pallanti (Firenze)

Transcranial magnetic stimulation in depression

S. Pallanti
Firenze

Transcranial magnetic stimulation (TMS) is an interesting technique for non-invasively stimulating the brain in awake alert humans. It is a powerful research tool for examining brain behavior relationships. Additionally many researchers are investigating whether repeatedly applying TMS to specific regions over several days to weeks might have therapeutic effects. By far the largest amount of work has been done investigating whether daily applications of prefrontal TMS can improve the symptoms of major depression. We review the literature combining TMS with brain imaging, and then overview the clinical work done to date with TMS in depression. The literature to date suggests that daily prefrontal TMS for several weeks clearly has antidepressant effects, but much work remains to establish the effect sizes and improve the methods of delivery in order to improve its potential clinical utility.
Method: three trains of low-frequency rTMS to the right DLPFC with duration of 140 seconds at 1 Hz were administered daily to 32 treatment-resistant depressed patients. Sixteen patients also underwent twenty sequential trains of high-frequency left-side rTMS, each with of duration of five seconds at 10 Hz. The study was conducted in a blind-randomized fashion. The primary outcome variable was the score on the Hamilton Depression Scale (HAM-D). Low frequency right-sided and sequential bilateral stimulation showed similar antidepressant efficacy at three weeks and across the full duration of the study. Six of 16 (37.5%) and 2 of 16 (12.5%) ($\chi 2 = 4.25$; $p = 0.26$) patients responded, respectively. ANCOVA analysis showed a significant effect of time ($F = 6.08$; $p = 0.022$) but no differences between groups ($F = 0.024$; $p = 0.87$). Both sequential bilateral and unilateral stimulation showed antidepressant efficacy. The magnitude of the efficacy was similar. The data suggest a slightly higher efficacy of the low frequency unilateral approach with reduced side effects and costs.

Preclinical effects of the vagus nerve stimulation

P. Follesa
Cagliari

Vagus nerve stimulation (VNS) is used to treat pharmacotherapy-resistant epilepsy and depression. However, the mechanisms underlying the therapeutic efficacy of VNS remain unclear. We examined the effects of VNS on hippocampal neuronal plasticity and behaviour in rats. Cell proliferation in the hippocampus of rats subjected to acute (3 h) or chronic (1 month) VNS was examined by injection of bromodeoxyuridine (BrdU) and immunohistochemistry. Expression of doublecortin (DCX) and brain-derived neurotrophic factor (BDNF) was evaluated by immunofluorescence staining. The dendritic morphology of DCX+ neurons was measured by Sholl analysis. Our results show that acute VNS induced an increase in the number of BrdU+ cells in the dentate gyrus that was apparent 24 h and 3 wk after treatment. It also induced long-lasting increases in the amount of DCX immunoreactivity and in the number of DCX+ neurons. Neither the number of BrdU+ cells nor the amount of DCX immunoreactivity was increased 3 wk after the cessation of chronic VNS. Chronic VNS induced long-lasting increases in the amount of BDNF immunoreactivity and the number of BDNF+ cells as well as in the dendritic complexity of DCX+ neurons in the hippocampus. In contrast to chronic imipramine treatment, chronic VNS had no effect on the behaviour of rats in the forced swim or elevated plus-maze tests. Both chronic and acute VNS induced persistent changes in hippocampal neurons that may play a key role in the therapeutic efficacy of VNS. However, these changes were not associated with evident behavioural alterations characteristic of an antidepressant or anxiolytic action.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
Sala Bramante

S38. La ricerca cronobiologica nei disturbi dell'umore

Coordinatore
G. Bersani (Roma)

Rapporto tra le caratteristiche individuali di ritmicità circadiana e stagionale

F. Pacitti, M. Mazza, A. Iannitelli, G. Bersani.
Dipartimento Scienze della Salute, Università dell'Aquila, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma, Polo Pontino

Introduzione: dai dati presenti in letteratura, risulta che i fattori cronobiologici giocano un ruolo fondamentale nella regolazione del tono dell'umore. In particolare, un anormale funzionamento dei ritmi circadiani sembra essere implicato nella patogenesi del disturbo affettivo stagionale (SAD).
Lo scopo di questo studio è stato quello di analizzare la relazione tra la stagionalità dell'umore e la dimensione morningness-eveningness, che è una delle principali differenze interpersonali nell'organizzazione temporale dei ritmi biologici e comportamentali.
Metodi: 3278 soggetti (sia di sesso femminile che maschile, di età media 30,2 ± 6,3) sono stati esaminati nei mesi di novembre, dicembre e gennaio, attraverso la somministrazione del Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ) e del Morning-Eveningness Questionnaire (MEQ).
Risultati: dall'analisi dei risultati è emerso che il 3,7% dei residenti del Centro Italia soddisfaceva i criteri per il Winter-SAD ed il 11,8% soddisfaceva i criteri per il Subsyndromal-SAD.
Rispetto alle differenze di prevalenza nei due sessi, il campione femminile mostrava una frequenza del 4,8% rispetto al 1,4% negli uomini ($\chi^2 = 7,3$ $p < ,001$) per il SAD e del 12,3% rispetto al 5,7% ($\chi^2 = 10,6$, $p < ,001$) per il Subsyndromal-SAD.
In accordo con i punteggi MEQ, i partecipanti sono stati suddivisi nelle tipologie morning, intermediate e evening. L'analisi della varianza ha evidenziato la presenza di una percentuale significativamente maggiore ($p < ,01$) di soggetti evening nei gruppi SAD e sub-SAD rispetto al gruppo che non presentava sensibilità stagionale.
Conclusioni: alla luce dei punteggi ottenuti nei questionari utilizzati per valutare l'attività circadiana, e in accordo con i dati presenti in letteratura, è stato osservato che alle nostre latitudini il winter-SAD (3%) si manifesta con una frequenza inferiore rispetto al Nord Europa e con una frequenza maggiore rispetto al Giappone.
Il nostro studio ha permesso inoltre di rilevare una più alta prevalenza di Winter-SAD e Subsyndromal SAD nelle donne rispetto agli uomini (3:1) e conferma una prevalenza dell'evening type nei soggetti con SAD e sub-SAD.

Fattori neurotrofici e regolazione dei ritmi biologici

G. Bersani, A. Iannitelli, F. Pacitti

Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Polo Pontino, Sapienza Università di Roma, Università dell'Aquila

I meccanismi di regolazione dei ritmi biologici, in particolare di quello circadiano, sono stati negli ultimi anni oggetto di numerosissimi studi, anche in rapporto alla loro potenziale relazione con alcuni aspetti dei meccanismi patogenetici dei disturbi psichiatrici, con prevalente riferimento ai disturbi dell'umore. In questi ultimi infatti appaiono macroscopicamente più evidenti anomalie della ritmicità circadiana di funzioni ad espressione periodica quali il bioritmo di cortisolo e melatonina, il posizionamento di fase dell'alternanza di sonno e veglia, il profilo giornaliero della temperatura corporea, ecc.

Più recentemente, i dati neurobiologici sui disturbi dell'umore, soprattutto per quanto riguarda quelli depressivi, hanno dimostrato come il rallentamento o l'inibizione della neurogenesi ippocampale costituisca un'implicazione cerebrale centrale nel processo patogenetico dei disturbi, suggerendo quindi un rapporto tra alterazioni di funzioni circadiane, quale il bioritmo del cortisolo, la cui disregolazione in eccesso sembra contribuire in modo diretto all'inibizione della neurogenesi, ed anomalie deficitarie dei meccanismi di neuroplasticità cerebrale.

Tale osservazione chiama naturalmente in causa il possibile ruolo esercitato in tale connessione dai fattori più direttamente implicati nei processi di neuroplasticità, cioè soprattutto i fattori neurotrofici.

Esistono dati sperimentali relativi ad un diretto controllo da parte del Nerve Growth Factor (NGF), la prima neurotrofina ad essere scoperta e poi indagata nell'uomo per il suo potenziale coinvolgimento nell'origine di disturbi mentali, sulla produzione epifisaria di melatonina, cioè del principale trasduttore endogeno della ritmicità ambientale dell'alternanza di luce e di buio, sincronizzatore rispetto a questa di tutte le funzioni afferenti al sistema circadiano. È stata riportata in soggetti sani una ritmicità ultradiana nei livelli ematici di tale neurotrofina, con tendenza a riduzione dei valori nella parte centrale della giornata, in apparente concordanza con il profilo giornaliero del bioritmo di produzione della melatonina.

Più recentemente è stato considerato il possibile rapporto tra aspetti della regolazione circadiana ed attività del Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF), che rappresenta la neurotrofina per la quale esiste la maggiore quantità di dimostrazioni sperimentali rispetto al significato del suo deficit nell'inibizione della neurogenesi nei soggetti depressi e rispetto al ruolo del suo incremento nei meccanismi di risposta ai trattamenti ad azione antidepressiva. L'attività del BDNF appare infatti fortemente influenzata dal tono funzionale dell'asse HPA, disregolato nel suo bioritmo nelle condizioni di stress protratto e nella depressione. I dati clinici sono ancora incostanti, ma la dimostrazione del rapporto tra normalizzazione dei bioritmi conseguente ai trattamenti antidepressivi ed incremento di attività del BDNF supportano la visione della sua implicazione nella regolazione delle funzioni periodiche coinvolte nell'origine della depressione. Il recente dato sperimentale di un incremento di BDNF ematico indotto in soggetti sani da trattamento con Light Therapy suggerisce un suo ruolo anche nei meccanismi di accoppiamento del sistema circadiano con le modificazioni della ritmicità ambientale espresse dalle variazioni di durata ed intensità della luce diurna.

Il complesso delle evidenze sperimentali sul possibile ruolo di regolazione svolto da fattori neurotrofici sulle attività bioritmiche del sistema circadiano appare quindi al momento ancora incompleto rispetto ad una dimostrazione definitiva di tale rapporto, ma dati e modelli disponibili consentono di stimolare la ricerca rivolta d una futura conferma dei dati attuali.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
Sala Mantegna

S39. Modelli traslazionali della psichiatria di liaison e consultazione

Coordinatore
M. De Vanna (Trieste)

Integrazione degli aspetti biologici e clinici nella psichiatria di consultazione

E. Aguglia
Clinica Psichiatrica, Università di Catania

La psichiatria di consultazione è stata definita come "una subspecializzazione della psichiatria che ha come oggetto d'interesse la diagnosi, il trattamento, lo studio, la prevenzione della morbilità psichiatrica presente nei soggetti con patologia organica e in coloro che somatizzano. È l'organizzazione di consulenze psichiatriche, di attività di liaison e di insegnamento per operatori non psichiatrici di ogni tipo di setting clinico, ma in particolar modo nell'ospedale generale". La psichiatria di consultazione e collegamento ha come oggetto di interesse la prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle condizioni psicopatologiche insorte in rapporto a malattie somatiche ed emerse in un contesto di medicina internistica. Un tale tipo di approccio implica che lo psichiatra partecipi direttamente alle attività di reparto, condivida con i colleghi di altre specialità la gestione del paziente e ne discuta le strategie terapeutiche. L'attività di collegamento o liaison comporta un rapporto di collaborazione più stretto con l'équipe curante e interviene anche sui problemi che gli operatori sanitari incontrano nella relazione terapeutica e nella assistenza dei pazienti. Nell'attività clinica la psichiatria di consultazione prevede due distinte modalità di applicazione: la consultazione e il collegamento (o liaison). La consultazione vera e propria riguarda essenzialmente la diagnosi, che si avvale di strumenti quali il colloquio clinico e il materiale testologico, e il trattamento, sia nei suoi aspetti farmacologici che psicoterapici, del disturbo psichico del paziente ricoverato nel reparto di medicina generale. Lo psichiatra consulente realizza una presa in carico e un'assunzione di responsabilità nei confronti del paziente che potrebbe definirsi parallela e complementare a quella del medico del reparto. Il collegamento o liaison, si rivolge essenzialmente ai problemi che il personale sanitario, assistenziale o educativo incontra all'interno del proprio lavoro con i pazienti. In questo caso il consulente opera in modo indiretto, compiendo il proprio intervento nei confronti del collega che fornisce il servizio diretto al paziente. In questo ambito appare fondamentale l'identità della Psichiatria che, attraverso l'integrazione delle sue varie "anime" (biologica, psicologica e sociale), interviene rispettando sempre la complessa unità dell'uomo.

Disregolazione neuroendocrina nei disturbi del comportamento alimentare: il ruolo di ghrelina e obestatina

P. Monteleone, P. Scognamiglio, M. Maj
Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli – SUN

Introduzione: la ghrelina e l'obestatina sono due peptidi intestinali con effetti opposti sull'introito di cibo, l'uno oressigeno e l'altro anoressiogeno. Le pazienti con anoressia nervosa (AN) presentano alterazioni a carico della fisiologia della ghrelina e un aumentato tono vagale periferico. Pertanto, esse dovrebbero esibire un'aumentata secrezione di ghrelina nella fase cefalica dell'alimentazione, che è modulata appunto dal vago. La fase cefalica della stimolazione vagale può essere valutata usando la tecnica dello *Sham Feeding* Modificato (MSF), in cui gli alimenti vengono masticati, assaporati, ma non ingoiati.
Metodi: abbiamo studiato le risposte della ghrelina e dell'obestatina al MSF in 8 pazienti con AN e 8 donne sane. Secondo la tecnica del MSF, è stato loro servito un pasto test, durante il quale hanno osservato e odorato il cibo per 5 minuti, l'hanno poi masticato e quindi eliminato in un sacchetto, in maniera tale da evitare la minima ingestione di cibo. Il test ha avuto una durata di 15 minuti e sono stati prelevati campioni di sangue prima e dopo il MSF.
Risultati: rispetto ai controlli sani, le pazienti con AN hanno mostrato aumentate concentrazioni basali di ghrelina e di obestatina. Dopo il MSF, i livelli circolanti di ghrelina sono risultati aumentati mentre quelli di obestatina diminuiti sia nei controlli sia nelle pazienti, ma in queste ultime i cambiamenti indotti dal MSF sono risultati significativamente amplificati.
Conclusioni: le pazienti con AN mostrano un'aumentata secrezione di ghrelina indotta dal MSF, verosimilmente per il loro aumentato tono vagale periferico. Esse, inoltre, esibiscono un maggiore calo dell'obestatina indotto dal MSF che, insieme col concomitante aumento di ghrelina, potrebbe costituire un segnale amplificato di fame nella fase cefalica della stimolazione vagale. Questi cambiamenti potrebbero avere lo scopo di contrapporsi al rigido controllo delle pazienti sull'introito di cibo.

Patologie complesse ed isolati genetici

M. De Vanna, D. Carlino
Clinica Psichiatrica, Università di Trieste

Introduzione: le malattie multifattoriali o complesse (diabete, ipertensione, obesità, infarto miocardio e la depressione stessa) dipendono sia da fattori genetici che da fattori ambientali (fumo, abitudini alimentari, stili di vita, life events). Si può ipotizzare che anche il numero di geni coinvolti in una patologia poligenica sia più basso in un isolato genetico rispetto ad una popolazione più ampia e geneticamente più eterogenea per la presenza di componenti di origine diversa.
Metodi: è stata realizzata una Biobanca Regionale del Friuli Venezia Giulia corredata di dati clinici, storici, ambientali e biologici per favorire l'identificazione delle cause principali delle malattie multifattoriali e delle relazioni gene-ambiente. I criteri per l'identificazione di un isolato genetico comprendono:

- localizzazione geografica isolata;
- barriera linguistica;
- pochi fondatori;
- pochi cognomi;
- elevato tasso di endogamia;
- scarsa emigrazione ed immigrazione.

L'assessment neuropsicologico prevede la somministrazione dei seguenti questionari e rating scale: Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID-I), Toronto Alexithymia Scale – 20 (TAS-20), Temperament and Character Inventory (TCI), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA) e Depression (HRSD), Global Assessment of Functioning (GAF).
Risultati: gli isolati genetici scelti comprendono sei comunità che rispondono ai criteri di un isolato genetico (San Martino del Carso, Erto & Casso, Val di Resia, Clauzetto, Sauris and Illegio).
Un totale di 1500 soggetti, di età compresa tra i 6 e i 100 anni sono stati esaminati. Di essi sono stati raccolti consistono fra l'altro i risultati degli esami del sangue e delle urine, della visita cardiologica, misurazione della densità ossea (non invasiva), odontoiatrica, audiologica con test dell'udito e compilazione di un questionario, una visita neurologica con questionario.
Conclusioni: approfondire le conoscenze sui fattori genetici risulta fondamentale per intraprendere studi funzionali mirati a determinare i meccanisimi molecolari, fattori modificatori e possibili terapie.

Stato dell'arte della psichiatria nell'ospedale generale in Italia

M. Rigatelli, S. Ferrari
Clinica Psichiatrica, Università di Modena e Reggio Emilia

L'Ospedale Generale (OG) è stata storicamente ed resta tuttora la "situazione clinica" per eccellenza in cui la Psichiatria di Consultazione e Collegamento (PCC) è pensata ed attuata, in quanto luogo fisico di incontro di pazienti, generalmente gravi, medici di diverse specializzazioni e circostanze sanitarie particolari.
La rilevanza e le modalità operative della PCC sono infatti in progressiva evoluzione in relazione a numerosi fenomeni emergenti, tra cui si ricordano in particolare: 1) l'alta prevalenza dei disturbi psichici nei pazienti ricoverati nell'OG (da soli o in associazione a patologie organiche); 2) l'aumento della prevalenza dei disturbi psicopatologici legati all'invecchiamento (delirium, demenza) ed alle malattie croniche (cardiovascolari, neurologiche, metaboliche, immunologiche), in relazione all'allungamento della vita media ed in generale al diffondersi di situazioni di stress e disagio sociale che si associano ad un'aumentata vulnerabilità alle malattie fisiche e psichiche; 3) l'evidenza che realizzare programmi di cura che tengano conto a 360 gradi delle esigenze bio-psico-sociali del paziente ottiene importanti risultati (miglioramento prognostico, ottimizzazione delle risorse); 4) la necessità sempre maggiore, oramai urgente, di individuare strategie efficaci di gestire la "complessità", sia in termini strettamente clinici (comorbilità, multi-morbilità, sintomi somatici inspiegabili) che in termini medico-legali (paziente a rischio di suicidio), etici (problematiche di fine vita), socio-politici (pazienti migranti).
Queste dunque le sfide che la PCC si trova ad affrontare nel contesto dell'OG contemporaneo. Si illustreranno nel dettaglio tali problematiche, offrendo alla discussione possibili modelli di intervento.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA PINTURICCHIO

S40. Il rischio psicopatologico nella malattia cronica in età evolutiva

COORDINATORE
A. Pascotto (Napoli)

Qualità della vita in bambini ed adolescenti con immunodeficienza congenita XLA (X-linked agammaglobulinemia)

R. Nacinovich, F. Neri, M. Bomba, A.R. Soresina, S. Plebani
Milano

L'agammaglobulinemia X-recesssiva (XLA) è un'immunodeficienza ereditaria caratterizzata dall'incapacità dei soggetti affetti di produrre anticorpi. Colpisce in media un persona ogni 150.000 nati vivi. Dopo la perdita degli anticorpi materni, i bambini presentano frequenti e recidivanti episodi di sepsi (soprattutto polmonari ed intestinali).
La terapia sostitutiva con immunoglobuline endovena va eseguita per tutta la vita. Occorrono cautela ed attenzione per quanto riguarda igiene e alimentazione, ma soprattutto trovare quotidianamente un compromesso tra ciò che questi bambini possono e non possono fare, a differenza dei coetanei. Negli anni alcuni problemi aumentano: l'adolescente fatica a comprendere ed accettare il "no" dei genitori di fronte a iniziative rischiose per le sue condizioni, specialmente se di gruppo.
È importante che il bambino non si senta malato o diverso, ma nel contempo capisca l'importanza della terapia a cui sempre si dovrà sottoporre e delle precauzioni che sempre dovrà seguire. Ciò è necessario per raggiungere un discreto grado di convivenza con la malattia, aspetto decisivo affinché crescendo non rifiuti – così come purtroppo talvolta avviene – le terapie necessarie per la sua sopravvivenza.
Assieme alla Clinica Pediatrica di Brescia e con la collaborazione dell'IPINet (Italian Network for Primary Immunodeficiencies) abbiamo studiato la Qualità della Vita in un gruppo di 25 bambini ed adolescenti con XLA tramite la versione italiana del PedsQL 4.0 confrontando la percezione dei pazienti a quella dei genitori e alla valutazione del Pediatra.
I dati sono stati confrontati con un gruppo di controllo di soggetti sani con i dati di letteratura relativi ad un gruppo di pazienti con malattie reumatiche.
I soggetti con XLA hanno una percezione della propria qualità di vita inferiore a quella dei soggetti sani, ma migliore dei soggetti con patologia reumatica.
Verranno esposti e discussi i risultati ottenuti e le implicazioni per una migliore "care" dei pazienti e dei loro genitori.

Lavoro effettuato grazie alla collaborazione con il gruppo IPINet: Italian Network for Primary Immunodeficiencies.

Comorbidità psichiatrica in oncologia pediatrica

P. Massaglia
Professore Associato di Neuropsichiatria Infantile, Psicoterapeuta Psicoanalitica dell'Età Evolutiva; Sezione di Neuropsichiatria Infantile del Dipartimento di Scienze Pediatriche e dell'Adolescenza, Università di Torino

L'esperienza di malattia oncologica in età evolutiva, se pur assai meno frequente rispetto all'età adulta e con maggiori probabilità di guarigione, rappresenta per il bambino/ragazzo malato e per la sua famiglia (genitori e fratelli) una prova intensa e prolungata, che impone un processo di adattamento, richiedendo un costo emotivo, nella maggior parte dei casi sostenibile, anche se oneroso.
La qualità di vita durante e dopo la malattia può essere meglio salvaguardata se presso il centro di riferimento è sviluppata l'attenzione al prendersi cura e organizzata una collaborazione regolare con psicologi e neuropsichiatri infantili.
Proprio nell'ambito di un lavoro multidisciplinare quasi trentennale è stato possibile osservare come in alcuni casi la malattia oncologica contribuisca a determinare quadri psichiatrici o nei bambini/ragazzi malati o nei fratelli sani o nei genitori.
Per quanto riguarda i piccoli pazienti, nei primi anni di vita (in cui l'incidenza è maggiore, si possono aggravare elementi di distorsione relazionale che contribuiscono alla strutturazione di personalità borderline del bambino; tra i 4 e i 6 anni può essere favorita la fissazione dei normali conflitti infantili, collegati a sentimenti ambivalenti, che sostiene un'organizzazione di personalità nevrotica; mentre in età scolare possono risultare consolidate tendenze patologiche del bambino, i cui aspetti di negazione, onnipotenza e sadismo (incrementati dall'eccessivo permissivismo genitoriale) arrivano a configurare un'organizzazione di personalità psicopatica.
Per quanto riguarda i fratelli sani, abbiamo osservato quadri di depressione e di deprivazione, in particolare nei bambini con età inferiore ai 2 anni al momento dell'esordio o della morte, e situazioni di crisi adolescen-

ziale, espresse per lo più sotto forma di fobia scolare, in concomitanza a decorso complicato o ad effettuazione di TMO.
Per quanto riguarda i genitori, stati di depressione intensa e prolungata, anche senza correlazione con l'andamento di malattia, in alcuni casi favorevole, hanno richiesto l'invio al Servizio Psichiatrico.

Problemi di internalizzazione e di esternalizzazione in bambini e adolescenti affetti da fibrosi cistica

A. Gritti, S. Chiapparo, V. Raia*

*Dipartimento di Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, Audiofoniatria e Dermatovenereologia, Seconda Università di Napoli; *Centro di Centro di Riferimento Regionale per la Fibrosi Cistica, Dipartimento di Pediatria, Università "Federico II" di Napoli*

Introduzione: la fibrosi cistica (FC) o Mucoviscidosi, patologia ad ereditarietà autosomica recessiva con un'incidenza di 1:2.500 (Bossi, 2006), è tra le principali malattie croniche dell'infanzia ad esito infausto, e interessa diffusamente le ghiandole esocrine. Sono note le conseguenze psicologiche della FC tanto sui genitori che sullo sviluppo individuale del bambino che si orienta verso modalità atipiche. In particolare sono state segnalate ansia e depressione (Orenstein et al. 2002).
Metodi: nell'ambito di un lavoro pluriennale di Liaison Child Psychiatry abbiamo svolto consultazioni con bambini e adolescenti affetti da FC e sviluppato varie linee di ricerca sul rischio psicopatologico (Gritti et al., 2003). Il presente studio ha come obiettivo la stima della prevalenza dei "disturbi di internalizzazione" ed "esternalizzazione" nel soggetti con FC, in età evolutiva.
Tra i pazienti consecutivamente afferiti – dal 2003 al 2008 – al Centro di Riferimento Regionale per la FC, sono stati selezionati soggetti tra 6 e 18 anni. Il campione è risultato costituito da 98 pazienti, di cui 42 M. e 56 F. Per l'assessment, è stata utilizzata la Child Behavior Checklist-PRF (Achenbach, 1997), che ha reso possibile un inquadramento dimensionale sui "disturbi di internalizzazione" e su quelli "di esternalizzazione".
Risultati: saranno presentati i risultati di questo studio e discusse le implicazioni cliniche. I dati, tuttora in corso di analisi, evidenziano la presenza di un rischio psicopatologico, prevalentemente espresso (circa un 1/3 del nostro campione) sul registro dell'"internalizzazione".
Conclusioni: si sottolinea l'esigenza di monitorare, nell'ambito del normale protocollo assistenziale, lo sviluppo emozionale dei soggetti con FC, per individuare precocemente i casi a rischio psicopatologico per i quali programmare – nell'ambito della prospettiva teorica delineata dalla Liaison Child Psychiatry – interventi preventivi diagnostici e terapeutici.

Psicopatologia nel ritardo mentale: studio comparativo in pazienti con sindrome di Williams e con sindrome di Down

S. Vicari, M. Di Trani, T. Gianesini

Roma

Le difficoltà comportamentali, sociali ed emotive delle persone con sindrome di Williams e Down sono state genericamente descritte in letteratura, evidenziando la presenza di diversi disturbi (Marilee et al., 2008; McCarthy, 2008). La valutazione di tali difficoltà, secondo criteri diagnostici condivisi e attraverso l'uso di strumenti di osservazione diretti, sembra però rappresentare un punto critico di tale filone di studi. Appare infatti importante, da un lato, distinguere tra il fenotipo comportamentale delle persone affette da sindrome di Williams e Down e la presenza di definiti disturbi emotivi e/o del comportamento e, dall'altro, utilizzare strumenti di valutazione che non si basino solo sui riferiti dei genitori, come è osservabile in diversi studi.
L'obiettivo del presente lavoro è quello di valutare gli aspetti psicopatologici di 60 persone con disabilità mentale (30 con diagnosi di sindrome di Williams e 30 con sindrome di Down), attraverso l'uso di un'intervista semi-strutturata ampiamente utilizzata in ambito psichiatrico, la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present Lifetime version (K-SADS, Kaufman et al., 1997). Tale strumento consente il rilevamento di un disturbo psicopatologico secondo i criteri diagnostici proposti dal DSM (APA, 1994). L'intervista è stata somministrata sia ai genitori che alle persone con disabilità. Risultati preliminari suggeriscono una più frequente presenza di disturbi psicopatologici nel gruppo con sindrome di Williams, rispetto al gruppo con sindrome di Down. In particolare, nel gruppo con sindrome di Williams si rileva una rilevante presenza di disturbi d'ansia (generalizzata e disturbo ossessivo-compulsivo).

VENERDÌ 19 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA BERNINI

S41. Traumi, psicopatologia e salute fisica

COORDINATORI
L. Bossini (Siena), P. Castrogiovanni (Siena)

Disturbo borderline e patologie mediche

S. Pallanti
Firenze

I disturbi del controllo degli impulsi (DCI) e il disturbo borderline di personalità (DBPL), disturbi caratterizzati da condotte antisociali ed ad alto rischio, aggressività, gesti autolesivi e condotte suicidarie. I pazienti affetti da queste patologie presentano un elevato di comorbidità con altri disturbi psichiatrici quali, disturbi alimentari, abuso di alcol e sostanze, disturbi di panico. L'elevata comorbidità si riscontra anche con diverse patologie di interesse medico come quelle cardiovascolari, metaboliche (in particolar modo ipertrigliceridemia e ipercolesterolemia), respiratorie e gastroenterologi. Queste sono riconducibili ad uno stile di vita inadeguato, sul piano della igiene alimentare, dell'educazione alimentare, dell'attività fisica, legato in particolar modo ad una elevata quota di impulsività che comporta la necessità di appropriate valutazioni diagnostiche e altrettanto opportune strategie terapeutiche.

Bibliografia

Vender S, Callegari C, Poloni N. *Borderline personality disorders in somatic illness*. Recenti Prog Med 2004;95:319-24. Review. Italian.

Sansone RA, Buckner VR, Tahir NA, Wiederman MW. *Early family environment, borderline personality symptoms, and somatic preoccupation among internal medicine outpatients*. Compr Psychiatry 2009;50:221-5. Epub 2008 Oct 15.

Jaunay E, Consoli A, Greenfield B, Guilé JM, Mazet P, Cohen D. *Treatment refusal in adolescents with severe chronic illness and borderline personality disorder*. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 2006;15:135-42.

Disturbo post-traumatico da stress e salute fisica

L. Bossini
Siena

Numerosi studi riportano in letteratura l'associazione fra disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e salute fisica, sia in termini di sintomatologia "autoriferita" (come il dolore cronico o "aspecifici problemi fisici") che in termini di varie patologie organiche (cardiovascolari, respiratorie, muscolo-scheletriche, autoimmuni, oncologiche).
I dati non sono però univoci, e soprattutto rimane da chiarire se l'associazione fra PTSD e patologie organiche sia dovuta ad una relazione fra sintomatologia PTSD e malattia organica, evento traumatico responsabile del disturbo e malattia organica o addirittura numero di eventi subiti dal soggetto nel corso della vita e malattia organica.
In effetti la maggior parte dei dati si concentra sull'associazione trauma/patologia organica, mentre relativamente pochi e condotti spesso su campioni ridotti se non case-report, sono gli studi relativi all'associazione fra la diagnosi PTSD (anche in termini di gravità e durata del disturbo) e salute fisica.
Le difficoltà principali sono da individuare nei multipli fattori di vulnerabilità per lo sviluppo del PTSD che potrebbero essere gli stessi per lo sviluppo delle patologie organiche e nelle numerose variabili (in termini di fattori biopsicosociali) difficilmente misurabili che potrebbero rendere i risultati degli studi facilmente criticabili.
Verrà presentata una review della letteratura sull'argomento e i primi dati su un campione italiano di soggetti affetti da PTSD cronico.

Stress percepito e stato di salute in pazienti sottoposti a interventi di cardiochirurgia con circolazione extracorporea. Uno studio di follow-up

M. Biondi, V. Roselli, G. Parmigiani, M. Mistretta, I. Berardelli, V. De Santis, L. Tarsitani
Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

Introduzione: i progressi della cardiochirurgia negli ultimi anni hanno modificato positivamente il decorso della cardiopatia ischemica e delle patologie valvolari. Tuttavia, gli interventi di applicazione di by-pass aorto-coronarico e di sostituzione valvolare possono giocare un ruolo traumatizzante che sembra incidere notevolmente sugli esiti generali e sulla di qualità di vita. L'obiettivo dello studio presentato è la valutazione dello stress e dello stato di salute percepito prima e dopo un intervento di cardiochirurgia.
Metodi: a 73 pazienti (25 donne; età 67 ± 11 anni) sono stati somministrati prima dell'intervento e a distanza di sei mesi: la *Scala di valutazione della Vulnerabilità da Stress* (SVS) e la *World Health Organization – Quality Of Life-Bref* (WHOQoL-Bref). È stata effettuata un'analisi di regressione lineare multipla stepwise.
Risultati: i livelli di stress preoperatorio, assieme all'età e alla classe NYHA, predicono una scarsa salute fisica

percepita (WHOQoL-Bref sottoscala "Salute fisica") a 6 mesi dall'intervento (R^2 di Cox e Snell = 0,12; coefficiente di correlazione standardizzato = -0,30; p = 0,01). Verranno discussi i risultati ed il loro significato teorico e clinico, alla luce delle più recenti acquisizioni scientifiche sull'argomento.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA MASACCIO

S42. Nuovi orientamenti nel trattamento e nella riabilitazione dei pazienti con doppia diagnosi

COORDINATORE
M. Clerici (Milano)

Interaction of different psychological syndroms in the long-term course of addiction

O.M. Lesch, A. Erfurth, B. Vyssoki, P. Höfer, V. Blüml, D. Kogoj, H. Walter
Vienna

Alcohol dependence according to ICD 10 and DSM IV is a heterogenous disease.
Personality- or other psychiatric disorders can be observed, when the longitudinal illness course is considered. Following the long term course over 18 years in 436 alcohol dependent patients, we could show that it is possible to define 4 different subgroups (Lesch Typology). These types are significantly different in comorbitity rates and their alcohol craving but also in suicidal behaviour.
Clinically, at admission time a mixture of intoxication, withdrawal state, comorbidity and alcohol related disabilities can be observed. After 12 months of outpatient treatment psychopathological features which depend on alcohol intake and/or withdrawal can be differentiated from psychopathological features independent of alcohol intake. After 48 months of outpatient treatment these above mentioned differences seem to be stable. Craving in these types (antianxiety, antidepressive, treatment of withdrawal, compulsive background) is significantly different and correlates to different temperaments.
Knowing that these different conditions are caused by totally different biological actions, we need anticraving substances with significantly different action profiles. We will show results of different clinical trials demonstrating that especially Lesch Type III (comorbidity with bipolar affective disorders and alcohol is used as an antidepressant or abused in the beginning of a manic episode) need special antidepressants and as anticraving substances naltrexone and or topiramate. Acamprosate in this group does not help and neuroleptics (e. g. flupentixol) double the relapse rates. These results will be discussed and an algorithm of a computer program will be presented, which can be useful for future research.

References

Lesch OM, Dietzel M, Musalek M, Walter H, Zeiler K. *The course of alcoholism. Long-term prognosis in different types*. Forensic Sci Int 1988;36:121-38.

Lesch OM. *Chronic Alcoholism: Subtypes useful for Therapy and Research*. In: Palmer TN, editor. *Alcoholism: A Molecular Perspective. Nato Asi Series A: Life Sciences*. New York: Plenum Press 1991, pp. 353-6.

Merikangas KR, Herrell R, Swendsen J, Rössler W, Ajdacic-Gross V, Angst J. *Specificity of bipolar spectrum conditions in the comorbidity of mood and substance use disorders*. Arch Gen Psychiatry 2008; 65: 47-52

Pombo S, Lesch OM. *The alcoholic phenotypes among different multidimensional typologies*. Alcohol & Alcoholism 2009;44:46-54.

Stabilizzazione dell'umore e del comportamento e riabilitazione psico-sociale nell'alcolismo e nella doppia diagnosi

L. Janiri, G. Martinotti, M. Di Nicola
Università Cattolica Sacro Cuore di Roma

È ormai internazionalmente riconosciuto che nelle condizioni di comorbilità psichiatrica tra disturbi da uso di sostanze e disturbi mentali o di personalità aggiuntivi – più note come "doppia diagnosi" – sia necessario che il trattamento farmacoterapeutico post-disintossicazione o di mantenimento sia integrato con le procedure riabilitative.
Recentemente, una serie di studi clinico-farmacologici ha dimostrato l'efficacia di farmaci stabilizzatori dell'umore, sia di tipo anticomiziale (oxcarbazepina, pregabalin) che antipsicotici atipici (quetiapina, aripiprazolo), nel ridurre non solo la sintomatologia psichiatrica, ma anche il craving e il comportamento alcol-orientato in pazienti con doppia diagnosi. L'osservazione che una normalizzazione di tale comportamento si poteva ottenere con gli stessi farmaci anche in soggetti dipendenti, soprattutto da alcol, senza una riconosciuta comorbilità

psichiatrica, ha condotto a formulare l'ipotesi che la sostanza d'abuso induca una "ciclotimizzazione" secondaria e un'instabilità comportamentale, da ascrivere al sovraimposto e distruttivo ciclo (ritmo) del disturbo da uso di sostanze.
Nell'ottica che uno dei principali scopi che un trattamento per la doppia diagnosi – ambulatoriale o in semiospedalizzazione – deve prefiggersi è il contenimento degli aspetti sintomatologici, emotivi e comportamentali, sul doppio versante della dipendenza e del disturbo mentale, e la ristrutturazione dello stile di vita tossicomanico, l'integrazione tra farmacoterapia timostabilizzante e un modello intensivo di riabilitazione psico-sociale può rivelarsi interessante sul piano speculativo ed utile su quello clinico.

Lo studio Paddi sui disturbi da uso di sostanze nei DSM italiani. Implicazioni epidemiologiche e organizzative

M. Clerici[1], P. Sciarini[1 2], C. Montomoli[2], G. Carrà[1 3]

[1] Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Università di Milano Bicocca; [2] Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Sezione di Statistica Medica ed Epidemiologia, Università di Pavia; [3] Department of Mental Health Sciences Royal Free and University College Medical School London, UK

Introduzione: il fenomeno della "doppia diagnosi" (DD), definita come presenza di un disturbo mentale e di un disturbo da uso di sostanze in comorbidità, ha assunto negli anni sempre maggiore rilievo ed interessa in modo crescente i servizi psichiatrici italiani. La prevalenza della DD rilevata da studi epidemiologici è elevata ma variabile. I soggetti con DD presentano spesso un quadro psicopatologico più grave dei soggetti senza comorbidità, il decorso è caratterizzato da ricadute e ricoveri più frequenti, da minore aderenza al trattamento e da outcome peggiori. Tali soggetti, inoltre, utilizzano maggiormente i servizi, comportando spese sanitarie più elevate. La quota di soggetti con DD non diagnosticati nei setting psichiatrici è elevata e legata a fattori riguardanti sia i medici sia i pazienti, portando a conseguenze quali trattamenti inappropriati, scarsa risposta ai trattamenti, dimissioni premature e decorso più grave. Nonostante l'esistenza di studi epidemiologici cross-sectional in setting assistenziali della salute mentale e delle tossicodipendenze, in Italia rimane la carenza di stime certe riguardo la rilevanza del fenomeno e le sue caratteristiche a livello nazionale.
Obiettivi: stimare la prevalenza della DD tra gli utenti dei DSM italiani e delle CT ed individuare i fattori di rischio per sviluppare una sindrome da dipendenza e la presenza di maggiore o minore compliance.
Metodi: studio trasversale presso i DSM italiani e le Comunità terapeutiche del territorio nazionale appartenenti alla Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT) relativo agli utenti in carico negli anni 2005 e 2007. Sono state raccolte variabili socio-demografiche, cliniche, diagnostiche, infettivologiche, di severità della sindrome da uso di sostanze (uso, abuso, dipendenza).
Risultati: sono stati raccolti dati relativi a pazienti DD provenienti da 38 DSM distribuiti sul territorio italiano e da 22 CT; la prevalenza di DD è di 3,78 per 100 utenti. L'età media dei pazienti è 40 ± 10 anni (range 18-65), il 74% è maschio; la diagnosi psichiatrica principale più frequente è il disturbo di personalità (37%), seguito da psicosi schizofrenica e stati paranoidi (30%). La sostanza principale di abuso risulta essere l'alcool; il 61% dei pazienti utilizza più di due sostanze. La metà dei pazienti si è rivolto ad un servizio per problemi legati all'uso di sostanze.
L'analisi multivariata ha evidenziato che l'uso di oppiacei (OR 3,11, IC 95% 2,40-4,02, $p < 0,0001$) e la presenza di epatopatia (OR 1,14, IC 95% 1,08-1,21, $p < 0,0001$) risultano essere associate allo sviluppo di dipendenza. Anche l'età del paziente risulta associata in modo lineare (OR 1,03, IC 95% 0,75-1,40, $p < 0,0001$). L'aver ricevuto un trattamento per uso di sostanze è comprensibilmente associato alla probabilità di aver sviluppato una sindrome da dipendenza (OR 2,18, IC 95% 1,77-2,68, $p < 0,0001$), mentre l'uso di cannabinoidi risulta protettivo (OR 0,66, IC 95% 0,51-0,85, $p = 0,001$). Considerando l'area geografica di appartenenza del DSM, utilizzare il servizio in una regione del Centro o del Sud appare aumentare significativamente il rischio di dipendenza rispetto al Nord (Centro *vs*. Nord, OR 1,52, IC 95% 1,12-2,06, $p = 0,007$; Sud *vs*. Nord, OR 2,04, 1,57-2,64, $p < 0,0001$).
Le CT italiane, sia quelle DD che quelle tradizionali, esprimono una rilevante presenza di soggetti con comorbilità psichiatrica per disturbi mentali e disturbi da uso di sostanze.
Conclusioni: i risultati dello studio confermano, seppur indirettamente, l'esigenza di un'integrazione dei trattamenti per i pazienti affetti da doppia diagnosi.

Una comunità terapeutica riabilitativa. Profili psicopatologici e risultati del trattamento a distanza

A. Addazi, R. Marini, N. Rago

Comunità Terapeutiche di Città della Pieve

Quali sono i tossicodipendenti che traggono maggior vantaggio dalla Comunità Terapeutica? Quali fattori favoriscono il buon esito dei trattamenti? Come ampliare gli obiettivi della cura per andare incontro all'eterogeneità dei pazienti? In che modo la conoscenza dei comportamenti post-trattamento può aiutare gli operatori a dinamizzare la definizione di cronicità?
Alla luce dell'esperienza della Comunità per Tossicodipendenti di Città della Pieve, emerge una puntuale riflessione sulla dipendenza, sulla cultura del servizio, sull'immagine sociale della Comunità e sul suo ruolo

nella rete degli altri Servizi, ma si definisce anche un metodo di intervento che – negli anni – si è evoluto verso livelli di professionalità più elevati, avvicinando la Comunità al resto dei Servizi e contrastandone l'autoreferenzialità, personalizzando e diversificando i programmi terapeutico-riabilitativi.
Importante anche la rigorosa attività di autovalutazione, di cui la ricerca esposta in questo contributo rende conto e che, tra le prime in Italia, evidenzia interrogativi e risposte che – a loro volta – aprono a nuove ipotesi di lavoro.
La prima delle ricerche di cui si presentano i dati è uno studio di follow-up che ha riguardato 143 utenti ospiti delle CT di Città della Pieve e Massimina. L'indagine aveva lo scopo di osservare il processo di emancipazione dalla tossicodipendenza in un tempo successivo alla fine del trattamento, tenendo parimenti conto di altri indicatori di soddisfazione psicosociale e lavorativa.
La seconda parte della ricerca ha per oggetto l'alessitimia, ovvero la difficoltà di elaborazione emotivo-cognitiva degli eventi in persone con problemi di dipendenza patologica da sostanze. È stato condotta, per due anni e a cadenza settimanale, un'attività di lavoro di gruppo sulla regolazione delle emozioni, ovvero sull'incremento della capacità di riconoscere, differenziare, denominare e gestire i propri sentimenti. Lo studio ha coinvolto un sottogruppo di 43 persone con l'obiettivo di verificare se vi è un miglioramento significativo della capacità di regolazione degli affetti in soggetti tossicodipendenti trattati con terapia di gruppo e se l'andamento delle misure di alessitimia durante il programma possa essere considerato un indice predittivo dell'esito del percorso terapeutico-riabilitativo.
Infine un'indagine attraverso la quale precisare alcune ipotesi sulla psicopatologia correlata alla tossicodipendenza e su come la gravità dei disturbi entri in relazione con gli esiti del trattamento, ha permesso di estrapolare indici di predittivà che possano essere di supporto alla programmazione degli interventi. L'indagine, effettuata su un campione di 121 utenti, si articola in tre parti ed organizza informazioni riguardanti tre segmenti temporali: la condizione generale del campione prima dell'ingresso nel Servizio, la condizione del campione durante il programma, con particolare riferimento allo stato di salute psichica e la condizione del campione nel periodo successivo alla fine del trattamento

VENERDÌ 19 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA PERUGINO

S43. L'esordio psicotico: specificità ed aspecificità dei sintomi prodromici

COORDINATORE
M. Amore (Parma)

Validità diagnostica dei sintomi prodromici della psicosi

A. Comparelli

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

Introduzione: il modello patogenetico del disturbo del neurosviluppo costituisce la cornice teorica all'interno della quale si sta sviluppando l'interesse per i prodromi della psicosi. Questo punto di vista consente anche il recupero dell'interesse per l'approfondimento di temi psicopatologici. A partire dalla concettualizzazione di Huber (1966), negli anni sono stati sviluppati vari strumenti per valutare i sintomi prodromici della schizofrenia, come la *Bonn Scale for the Assessment of Basic Symtoms*, il *Frankfurter Beschwerde Fragebogen* e il *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States* (CAARMS), una scala che consente di definire gruppi a rischio di patologia mentale, nonché la *Structured Interview for Prodromal Symptoms* (SIPS), un'intervista semistrutturata che comprende anche la *Scale Of Prodromal Symptoms* (SOPS) (Miller et al., 1999).
Metodi: analisi dei principali studi che descrivono le qualità diagnostiche, in termini di accuratezza, sensibilità e specificità, degli strumenti utilizzati per la definizione e l'individuazione degli stati mentali a rischio ed individuati attraverso ricerca sui principali database medico-psicologici.
Risultati: gli strumenti sopraccitati consentono di individuare una condizione mentale critica che, pur rimanendo evolutivamente incerta, indica la necessità di una presa in carico da parte di Servizi Specialistici. Infatti, dei soggetti a rischio, pochi compiono la transizione in psicosi. Tuttavia, la maggioranza dei casi a rischio sviluppa svariati disturbi psicopatologici. Mancano gli studi che indaghino i fattori protettivi per quei soggetti che non sviluppano psicopatologia.
Conclusioni: vista l'aspecificità delle scale di valutazione e delle interviste semistrutturate, è auspicabile che lo

studio dei prodromi si avvalga anche di indagini neurofisiologiche e neuropsicologiche. Inoltre, è necessario che lo studio dei prodromi si focalizzi anche sui fattori protettivi rispetto al potenziale sviluppo di una psicosi.

Bibliografia

Huber G. *Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen*. Neurologie und Psychiatrie 1966;34:409-26.

Miller TJ, McGlashan, TH, Woods SW, Stein K, Driesen N, Corcoran CM, et al. *Symptom assessment in schizophrenic prodromal states*. Psychiatric Quarterly 1999;70:273-87.

I sintomi prodromici del disturbo bipolare

P. Girardi

Sapienza Università di Roma

Introduzione. Le ricerche dei prodromi delle psicosi condotte prima da pionieri australiani hanno portato ad identificare una popolazione a rischio. La particolare attenzione dedicata a questa popolazione riduce il tempo di latenza del trattamento, risultando in un miglior outcome a breve termine (1-2 anni), ma i risultati a distanza di 5 anni non sono molto incoraggianti. La popolazione identificata a rischio psicotico viene osservata per la transizione in psicosi e, finora, la maggiore enfasi è stata posta sulla schizofrenia. Tuttavia, da studi condotti nel Regno Unito è emerso che solo poche persone di questa popolazione a rischio transitano in psicosi (schizofrenia o altri disturbi dello spettro o disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche). Comunque, queste persone hanno una bassa probabilità di trovarsi nello status di assenza di disturbi psicopatologici in atto successivamente alla valutazione iniziale; la popolazione a rischio, se non sviluppa schizofrenia o psicosi affini, si distribuisce tra varie patologie psichiatriche, compresi i disturbi d'ansia, i disturbi affettivi, quelli alimentari o quelli somatoformi. Quindi, i prodromi per sviluppare una psicopatologia qualsiasi sembrano abbastanza comuni. Tuttavia, sarebbe un errore scambiare una sintomatologia inizialmente indistinta per una pluripotenzialità e aspecificità, recuperando il concetto della *Einheitspsychose*. Purtroppo, ancora oggi non è stata fatta chiarezza su quali siano i veri prodromi del disturbo bipolare, che potrebbero essere costituiti da quadri simil autistici o ADHD (deficit dell'attenzione/iperattività) o da maggiore propensione all'uso di sostanze.
Metodi: ricerca sui maggiori database per parole chiave come "bipolar", "mania/manic", hypomanic/hypomanic" e "prodromal".
Risultati: a confronto con la schizofrenia, poca letteratura è stata dedicata ai prodromi del disturbo bipolare. VI è confusione terminologica, in quanto il termine "prodromico" si applica anche ai sintomi che precedono le esacerbazioni del disturbo bipolare. I sintomi identificati sono fluttuazione dell'umore, disturbi del sonno, irritabilità, rabbia e compromissione funzionale (per gli adolescenti, tipico è l'abbandono della scuola). Prodromi del disturbo si possono identificare in quasi la metà dei pazienti che sviluppano il disturbo bipolare. La depressione infantile/adolescenziale è frequentemente un antesignano del disturbo bipolare.
Conclusioni: sintomi prodromici possono essere identificati in molti pazienti con disturbo bipolare, ma la loro specificità non è alta e c'è ampia sovrapposizione con i sintomi prodromici della schizofrenia e di altri disturbi psichiatrici. Aggiungere la familiarità tra i criteri spiega un altro po' della varianza, ma aggiunge poco per aumentare la predittività di questi sintomi indifferenziati.

L'approccio farmacologico all'esordio psicotico

M. Amore

Università di Parma, Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria

Il trattamento dell'esordio psicotico si articola in interventi che comprendono lo sviluppo di un'alleanza terapeutica ed il coinvolgimento della famiglia per garantire una adeguata compliance al trattamento, fornendo anche interventi psicoeducativi atti a minimizzare la disgregazione della vita familiare nella fase prodromica ed acuta e ad ottimizzare il funzionamento adattativo nella fase successiva.
Fra i predittori di un esito sfavorevole, accanto a bassi livelli di contatti sociali, sesso maschile, giovane età d'esordio, presenza di sintomi negativi all'inizio della malattia, comorbilità con abuso di sostanze, assume particolare rilievo un ritardo nell'intervento farmacologico, correlato con un più elevato tasso di ricadute e dello sviluppo di resistenza al trattamento.
Pochi studi hanno valutato gli effetti del trattamento farmacologico dei disturbi psicotici al primo episodio; per quanto riguarda la schizofrenia sono noti cinque studi, concordi nel riconoscere il ruolo fondamentale di un tempestivo ed appropriato approccio farmacologico nel consentire un outcome più favorevole. Alcuni studi sono stati condotti sul trattamento dei pazienti ad alto rischio di evoluzione dalla fase prodromica all'episodio psicotico franco. In particolare, McGorry et al. (2002) hanno evidenziato una significativa riduzione dell'evoluzione in senso psicotico ad un anno di follow-up in pazienti randomizzati in doppio cieco trattati per sei mesi con basse dosi di risperidone e terapia cognitivo-comportamentale modificata; Mc Glashan et al. (2003) hanno condotto uno studio in doppio cieco randomizzato con olanzapina *vs.* placebo, rilevando una bassa percentuale di evoluzione verso l'episodio psicotico nel gruppo trattato con olanzapina.
Nella prescrizione dell'antipsicotico in pazienti al primo episodio psicotico è opportuno attenersi ad alcuni principi generali, quali l'ottimizzazione della posologia al fine di potenziare l'effetto terapeutico e minimizzare gli effetti collaterali e l'utilizzo di basse dosi con eventuali successivi aggiustamenti posologici attraverso lievi

incrementi, ad intervalli di tempo adeguati. Gli antipsicotici atipici vengono proposti quale presidio terapeutico di prima scelta grazie ad un migliore profilo di tollerabilità.
Integrate con il trattamento farmacologico sono le strategie che utilizzano interventi psicosociali, rivolte sia al paziente sia ai familiari.

I sintomi prodromici della schizofrenia

P. Rocca, C. Montemagni, M. Sigaudo

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Nella schizofrenia la presenza di una fase prodromica che precede l'esordio di una franca sintomatologia psicotica è stata riconosciuta fin dalle prime descrizioni del disturbo. Un'iniziale fase prodromica è, infatti, individuata per circa il 75% degli episodi psicotici, dura in media 5 anni, possiede un'importante valenza prognostica e sembra essere correlata ad importanti alterazioni del funzionamento sociale del paziente. Le definizioni utilizzate al momento di fase prodromica sono basate sui cosiddetti "ultra-high risk criteria" (UHR) definiti dalla presenza di sintomi psicotici attenuati, sintomi psicotici di breve durata ed intermittenti e dalla combinazione di "fattori di rischio di tratto e di stato". Un'altra opportunità per una diagnosi precoce ed un intervento altrettanto tempestivo consiste nel concetto di sintomi di base, sviluppato negli anni '60 da Gerd Huber. I sintomi di base sono esperienze soggettivamente rilevabili e disturbanti, sottili e complessi fenomeni patologici di tipo affettivo e cognitivo. Tali sintomi possono essere presenti più o meno continuativamente per un periodo di tempo tra i due mesi ed i 35 anni, prima dell'esordio dell'episodio psicotico.
Sebbene la maggior parte dei sintomi che si manifestano durante la fase prodromica del disturbo siano aspecifici e difficili da distinguere rispetto ad altre patologie psichiatriche, come quelle depressive, alcune sindromi, quali i sintomi psicotici attenuati o transitori e i sintomi di base sembrerebbero condurre ad una diagnosi precoce del disturbo e quindi ad una adeguata prevenzione. Mentre i primi sembrano indicare una fase prodromica già avanzata, i secondi si possono manifestare all'inizio della fase prodromica stessa.
L'importanza del riconoscimento tempestivo della fase prodromica risiede nella possibilità di un intervento tempestivo nella cura del disturbo, sebbene permangano ambiguità rispetto all'opportunità di iniziare il trattamento farmacologico della patologia nella fase prodromica stessa.
Obiettivo del presente studio è di analizzare l'influenza dei sintomi di base sul funzionamento globale e sulla qualità di vita nella schizofrenia stabile.
I risultati preliminari del nostro studio evidenziano che i pazienti con un maggior numero di Sintomi-Base correlano con la GAF, che analizza il funzionamento globale, inteso come alterazione complessiva delle capacità e del funzionamento quotidiano conseguente alla presenza di sintomi, e con la scala "funzionamento intrapsichico" della QOL, che elicita un giudizio clinico riguardante elementi intrapsichici nelle dimensioni di cognizione, affettività, motivazione, che vengono visti come vicini al *core* della patologia.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA BORROMINI

S44. Aree di confine tra spettro autistico e spettro schizofrenico

COORDINATORE
R. Militerni (Napoli)

Percorsi clinico-evolutivi dei disturbi dello spettro autistico ed indicatori prognostici

R. Militerni

Cattedra di Neuropsichiatria Infantile, Seconda Università di Napoli

I disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS) rappresentano una categoria diagnostica con confini nosografici sufficientemente definiti e distinti rispetto a quelli dei disturbi psicotici (DP). Nei DPS, infatti, uno degli elementi caratterizzanti il quadro clinico è la marcata compromissione qualitativa dell'interazione sociale. Inoltre, i disturbi della comunicazione hanno caratteristiche diverse rispetto a quelle riscontrabili nei DP e sono assenti, per definizione, deliri ed allucinazioni. Ciò non di meno, nella storia naturale di alcune forme di DPS possono inscriversi manifestazioni di tipo psicotico. Un'eventualità di questo genere interessa, in particolare, soggetti affetti da disturbo di Asperger e quelli affetti da forme "atipiche" di autismo (= disturbi pervasivi dello sviluppo non altrimenti specificati). In queste ultime forme, peraltro, l'eventuale viraggio in adolescenza verso un quadro schizofrenico può mettere in dubbio la diagnosi

precedentemente formulata ed indurre a pensare che i disturbi dell'interazione sociale e della comunicazione, sui quali era basato il primitivo orientamento diagnostico di DPS-NAS, fossero in effetti *sintomi negativi* di una fase prodromica particolarmente prolungata.
Nel corso della relazione viene riportata un'esperienza relativa ad uno studio longitudinale condotto su un gruppo di soggetti con DPS, diagnosticati in epoche precoci dello sviluppo. Sulla base di tale esperienza vengo discussi i possibili fattori che possono assumere una valenza prognostica.

Fenotipo autistico e disordini della connettività neuronale: il contributo delle neuro immagini

F. Di Salle
Pisa

Molti indizi suggeriscono un ruolo primario di alterazioni connettivistiche nella genesi del fenotipo autistico. Recenti strumenti di analisi delle serie temporali di Risonanza Magnetica Funzionale consentono una valutazione fine della connettività funzionale, estesa all'intero cervello, in tempi compatibili con la routine clinica di studio di pazienti autistici. I procedimenti di analisi possono essere adattati alle difficili condizioni di studio di pazienti pediatrici poco collaboranti, e sono utilizzabili in maniera semiautomatica e dinamica. I quadri fisiologici e patologici di connettività funzionale sono valutabili in maniera congiunta con ulteriori metodiche di Risonanza Magnetica, come lo studio dello spessore corticale, lo studio funzionale tradizionale, la connettività anatomica regionale e la connettività effettiva. Un'ulteriore convergenza può essere stabilita con le nuovissime prospettive di dosaggio localizzato del pattern neurotrasmettitoriale mediante studio di Spettroscopia di Risonanza Magnetica.

I percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per i disturbi dello spettro autistico. Il modello organizzativo della regione Piemonte

D. Besana
SC di NPI, Azienda Ospedaliera di Alessandria

Nel corso del 2008 l'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità della Regione Piemonte, all'interno del programma di governo clinico per i disturbi psichiatrici in età evolutiva, ha attivato un Gruppo di Lavoro composto da alcuni operatori dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile finalizzato a produrre un documento di raccomandazione su "Autismo e disturbi pervasivi di sviluppo".
Tale documento doveva basarsi sulla necessità di: a) rispondere all'esigenza di razionalizzare un percorso diagnostico terapeutico assistenziale basato sulle evidenze scientifiche e che promuovesse uno stile di lavoro integrato e multidisciplinare; b) rispettare una omogeneità, nei modi e nei tempi, delle azioni fondamentali indipendentemente dagli operatori coinvolti; c) assicurare una equità di risposte sul territorio regionale con un utilizzo appropriato delle risorse.
Nel documento prodotto e licenziato nell'aprile scorso, dopo una sintetica presentazione delle attuali evidenze cliniche ed una fotografia dei dati epidemiologici relativi a autismo e disturbi dello spettro autistico nella Regione Piemonte, viene descritto il percorso obiettivo nella sua articolazione generale. Tale percorso verrà illustrato al Simposio dettagliando ed illustrando i singoli episodi che lo caratterizzano (sospetto diagnostico, accoglienza, valutazione clinica, psicodiagnostica e funzionale, restituzione della diagnosi, trattamento, passaggio dal Servizi per l'età evolutiva ai Servizi per l'età adulta).
Come meglio verrà compreso alla sua presentazione il modello organizzativo del PDTA per l'autismo ed i disturbi dello spettro autistico, così come proposto dalla Regione Piemonte, appare rispondere pienamente al razionale ed alle caratteristiche del modello organizzativo del lavoro in rete.

Manifestazioni psicotiche in adolescenza in soggetti con disturbi dello spettro autistico

C. Vittozzi
Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, ASL Avellino

L'autismo è un disturbo generalizzato dello sviluppo caratterizzato da compromissione qualitativa dell'interazione sociale e della comunicazione, con interessi ed attività ristretti. La grave compromissione della funzionalità sociale potrebbe essere correlata al deficit dell'attenzione congiunta ed al mancato sviluppo della teoria della mente. Queste ultime funzioni neuropsicologiche, molto probabilmente, sono sottese da un complesso circuito neurale che include la corteccia mediale prefrontale, il solco temporale superiore, il giro fusiforme, l'amigdala. Studi recenti (PET, MRI) hanno dato massimo rilievo al rapporto possibile tra corteccia orbitofrontale ed attenzione congiunta e sviluppo della teoria della mente.
È stato, altresì, evidenziato il coinvolgimento della corteccia orbito-frontale nella patogenesi di diversi disturbi neuropsichiatrici, quali la sindrome di Rett e la schizofrenia.
Nella relazione viene valutato in modo critico se le manifestazioni psicotiche in adolescenza in soggetti affetti da disturbi dello spettro autistico possono essere ricondotte ad alterazioni delle funzioni esecutive e ad anomalie morfofunzionali dell'area associativa prefrontale ed in particolare della corteccia orbitofontale ovvero quali possono essere i fattori patogeneticamente e prognosticamente maggiormente incidenti sull'emergenza di disturbi psicotici e se il rilievo di questi disturbi potrebbe far recuperare il "vecchio" concetto di psicosi autistica.

VENERDÌ 19 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA BRAMANTE

S45. Violenza tra partner: motivazioni, possibilità di intervento, implicazioni medico-legali

COORDINATORE
F. Scapati (Taranto)

Violenza fra partner: sono possibili ipotesi trattamentali?

L. Ferrannini, F. Scapati*
*DSM ASL 3 Genovese; *DSM ASL Taranto*

Gli Autori mettono in evidenza la complessità del fenomeno della violenza fra partner all'interno spesso di violenze familiari nascoste e di dinamiche di coppia profondamente disturbate.
Mettono in evidenza peraltro sia l'eterogeneità, a volte solo apparente, dei fattori socio-culturali, psicologici e psicopatologici alla base del comportamento violento sia la difficoltà di una analisi approfondita del fenomeno, in quanto la massima parte dei casi risultano non denunciati (92,5%) e spesso misconosciuti.
Vengono analizzati inoltre le possibili motivazioni di base a carattere psicopatologico che potrebbero essere suscettibili di ipotesi trattamentali.
In particolare viene posta in evidenza la gelosia nei suoi molteplici aspetti, il disturbo mentale con particolare riferimento ai disturbi di personalità o a tratti personologici disturbati.
Ne consegue l'estrema difficoltà di ipotesi trattamentali, laddove peraltro svolgono una funzione non secondaria complessi problemi diagnostico-valutativi che sono alla base delle stesse ipotesi trattamentali.
Infine vengono analizzati i complessi rapporti tra servizi del territorio e problematiche di violenza tra partner, esprimendo la necessità che vengano elaborati specifici percorsi tra le diverse agenzie sanitarie, giudiziarie, sociali e socio sanitarie interessate alle situazioni di violenza tra partner.

Donne vittime di partner violenti: la valutazione psichiatrico-forense

R. Catanesi, F. Carabellese
Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, DIMIMP, Università di Bari, Policlinico Universitario, Bari

Due recenti indagini condotte in Italia hanno messo in luce quanto ampio (e nascosto) sia il fenomeno della violenza, fisica e sessuale, sulle donne da parte dei propri partner. Quello che emerge spesso in questi casi è una lunga storia costellata di litigi, violenze, separazioni seguiti da tentativi di riappacificazione, il cui epilogo finale è talvolta tanto drammatico quanto prevedibile.
In Italia solitamente si giunge ad un accertamento psichiatrico-forense per i casi di omicidio, quasi mai se il delitto è di minore gravità. La nostra prospettiva è dunque limitata a monte, visto che alla perizia si giunge più spesso non per la gravità del quadro psichico ma per la gravità del gesto. Ma dai casi osservati personalmente è fin troppo chiaro che la prospettiva psicopatologica, da sola, non possa di certo spiegare la moltitudine di comportamenti violenti a danno delle donne.
È indubitabile invece che aspetti sociali e culturali interagiscano con eventuali aspetti psicopatologici degli autori. A questo proposito va detto che nei casi di omicidio o tentato omicidio da noi sottoposti a perizia psichiatrica molto rari sono risultati i disturbi mentali gravi, ed invece molto comuni modalità relazionali narcisistiche, solo di rado configuranti un vero disturbo narcisistico di personalità, più spesso come "tratti" che interagiscono con fattori culturali da un lato, con difficoltà a collocarsi in un nuovo "profilo" culturale di genere dall'altro. Per un verso può dirsi difatti largamente minoritario il vecchio stereotipo culturale maschile, che richiede obbedienza in casa e che dispensa "punizioni" in caso di violazioni di comportamento; dall'altro, almeno "apparentemente", il riconoscimento di un ruolo paritario della donna, sembra essere stato acquisito. Tuttavia, questo "passaggio" culturale è, per certi versi, più apparente che reale. Con alcune conseguenze che, a nostro parere, possono contribuire a spiegare i fenomeni violenti oggetto del nostro intervento.

Donne vittime di partner violenti: la posizione del DSM fra necessità di cura ed esigenze di privacy

F. Scapati, D. La Tegola
Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, DIMIMP, Università di Bari, Policlinico Universitario, Bari

Recenti indagini condotte sul territorio nazionale hanno dimostrato quanto ampio sia il fenomeno della violenza domestica ai danni delle donne. Fra i responsabili delle violenze, fisiche e sessuali, spesso, gli stessi partner o ex-partner delle donne. Molteplici le cause. Fra di esse è possibile riconoscerne alcune di natura culturale e sociale – adesione a modelli e stereotipi specifici – ed altre di natura psicologica e psicopatologica. Fra le ultime la gelosia costituisce, spesso, una potente molla in senso

etero-aggressivo, di cui la donna è vittima. Gelosia costituita da un complesso di sentimenti e pensieri ad essi strettamente collegati, spesso di difficile trattamento terapico. Anche perché il più delle volte è molto sfumato il limite fra livelli accettabili e francamente patologici della gelosia.
Peraltro solo raramente il fenomeno della violenza fisica e, forse, ancor più, di quella sessuale, giunge all'attenzione dei servizi sanitari. Di solito, infatti, la donna, per motivi vari, economici, culturali, sociali, psicologici o anche, psicopatologici, "preferisce" tenere nascosti questi episodi, senza parlarne con alcuno, nemmeno con i parenti più stretti. Ancora meno con i sanitari dei servizi.
Di conseguenza il DSM si trova a dover assolvere ad un compito particolarmente delicato: rispettare non solo le personali esigenze di riservatezza della vittima e di quelle della famiglia nel suo insieme, ma nello stesso tempo vincere le resistenze della donna, la sua voglia di mantenere il riserbo su tali vicende. I sanitari del DSM devono, inoltre, riuscire a separare le componenti culturali e sociali, che pure insistono in eventi familiari così drammatici, da quelle di natura psicologica, per poi delimitare, quelle riferibili a franca patologia mentale, quelle su cui programmare, infine, un percorso terapeutico, esteso semmai alla coppia.

Donne vittime di partner violenti: la situazione italiana fra cultura e psicopatologia

F. Carabellese, C. Candelli

Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, DIMIMP, Università di Bari, Policlinico Universitario, Bari

Da tempo l'indagine criminologica – sia in Italia (Bandini et al., 1991) che all'estero (Dobash et al., 2000) – segnala come particolarmente elevata la quota di donne vittime di violenze da parte dei propri partner nel corso della loro vita. Due ampie indagini condotte in Italia – la prima, su tutti gli omicidi intra-familiari (EURES, 2003-2007); la seconda sui maltrattamenti in famiglia (ISTAT, 2007) – hanno messo in luce quanto ampio (e nascosto) sia in effetti questo fenomeno.
Dall'indagine ISTAT è risultato, infatti che le donne (fra 16 e 70 anni) che nel corso della loro vita hanno subito violenze sessuali e fisiche da parte dei loro partner o ex-partner sarebbero il 31,9%. Anche in caso di comportamenti violenti reiterati sulla stessa donna il responsabile è più frequentemente il partner (67,1%). Peraltro si tratterebbe più spesso di episodi di violenza grave, fisica e sessuale. A fronte di tutto ciò bassissimo è il numero di denuncie anche perché bassa è la percezione nelle donne che si tratti di veri e propri reati (18,2%).
Se ci spostiamo poi agli omicidi avvenuti in Italia negli ultimi anni, le indagini EURES dimostrano che, a fronte di una progressiva diminuzione degli omicidi volontari si è avuto un progressivo aumento degli omicidi intra-familiari e di questi ultimi, oltre il 50% è costituito da omicidi fra partner o ex-partner, in cui per lo più è il maschio – in oltre l'84% dei casi – ad uccidere. Peraltro, solo in una percentuale minoritaria degli omicidi intrafamiliari (negli anni considerati, in media nel 11%) si riconosce un franco disturbo mentale nell'autore.
Dai casi osservati personalmente molti dati interessanti emergono ma è fin troppo chiaro che la prospettiva psicopatologica, da sola, non possa di certo spiegare la moltitudine di comportamenti violenti a danno delle donne che le indagini segnalate hanno messo in evidenza. Fattori sociali, culturali, economici, ed altri ancora, contribuiscono, infatti, nella nostra esperienza, alla genesi ed all'espressività fenomenologica, degli episodi di violenza intrafamiliare ai danni delle donne.

SABATO 20 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
SALA CARAVAGGIO

S46. Cronicità e stigma: strategie riabilitative e qualità dell'assistenza

COORDINATORE
F. Perozziello (Salerno)

La "cronicità"e lo "stigma" tra dimensione psicopatologica e prospettive riabilitative

F. Perozziello

UOSM di Battipaglia, Salerno

L'attuale dibattito sia sull'organizzazione delle cure nei DSM che nell'ambito psicopatologico mi sembra abbia messo in secondo piano la questione della "cronicità" e dello "stigma".
Eppure l'evidente deriva verso una dimensione sociale segnata dall'intolleranza verso le molteplici forme dell'alterità, la riduzione delle risorse (sia materiali che umane) a disposizione dei servizi psichiatrici, le carenze organizzative di essi, la generale e diffusa cadu-

ta di motivazione della maggior parte degli operatori sono tutti fattori che contribuiscono ad aumentare il rischio di non riuscire a contrastare i processi di cronicizzazione dei nostri utenti. Queste difficoltà operative dei servizi, congiuntamente a una rassicurante concezione di stampo ideologica che stabilisce una rigida equazione: cronicità e inappropriatezza delle cure, rischiano di mascherare l'osservazione e la ricerca di specifiche strategie terapeutiche nei confronti di condizioni psicopatologiche severe e con una evoluzione invalidante.
Collegato alla questione della cronicità vi è il discorso sullo "Stigma". In questi anni si è privilegiato, anche giustamente, l'intervento sui processi di emarginazione dei nostri utenti con tutta una serie di pratiche originali, anche creative, volte a favorire l'integrazione sociale. Non è stata fatta un'altrettanto puntuale riflessione, in termini psicopatologici e di progetto riabilitativo, su quei processi di "auto-stigmatizzazione", presenti nei nostri pazienti e che hanno un peso non secondario rispetto all'esclusione e all'autoesclusione. Come ha affermato Spivak, con il ripetersi dei fallimenti, nei nostri pazienti, si va a creare una spirale viziosa che restringe progressivamente l'ambito della loro azione e alla fine li stabilizza in una situazione cronica di estremo impoverimento sociale ("lo scacco alla socializzazione").
Confrontarsi in modo "laico" con problematiche anche spinose e contraddittorie appare una necessità imprescindibile per servizi che dovrebbero essere ormai "maturi" a ripensare a trecentosessanta gradi alle proprie pratiche anche al fine di creare nuove e più personalizzati percorsi di cura per i nostri pazienti.

Lo scoglio ineludibile della cronicità?

G. Corrivetti

Segretario Nazionale SIRP; Direttore UOSM, ASL Salerno

Nei dibattiti svolti all'interno dei servizi di salute mentale, per anni si è assistito ad affermazioni orientate a sostenere che la *mission* dei servizi pubblici era la gestione dei malati gravi e della cronicità psichiatrica. La malattia mentale ha da sempre coniugato la diagnosi con una predizione di esito negativo, implicando naturalmente i problemi della cronicità e della disabilità che comportano un elevatissimo costo per le persone che ne soffrono, per le famiglie e per la società. Oggi, l'esperienza clinica ha dimostrato che non è più valido il principio classico di Kraepelin che postulava un esito invariabilmente infausto nella schizofrenia.
Per anni è stato affermato che lo sviluppo della cultura della riabilitazione in salute mentale fosse dovuto all'aggravarsi del problema della cronicità. Ma, in realtà, più che un aggravarsi di tale problema è stato un cambio di paradigma nella cura dei pazienti gravi che ha evidenziato il maggiore ricorso a tecniche di riabilitazione psicosociale quali strumento precoce di cura. Un atteggiamento moderno e colto in risposta alle logiche precedenti della rassegnazione e del disinteresse che avevano caratterizzato l'era manicomiale. Molte ricerche e i dati provenienti da studi internazionali ci dicono oggi che la prognosi negativa della schizofrenia non è più un dato certo e che il decorso e l'esito di questa malattia, così come delle altre psicosi maggiori dipendono dai contesti ambientali e dalla tipologia e dai metodi della cura. Inoltre lo sviluppo della metodologia del case-management ha dimostrato efficacia nel coordinare le cure, ridurre le ricadute e nel favorire la remissione clinica e l'inserimento sociale. In tale ambito l'Italia rappresenta una caso particolare di esperienza e di organizzazione. Alcune condizioni hanno determinato la svolta nei paradigmi della cura, di cui due certamente fondamentali: gli sviluppi delle conoscenze offerto dalle neuroscienze, sempre più in sinergia con l'euristica del modello bio-psico-sociale, ed in secondo luogo la trasformazione operazionale determinata in Italia dalla riforma psichiatrica. Questo mutamento ha determinato le condizioni per l'emergenza di un bisogno crescente e diffuso tra operatori e ricercatori per una nuova ed efficace filosofia nel campo della salute mentale. Questa filosofia deve essere in grado di influenzare i livelli operazionali alla luce dei nuovi sviluppi del modello bio-psico-sociale.
Studi clinici ed opinioni di esperti hanno evidenziato come esista un ampio consenso sull'importanza della riduzione o azzeramento degli elementi psicopatologici come *core* del concetto di *remissione*, accanto al raggiungimento di obiettivi funzionali quale obiettivo non specifico di "remissione", ma probabilmente un livello successivo ancora più complesso. Ciononostante è acclarato che un ritorno pieno al livello premorboso non è realistico e che avvenimenti nel decorso della malattia possono influire sull'esito potenziale, che i deficit cognitivi possono limitare l'esito funzionale e che la variabilità dell'intervento psicosociale e riabilitativo influenza l'esito. L'osservazione della sempre maggiore probabilità di raggiungimento di risultati terapeutici ottimali, grazie alla disponibilità di migliori e più individualizzati interventi farmacologici, di tipo riabilitativo e di reinserimento sociale, ha spinto negli ultimi anni a ridiscutere sulle aspettative di potenziale esito a lungo termine della schizofrenia.
La nuova sfida che investe la responsabilità dei servizi di Salute Mentale, non è più solo la gestione della cronicità, ma la sua prevenzione. Oggi il vero cambio di paradigma è orientato alla diagnosi precoce di patologie potenzialmente invalidanti ed alla gestione integrata ed intensiva con *case management* multi-professionale degli esordi psicopatologici. È su questo terreno che il modello bio-psico-sociale che dovrà orientare lo studio e le strategie dell'intervento.

Dalle linee guida ai piani di cura: un modello operativo per la salute mentale

F. Pellegrino
Dipartimento Salute Mentale, Azienda Sanitaria Salerno

Il processo di aziendalizzazione del SSN ha comportato un riassetto organizzativo del capitale umano disponibile, un politica attenta di investimenti in strutture e strumenti, una maggiore consapevolezza nell'allocazione delle risorse in risposta alle esigenze della popolazione e nel rispetto dei LEA.
L'obiettivo del lavoro è quello di valutare la possibilità di formulare piani di cura personalizzati capaci d mediare tra le linee guida e la loro applicazione nella pratica clinica; ciò nell'ambito della salute mentale ove le variabili extracliniche sono difficili da codificare e gestire.
Il lavoro si propone di formulare un percorso di valutazione dei bisogni assistenziali, di codificazione degli utenti, di allocazione delle risorse e di valutazione degli esiti.
Partendo da precisi riferimenti normativi e dalle principali linee guida ci si è proposti di tracciare un percorso teso a stimolare la formulazione di piani di cura personalizzati, in rapporto all'utenza considerata; ciò può essere di valido aiuto per la valutazione dell'appropriatezza clinica, organizzativa e temporale.

Consapevolezza e stigma

G. Favaretto
Genova

Nonostante i numerosi studi e le ripetute affermazioni, in sede di politiche sulla salute mentale, della necessità di operare interventi che riducano lo stigma nei confronti della malattia mentale non sono stati completamente indagati il valore e le caratteristiche delle rappresentazioni della malattia mentale da parte di chi né è soggetto e solo in parte sono stati esaminati i problemi legati alle rappresentazioni e alla motivazioni di chi lavora in psichiatria che rivestono, in questo campo più di altri, un valore determinante.
La rappresentazione di sé, sia in termini cognitivi che emotivi, pur avendo grandi conseguenza dal punto dell'analisi psicopatologica presenta anche importanti conseguenza sulla visone del ruolo e delle capacità sociali e relazioni da parte della persona.
L'organizzazione dei servizi che prevede, necessariamente, posizioni, distanze e precise modalità di comunicazione e relazione può ostacolare in determinate situazioni la comunicazione di dubbi e perplessità che gli utenti possono avere relativamente ai propri bisogni e al proprio ruolo nelle decisioni. Questo può accadere in particolare:

1. nel momento della presa in carico nella quale si tratta di condividere rappresentazioni del bisogno e si tratta di superare pregiudizi nei confronti dei Servizi;
2. nel momento delle attività riabilitative e di inclusione sociale, momento nel quale è necessario una forte condivisione del percorso sulla identità sociale della persona;
3. nelle situazioni nella quali si ritiene che non vi possano essere margini terapeutico riabilitativi, e sono le più delicate, per cui si tende, da parte di tutti i soggetti, a svuotare ogni opportunità identificatoria lasciando esclusivamente quella di una dipendente cronicità.

SABATO 20 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
Sala Mantegna

S47. La valutazione del rischio di suicidio nel paziente psichiatrico

Coordinatori
C. Mencacci (Milano), G.C. Nivoli (Sassari)

Il tentato suicidio in adolescenza: focus sulle azioni preventive

C. Mencacci, G. Migliaresi, Y. Reibman, F. Durbano
Dipartimento di Neuroscienze, AO Fatebenefratelli-Oftalmico-Melloni, Milano

Il suicidio è, secondo le più recenti rilevazioni statistiche, una delle prime cause di morte per i giovani tra i 15 e i 24 anni, sia in Italia che nel mondo occidentalizzato. Per affrontare in modo efficace questa emergenza sanitaria, appare fondamentale un intervento multidisciplinare che riconosca le diverse aree di vulnerabilità di questi soggetti e la complessità del fenomeno. Il verificarsi di un comportamento suicidale coinvolge infatti diverse figure professionali, in diversi ambiti: in ambito clinico sono il medico d'urgenza, il pediatra, l'internista, lo psichiatra, il neuropsichiatra infantile a dover trovare

un *modus operandi* condiviso, in cui le differenze nella professionalità divengano una ricchezza e non un intralcio. Dal punto di vista clinico risulta importante che le figure professionali implicate conoscano i fattori di rischio associati al suicidio in questa fascia d'età, al fine di aumentare la sensibilità nell'identificare sottogruppi di soggetti ad alto rischio sui quali effettuare strategie mirate di prevenzione. I fattori di rischio che hanno mostrato una correlazione più alta con il suicidio giovanile sono risultati una storia pregressa di comportamento suicidale o parasuicidale e la presenza di disturbi psichici (soprattutto disturbi dell'umore e dell'impulsività). Il concomitante abuso di sostanze psicoattive, incluso l'alcol, o la dipendenza da queste risultano fattori determinanti nel facilitare il passaggio all'atto e nell'aumentare il rischio suicidale.

L'utilizzo di un protocollo clinico per la gestione di situazioni ad elevato rischio è una misura efficace sia al fine di uniformare il trattamento, offrendo quindi un elevato standard di cura al paziente, sia al fine di ridurre rischi medico-legali. Un protocollo per la gestione del comportamento suicidale deve porre un'attenzione selettiva a soggetti con sintomi d'allarme, che devono essere identificati e valutati attentamente. Devono infatti essere riconosciuti i soggetti ad alto rischio (soggetti con patologie psichiche e soggetti con comportamento autolesivo) sui quali effettuare un'attenta valutazione del rischio suicidale. Tale protocollo deve essere conosciuto dalle diverse figure professionali implicate nella gestione dei comportamenti suicidali e deve prevedere uno sforzo importante nella via dell'integrazione tra le competenze specifiche: l'integrazione si può attuare con strumenti differenti, dalla collaborazione nella gestione del singolo caso fino a riunioni di équipe tra specialisti differenti e personale paramedico per l'analisi di eventuali difficoltà riscontrate. L'integrazione risulta fondamentale per la formazione di una competenza specifica su questi comportamenti in questa fascia d'età.

Ma se allarghiamo la visuale ci accorgiamo che il tentato suicidio coinvolge figure, professionali e non, anche in ambiti totalmente differenti da quello clinico: una recente valutazione legale ha suggerito che quando il tentativo di suicidio avviene a scuola può essere riscontrata una responsabilità diretta da parte degli insegnanti, che quindi diventano soggetti importanti da coinvolgere nel processo di cura. Allo stesso modo è importante non dimenticare il ruolo e la fondamentale responsabilità dei genitori, spesso totalmente impreparati a gestire il gesto suicidale. Il lavoro sui genitori e con i genitori è fondamentale perché le preoccupazioni e le paure tipicamente associate al gesto suicidale di un figlio non finiscano per boicottare il complesso intervento terapeutico ma possano diventare la spinta ad un lavoro propositivo che riscopra il ruolo educativo delle figure parentali.

Strategie di intervento: le strategie cliniche dimostratesi più efficaci per ridurre il rischio di suicidio giovanile sono rappresentate da interventi in quattro aree.

1. *Identificazione e trattamento dei disturbi psichici.* Una revisione di studi effettuati con il metodo dell'autopsia psicologica ha evidenziato la presenza di disturbi psichici nel 80-95% dei casi di suicidio in adolescenza (Pelkonen & Marttunen, 2003). L'importanza dei disturbi psichici nella genesi del comportamento suicidario è confermata da studi comparativi che hanno evidenziato per giovani con disturbi psichici un rischio suicidario tra le 12 e le 35 volte superiore a quello della popolazione generale (Brent et al., 1993; Appleby et al., 1999).
   Purtroppo il mancato riconoscimento di una sintomatologia psichica e la conseguente assenza di una consultazione specialistica si verificano nella maggior parte degli adolescenti deceduti per suicidio (Renaud et al., 2009). Tra i disturbi psichici associati al comportamento suicidario in questa fascia d'età, i disturbi nel controllo degli impulsi e i disturbi dell'umore si sono rivelati molto frequenti: inoltre, è stata evidenziata nel 50-80% dei casi una comorbidità psichiatrica tra più disturbi (Apter et al., 1993; Shaffer, et al., 1996; Fawcett, 2001; Pelkonen & Marttunen, 2003).
   Porre una maggior attenzione ai sintomi depressivi e ai disturbi dell'impulsività in adolescenza sia a livello del setting della medicina di base che degli ambulatori specialistici appare quindi il primo presidio necessario per combattere il rischio del suicidio giovanile.
2. *Riconoscimento dei segnali d'allarme.* Sebbene sia a volte il primo segnale visibile di una sofferenza psichica, il comportamento suicidale non appare dal nulla nella storia di un adolescente, ed è spesso preceduto da sintomi che solo a posteriori vengono pienamente compresi. Tra questi sintomi vanno ricordati:
   - cambiamenti nel funzionamento scolare o lavorativo;
   - modificazioni nelle relazioni sociali o in famiglia, spesso con ritiro sociale ed allontanamento dagli amici;
   - disturbi del comportamento;
   - perdita di interesse per attività che usualmente erano vissute come piacevoli;
   - disinteresse per la propria cura/igiene personale;
   - difficoltà e/o modificazioni dei ritmi del sonno;
   - rapido aumento o perdita di peso;
   - aumento dell'irritabilità o aumento dell'aggressività;
   - difficoltà nel controllo delle proprie emozioni;
   - aumento di comportamenti impulsivi o autolesivi;
   - commenti e pensieri relativi alla morte, mancanza di fiducia nel futuro;
   - uso di sostanze.

Porre attenzione a modificazioni nel funzionamento globale dell'adolescente è un passo imprescindibile al fine di effettuare una corretta valutazione.

3. *Identificazione precoce e trattamento dei soggetti ad alto rischio suicidale.* Una percentuale compresa tra il 30 e il 60% dei decessi per suicidio in età adolescenziale costituisce l'esito di una serie di tentativi ripetitivi (Diekstra, 1993). Inoltre, il tentato suicidio eleva la probabilità di morte per i giovani fino a 30 volte rispetto al gruppo di controllo (Appleby et al., 1999). Questi dati sottolineano che il tentato suicidio, così come il comportamento autolesivo più in generale, è infatti un fenomeno ripetuto e fino al 50% degli adolescenti ritenta entro due anni dal primo gesto (Shaffer et al., 1996). Alcuni autori infine hanno evidenziato che il rischio di morte per suicidio è direttamente correlato al numero di tentati suicidi precedenti (Haw et al., 2007).
   Alcune caratteristiche sembrano caratterizzare soggetti con storia di pregressi comportamenti suicidali ed autolesivi: questi ragazzi soddisfano nel 90% dei casi i criteri diagnostici per un disturbo psichiatrico (sia di asse I che di asse II), mostrano elevati livelli di impulsività ed una scarsa capacità di tollerare le frustrazioni associata a una scarsa capacità di coping.
   Purtroppo, nonostante il tentato suicidio appaia un comportamento di estrema gravità ed in grado di identificare un sottogruppo di soggetti ad altissimo rischio suicidale, è comune che ragazzi con un precedente gesto suicidale non vengano presi in carico dalle strutture sanitarie e non ottengano una specifica valutazione e trattamento. Alcuni studi sottolineano che fino al 70% dei ragazzi che giungono in PS con un tentativo di suicidio non ricevono un trattamento specialistico alla dimissione dall'ospedale. Questo dato preoccupante può essere motivato da un lato dalla banalizzazione di comportamenti senza elevato rischio biologico (ad esempio nelle assunzioni di scarse quantità di farmaci, spesso etichettate come "ragazzate") tipico delle famiglie ma che si può verificare anche in ambito sanitario, e dall'altro dai bassi livelli di compliance al trattamento tipici degli adolescenti.
   Fare in modo che un gesto suicidale non rimanga un urlo inascoltato deve però essere una delle priorità degli interventi di salute pubblica che mirano a ridurre la mortalità suicidale in adolescenza: tradotto in altri termini, l'obiettivo è quello di aumentare i tassi di presa in carico di questi ragazzi e di offrire loro un trattamento adeguato. Riconoscere e trattare soggetti ad alto rischio, ponendo particolare attenzione alla riduzione dell'alto tasso di drop-out, risulta quindi fondamentale.
4. *Appropriata gestione in acuzie di comportamenti suicidali e situazioni ad alto rischio.* La gestione dell'adolescente suicidale è, come visto, un passo fondamentale dei programmi di prevenzione. Nelle situazioni di acuzie e in generale nelle situazioni ad alto rischio suicidale deve essere effettuata un'attenta valutazione accurata del rischio suicidale. Tale valutazione deve essere una valutazione complessiva di vari aspetti, a partire dalla situazione clinica attuale fino alla storia personale e familiare dell'individuo, alla valutazione della situazione contingente. Devono essere valutate:
   - l'ideazione, la progettualità e l'intenzione suicidale;
   - la presenza in anamnesi di pregressi comportamenti autolesivi;
   - la situazione clinica (sia di asse I che di asse II, con particolare attenzione ai sintomi depressivi, all'abuso di sostanze, ai livelli di impulsività. Va inoltre valutata la presenza di sintomatologia psicotica – es. allucinazioni imperative – associata ad altissimo rischio suicidale);
   - la storia familiare (episodi suicidali in parenti, disturbi psichici e/o abuso di sostanze in parenti);
   - lo scarso supporto familiare/sociale, solitudine, presenza di disperazione;
   - i problemi pratici che il paziente giudica non risolvibili.

Managment e risk assessment del suicidio nel paziente psichiatrico

E. Aguglia, G. Minutolo, D. Cannavò

AOU Gaspare Rodolico, Policlinico di Catania, UO di Psichiatria

Diversi studi epidemiologici riportano che tra 8 e 25 tentativi di suicidio almeno uno verrebbe portato a termine, permettendo di considerare il suicidio una delle principali cause di morte prematura.
Il comportamento e l'ideazione suicidaria sono associate a diversi fattori di rischio che, all'interno delle differenti condizioni psicopatologiche sensibili, si differenziano ulteriormente in relazione all'età ed al sesso.
La depressione maggiore, il concomitante abuso di sostanze, il disturbo bipolare, la schizofrenia, i disturbi di personalità ed i disturbi del comportamento alimentare, sono le condizioni psicopatologiche maggiormente correlate al comportamento suicidario. Anche l'esito sembra differenziarsi in seno ai diversi quadri psicopatologici, vedendo la realizzazione completa dell'atto suicidiario, sensibilmente correlata alla presenza di sintomatologia depressiva, rispetto al tentato suicidio, maggiormente frequente nell'abuso di alcool e/o di sostanze.
L'accurata valutazione del rischio di suicidio dovrebbe prendere in considerazione non solo la diversa propensione all'atto suicidiario nelle diverse classi diagnostiche ma anche le diverse modalità attraverso cui lo stesso si realizzerebbe. Lo sviluppo pertanto di una più accurata metodologia di valutazione, la selezione di un appropriato setting di trattamento e l'identificazione delle terapie più efficaci, in linea con le indicazioni operative fornite dall'APA, sono gli strumenti più efficaci nella valutazione e nel management del rischio suicidario.

Il rischio suicidarlo del paziente alla dimissione dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario

A. Calogero, F. Nocini, S. Forconi*

*Ospedale Psichiatrico Giudiziario Castiglione delle Stiviere; *Azienda per i Servizi Sanitari di Trento*

L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) rappresenta l'unica struttura psichiatrica dove, per legge, l'ospedalizzazione del soggetto autore di reato, è prolungata nel tempo. Il reinserimento sociale nel territorio, in rete con il DSM di appartenenza, deve avvenire per essi con gradualità in modo da non rendere i tempi di degenza né troppo lunghi, né "frettolosamente espulsivi" ai fini della ricostruzione di una stabile fiducia in loro stessi.
Gli internati degli OPG hanno una diagnosi prevalente di schizofrenia (circa il 70%), spesso è presente marcata chiusura ed anafettività. La maggioranza dei soggetti presenta un notevole grado di disadattamento scolastico e lavorativo, sono gravemente disturbati, portatori di una esistenza frammentata ed inclini a proiettare sulle istituzioni una notevole carica di aggressività. Durante il ricovero si agisce sui sintomi psicopatologici, ma anche sul recupero delle loro abilità, utili per un migliore stile di vita fuori dall'OPG.
La dimissione per i pazienti psichiatrici, in generale, rappresenta un momento molto delicato: Busche et al. (1993) hanno rilevato che il 5-6% dei 30.000 casi annui di suicidio negli Stati Uniti avviene in ospedale e una percentuale simile è stata riportata nel Regno Unito; altri studi hanno riportato che il tasso di suicidio della popolazione ospedaliera è l'1% su 30.000 ammissioni all'anno (Simon, 1992); analizzando in specifico il campione, è emerso che in molti casi ciò è avvenuto in prossimità della dimissione.
La ricerca su un campione dei pazienti dimessi dall'OPG fa registrare 22 suicidi (19M-3F) in un arco temporale di 25 anni (1984-2008), di cui 20 dal 1984 al 1999 e 2 dal 2000 al 2008. Di questi 9 suicidi sono avvenuti in OPG e 13 fuori dall'OPG anche in condizione di libertà completa. Ma anche questi ultimi si sono verificati in prossimità (qualche giorno) dalla dimissione. La relazione tra diagnosi e suicidio vede: 28% depressione, 54% schizofrenie, 9% ciascuna sindrome organica e disturbi bordeline di personalità.
Suicidio e dimissione dall'OPG possono essere viste come due forme distinte di libertà: il suicidio come la libertà di morire, la dimissione come la libertà di vivere. Per alcuni dei nostri pazienti dimissibili, il peso di una vita in una "società" spesso ostile, il reato devastante e difficile da accettare, il carico di una situazione familiare e ambientale disturbante, possono portare ad un gesto così autodistruttivo come il suicidio.

Le collusioni suicidarie tra psichiatra e paziente

G.C. Nivoli

Sassari

Tra le collusioni suicidarie tra psichiatra e paziente, è descritta la sindrome di collusione suicidaria omissiva dello psichiatra con il paziente suicidario auto ed etero-aggressivo.
Sono descritti casi clinici nei quali i pazienti suicidari non solo minacciano il proprio suicidio, ma anche l'omicidio di familiari o di persone ritenute colpevoli di un loro fallimento economico, sociale od esistenziale.
La reattività emotiva dello psichiatra di fronte a questi pazienti può manifestarsi con una controtraslazione collusiva con il desiderio suicidario del paziente, che si manifesta concretamente con una riduzione delle attenzioni terapeutiche sino all'abbandono del paziente.
In particolare sono descritti, a livello concreto clinico, tutti gli atti omissivi dello psichiatra nei confronti del paziente (riduzione del numero delle visite, evitamento della valutazione del rischio suicidario, trasferimento della responsabilità di cura, ecc.).
Questa sindrome sottolinea la necessità di un'adeguata formazione professionale dello psichiatra nel gestire le proprie reazioni emotive nei confronti di pazienti suicidari che manifestano auto ed etero-aggressività

SABATO 20 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
SALA TINTORETTO

S48. Il paziente acuto: dalla psicopatologia alla gestione clinica

COORDINATRICE
P. Rocca (Torino)

Predittori del TSO in pazienti psicotici ricoverati in SPDC

V. Villari, C. Montemagni

SC Psichiatria 2 SPDC, Dipartimento di Neuroscienze, AOU "San Giovanni Battista" di Torino; Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

La proporzione dei pazienti ricoverati in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) nei diversi paesi europei oscilla tra 1% e 50%. Secondo Klinkenberg il rischio di ospedalizzazione obbligatoria è correlato ai seguenti fattori che si potenziano reciprocamente: la *vulnerabilità del paziente* (tipo e gravità di psicopatologia quale diagnosi di schizofrenia e doppia diagnosi ed esibire comportamenti aggressivi; fattori socio-demografici quali età giovane o anziana, genere maschile, essere single, una bassa estrazione sociale, etnia, disoccupazione); il *supporto sociale*; la *capacità di risposta dei servizi*; l'*aderenza al trattamento*.
Obiettivo del presente studio è di valutare in un campione di pazienti con psicosi acuta i fattori demografici, clinici e cognitivi associati a ricovero in TSO.
Abbiamo condotto una valutazione trasversale su 101 pazienti consecutivi ospedalizzati in regime volontario (69) o in TSO (32) con diagnosi di psicosi acuta, ricoverati presso la Psichiatria 2-SPDC dell'AOU San Giovanni Battista di Torino. L'indagine sui pazienti includeva un'intervista semistrutturata per la raccolta dei dati demografici, anamnestici e clinici generali. I pazienti sono stati sottoposti a valutazione clinica (SCID, PANSS-sottoscala positiva, negativa, generale e componente eccitatoria, Paykel scale of stressful life events), sono stati inoltre somministrati Wisconsin Card Sorting Test (WCST) e Comprehensive Affect Testing System, CATS, un insieme di test computerizzati capaci di esplorare differenti aspetti dell'espressività facciale e del tono di voce. I risultati preliminari suggerirebbero che i pazienti con psicosi acuta in TSO presentano maggiori livelli di aggressività, maggiore compromissione nelle funzioni esecutive e un trend riguardo ai deficit di riconoscimento delle emozioni facciali.

Il paziente acuto: dalla psicopatologia alla gestione clinica

L. Ferrannini

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASL 3 Genovese

La psichiatria moderna è sempre più chiamata ad intervenire in situazioni differenziate per obiettivi (dalla prevenzione alla riabilitazione), luoghi (ospedale, territorio, domicilio, residenze), tempi (dall'urgenza ai trattamenti life-time).
In questo quadro diventa prioritario il rapporto tra ospedale e territorio e tra medicina somatica e psichiatria, in quanto le patologie, le domande ed i bisogni degli utenti non consentono più modelli concettuali contrapposti ed organizzazioni frammentate.
Lo scenario dell'intervento d'urgenza e dell'intreccio connessione/confronto tra i servizi ed i circuiti psichiatrici e quelli per le altre patologie è particolarmente complesso, soprattutto nelle aree metropolitane, per i problemi tecnici ed organizzativi che lo caratterizzano: la molteplicità delle domande e delle persone, la varietà delle agenzie coinvolte (Servizi di continuità assistenziale, DSM, 118, DEA/DEU, ecc.), la diversificazione dei committenti (utenti, familiari, servizi, cittadini, forze dell'ordine), impongono l'adozione di modelli di conoscenza e di organizzazione di servizi specifici e differenziati.
L'intervento clinico deve inoltre rispondere ad esigenze spesso contrapposte, dal momento della diagnosi all'adozione di trattamenti mirati, e confrontarsi con nuove dimensioni etiche connesse alla ricerca di equilibrio tra tempestività delle azioni e aderenza e consenso del paziente.
Si affacciano così varie problematiche che richiedono il rimodellamento sia del circuito psichiatrico (dal CSM all'SPDC), che del circuito sanitario d'urgenza, attraversato sempre più spesso non solo da pazienti affetti da disturbi psichiatrici (primari e secondari), ma anche da persone con nuove tipologie di problematiche attinenti il mentale in comorbilità con il somatico.
Nella relazione verranno sviluppati questi temi, partendo dall'esperienza del DSM dell'area metropolitana genovese, nel quadro delle pratiche di psichiatria di comunità e delle linee-guida nazionali ed internazionali.

L'emergenza psichiatrica in adolescenza: questioni aperte

A. Peloso, L. Bondonio*, R. Rigardetto

*Sezione di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Scienze Pediatriche e dell'Adolescenza, Università di Torino; *Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infantile, ASL TO1*

Introduzione: studi epidemiologici segnalano che in adolescenza il 9-13% dei soggetti è affetto da patologia psichiatrica. Ultimamente il massiccio incremento degli accessi psichiatrici in Pronto Soccorso rilevato in Europa e negli USA rappresenta un elemento critico nell'organizzazione sanitaria e richiama l'attenzione dei clinici. Obiettivo del lavoro è puntualizzare i nodi teorici, clinici ed organizzativi che chiamano in causa aspetti culturali e di politica sanitaria. Verranno discusse le situazioni di emergenza psichiatrica, le caratteristiche, i criteri, gli indicatori ed il significato del ricovero psichiatrico in adolescenza.
Metodi: rilevazione nella Regione Piemonte, anno 2007, dei ricoveri psichiatrici in adolescenza, dei flussi di Pronto Soccorso, della mobilità extraregionale. Ricognizione delle risorse sul territorio italiano per la gestione dell'adolescente con patologia psichiatrica (Sezione Psichiatria, Epidemiologia, Organizzazione dei Servizi; SINPIA, 2007). Ricognizione epidemiologica del Ccm (Progetto PRISMA 2), anni 2002-2006.
Risultati: la situazione italiana è frammentata e disomogenea rispetto alle risorse cliniche ed assistenziali, il 30% dei ricoveri di adolescenti avviene in reparti NPI, nei rimanenti casi in reparti di altre specialità (Psichiatria, Pediatria). Nella Regione Piemonte la percentuale dei ricoveri in NPI sale al 41% per la città e provincia di Torino in cui prevalgono le situazioni di emergenza. La psicopatologia è rappresentata da disturbi psicotici, di personalità, della condotta e dall'anoressia nervosa.
Conclusioni: a fronte dell'aumento significativo della richiesta di trattamento della psicopatologia acuta e grave in adolescenza, registrato anche in Italia negli ultimi anni, un corretto sistema di salute mentale in adolescenza richiede che l'emergenza vada considerata non soltanto come richiesta di aiuto di fronte ad una sintomatologia improvvisa, ma come processo che coinvolge il paziente, la famiglia, l'ambiente e le istituzioni. L'emergenza psichiatrica in adolescenza va affrontata in termini di tempestività, metodo, politiche sanitarie che consentano una organizzazione dei servizi che, in rete e con flessibilità, realizzino in modo coordinato interventi diversificati.

Il consenso del paziente e la gestione delle emergenze

L. Lorettu

Sassari

La responsabilità professionale dello psichiatra ha visto un incremento nelle sedi giudiziarie penali e civili. La problematica del consenso informato ha acquistato un sempre maggior peso nell'ambito della responsabilità professionale. È da sottolineare che la problematica è caratterizzata da un vuoto legislativo che non consente un corretto orientamento e un univoco *modus operandi*. Tuttavia la giurisprudenza ha individuato i connotati essenziali sui quali muoversi. Vengono illustrati i requisiti giurisprudenziali alla base del consenso informato e le problematiche relative alle situazioni più specifiche concernenti i trattamenti senza consenso in situazioni di emergenza, quali lo stato di necessità, il consenso presunto, il dissenso espresso. Vengono riportate, come esemplificazione clinica, alcune sentenze concernenti la responsabilità derivante da trattamento eseguito in assenza di consenso.

SABATO 20 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
SALA PINTURICCHIO

S49. Qualità di vita, salute mentale, trattamenti

COORDINATORE
B. Carpiniello (Cagliari)

La qualità di vita nei disturbi d'ansia

G. Maina

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

Nonostante numerosi studi riportino bassi livelli di qualità di vita in pazienti affetti da disturbi d'ansia, non è abitudine consolidata da parte dei clinici indagare sistematicamente questo aspetto, non solo durante la fase acuta di malattia, ma anche nel lungo termine, anche al fine di valutare l'appropriatezza della terapia di mantenimento.
Un recente lavoro considera il disturbo ossessivo compulsivo come il più invalidante tra i disturbi d'ansia, per quanto concerne il funzionamento psicosociale e la

qualità di vita. numerosi studi hanno dimostrato l'enorme impatto negativo che il disturbo ossessivo compulsivo produce sul funzionamento sociale e lavorativo dell'individuo, tanto da essere classificato come una delle dieci condizioni più disabilitanti nel mondo da uno degli studi più importanti effettuati fino ad oggi, il Global Burden of Disease.
I pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo presentano una sintomatologia peculiare che frequentemente influenza il sistema familiare in cui vivono. Tale compromissione è dovuta: a) agli effetti del diretto coinvolgimento dei familiari nella sintomatologia del paziente, ma anche b) al carico emotivo e di lavoro legato alla quotidianità con un individuo che soffre di un disturbo psichiatrico con caratteristiche di cronicità.
Il disturbo di panico viene descritto a seconda degli studi come più o meno disturbante del disturbo ossessivo-compulsivo, dando per assodato un suo minore impatto sulla qualità di vita rispetto ai disturbi dell'umore. L'alterazione interessa in modo specifico, oltre ad aspetti relazionali, il tempo libero e il funzionamento generale. Particolare menzione merita il panico notturno, che pare essere più disabilitante del disturbo di panico con attacchi di panico diurni.
Sebbene sia evidente l'impatto negativo sulla qualità di vita e la disabilità cui i disturbi conducono, minori evidenze sono attualmente disponibili in letteratura a proposito di disturbo d'ansia generalizzata, disturbo post traumatico da stress e fobia sociale.

Qualità di vita e disturbi depressivi

L. Grassi, M.G. Nanni, R. Caruso

Clinica Psichiatrica Università di Ferrara, UO Sistema Dipartimentale Emergenza-Urgenza, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL Ferrara

Introduzione: la qualità della vita (QoL) rappresenta un concetto ampio e plurideterminato comprendenti il funzionamento di diverse dimensioni sociali-interpersonali, spirituali, biologiche del soggetto. Nonostante ampiamente esaminata nei contesti medici, in psichiatria e nella depressione in particolare, l'assessment del funzionamento individuale in termine di QoL risulta frammentario.
Metodi: viene presentata una review degli studi che hanno approfondito il tema della QoL nella depressione e del significato delle diverse dimensioni sintomatologiche della depressione sulla QoL. Vengono inoltre sintetizzati i risultati dello studio europeo FINDER [1] (Factors Influencing Depression Endpoints Research), e dei centri Italiani che hanno partecipato
Risultati: lo studio FINDER condotto su 3.468 pazienti ha dimostrato che i sintomi somatici incluso il dolore hanno un impatto negativo sulla QoL e che il trattamento ha comportato un miglioramento della QoL. La analisi della popolazione italiana partecipante allo studio (513 pazienti reclutati in 38 centri) [2], ha confermato sia al baseline sia al follow-up di 6 mesi tali dati.
Conclusioni: sulla base di quanto discusso, emerge come la depressione abbia conseguenze negative sulla QoL, che va monitorata in maniera continuativa nel corso del trattamento; che la sintomatologia somatica (inclusi dolore e sintomi somatici) influenza negativamente la QoL e un'attenzione a tali sintomi è fondamentale rispetto al tema della percezione soggettiva di QoL del paziente; che, in linea con quanto appena detto, i sintomi residui post-trattamento (inclusi i sintomi somatici) influenzano il rischio di nuovi episodi e il peggioramento della QoL.

Bibliografia

Grassi L, Rossi A, Barraco A. The Italian FINDER study group. *Factors Influencing Depression Endpoints Research (FINDER): baseline results of Italian patients with depression*. Ann Gen Psychiatry 2009;29;8:14

Reed C, Monz BU, Perahia DG, Gandhi P, Bauer M, Dantchev N, et al. *Quality of life outcomes among patients with depression after 6 months of starting treatment: results from FINDER*. J Affect Disord. 2009;113:296-302.

[1] Lo studio FINDER è stato supportato da Ely-Lilly e Boehringer-Ingelheim.

[2] Si ringrazia il Gruppo Italiano FINDER per la partecipazione nella raccolta dei dati.

Qualità di vita e disturbi psicotici

B. Carpiniello, F. Pinna

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

Introduzione: la qualità di vita rappresenta sempre di più uno dei principali indicatori di esito in psichiatria perché, essendo spesso non raggiungibile l'obiettivo di una "guarigione" in senso stretto, appare ovvio mirare sul piano terapeutico-riabilitativo al miglior livello oggettivo e soggettivo di vita.
Metodi: basandosi sul dati di letteratura e sulle personali esperienze di ricerca gli autori presenteranno una overview delle principali risultanze relative agli studi sulla qualità di vita nei disturbi psicotici, soffermandosi in particolare sulle problematiche relative ai trattamenti, sia di tipo farmacologico che psicosociale.
Risultati: i dati emersi dimostrano che i disturbi psicotici rappresentano l'area clinico-diagnostica che in psichiatria è stata per prima coinvolta nella problematica della valutazione della qualità di vita e che le persone affette da disturbi psicotici mostrano livelli di qualità di vita particolarmente scadenti. Ciò appare facilmente comprensibile, tenuto conto del fatto che, al di là della gravosa sofferenza soggettiva, lo spettro dei disturbi psicotici comporta per chi ne è effetto una serie di serie conseguenze in termini di menomazioni e disabilità,

alle quali conseguono inevitabili svantaggi sociali (stigmatizzazione, isolamento sociale, difficoltà lavorative solo per citarne i più importanti). A ciò si aggiungano una serie di effetti iatrogeni, in gran parte (ma non solo) dovuti ai farmaci antipsicotici "tradizionali", che hanno sicuramente contribuito, ed in misura non marginale, al peggioramento della qualità di vita dei pazienti. A fronte di ciò, nuove prospettive e speranze sono state alimentate da un lato con l'introduzione dei cd "antipsicotici atipici", dall'altro con l'affermarsi definitivo del modello di assistenza comunitario e del diffuso ricorso alle pratiche riabilitative. Ciò non di meno i dati sull'impatto effettivo sia degli uni che delle altre sulla qualità di vita soggettiva sembrano dimostrare non raramente un effetto inferiore alle attese.

Obesità e trattamenti farmacologici: promozione della salute e qualità di vita

M. Cuzzolaro

Roma

Nonostante le riforme legislative e i processi di deistituzionalizzazione avvenuti, in forme diverse, in molti Paesi, malgrado i progressi delle cure e degli interventi di riabilitazione, nell'immaginario comune resta viva l'icona del paziente psichiatrico come individuo isolato, improduttivo e … obeso.
L'obesità aggiunge alla malattia mentale una seconda caratteristica socialmente disapprovata: lo stigma si raddoppia.
In effetti, molti psicofarmaci incidono significativamente sia sul comportamento alimentare che sul peso corporeo aumentando il rischio-obesità per chi li assume.
Fra le cause dell'incremento ponderale da psicofarmaci si attribuisce importanza soprattutto alle alterazioni a livello dei sistemi neurotrasmettitoriali, neuroendocrini e immunomodulatori.
Il sovrappeso indotto da psicofarmaci ha almeno tre conseguenze:

- aumenta il rischio di malattie obesità-correlate e riduce l'aspettativa di vita;
- suscita nei pazienti reazioni negative che compromettono la *compliance* alla terapia e quindi il miglioramento psicopatologico;
- crea un ulteriore motivo di stigma sociale, isolamento, depressione, scarsa stima di sé, disturbi dell'immagine corporea, disturbi del comportamento alimentare e ridotta qualità della vita.

L'aumento di peso nel corso di cure farmacologiche è un fenomeno noto e studiato da più di mezzo secolo. Si verifica con sostanze chimiche molto diverse fra loro ed è grave e frequente nei soggetti curati con antipsicotici, antidepressivi e stabilizzatori dell'umore. L'incremento ponderale è indipendente dal sesso, dall'età e dall'etnia e si verifica sia con trattamenti quotidiani che con preparazioni depot.
L'aumento di peso indotto da psicofarmaci rappresenta un importante problema anche in campo pediatrico. Si ricorda, per inciso, che per valutare l'obesità pediatrica è necessario riferirsi alle curve di accrescimento e ai valori di ISOBMI.
Nel corso di un trattamento a lungo termine con psicofarmaci, per contrastare il rischio-obesità e le sue complicanze, è prioritario un lavoro di *educazione terapeutica preventiva*, diretto a rendere adeguate sia l'attività fisica che l'alimentazione. Diversi studi controllati hanno già dimostrato risultati incoraggianti. Alcune associazioni farmacologiche potrebbero essere d'aiuto, soprattutto nei soggetti con disturbi psichiatrici più gravi.

SABATO 20 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
Sala Bernini

S50. Strategie terapeutiche nei disturbi dell'umore e d'ansia resistenti

Coordinatore
A.C. Altamura (Milano)

Livelli di resistenza e definizioni di risposta nella depressione maggiore

A.C. Altamura

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

Nell'ultimo ventennio è stata attribuita sempre maggiore importanza ad un'accurata valutazione e quantificazione dei livelli di risposta e resistenza nei pazienti con depressione maggiore sottoposti ad un determinato trattamento antidepressivo in ragione di una serie di aspetti clinici differenti. In primis, la valutazione della risposta al trattamento antidepressivo sulla base di uno specifica scala di valutazione – generalmente la Hamilton o la MADRS – si propone effettivamente di quantificare il "delta" e cioè la riduzione in percentuale della sintoma-

tologia depressiva tra l'inizio del trattamento (baseline) e un adeguato periodo di follow-up (generalmente 8 settimane per la depressione maggiore). La conseguente definizione di una risposta piena, parziale o assente rappresenta un parametro fondamentale sulla base del quale il clinico valuterà l'opportunità di attuare eventuali incrementi posologici, strategie di associazione farmacologica e/o psicoterapica, switch farmacologici, ecc. Generalmente se vi è stata una risposta parziale le Linee Guida raccomandano di mantenere il medesimo composto attuando un incremento delle dosi ed eventualmente un'associazione, mentre l'assenza completa di risposta può suggerire uno switch. Occorre ovviamente valutare con attenzione l'effettiva compliance del paziente e la tollerabilità al trattamento poiché questi due elementi, fortemente correlati, possono influenzare in ultima analisi la risposta al trattamento. Si è soliti indicare con il termine di resistenza la non risposta ad almeno due trials di antidepressivi a differente meccanismo d'azione, dati a dosaggi e tempi adeguati in soggetti complianti ma non vi è un accordo uniforme sul numero effettivo ed ottimale di trials falliti quale soglia di resistenza (per alcuni autori almeno 4). Tale situazione porta talora ad avere dati epidemiologici che definiscano la depressione farmaco-resistente sostanzialmente diversi (dal 2,3 fino al 15%), se non addirittura discordanti. Certamente, laddove la definizione di una condizione di Resistenza sia premessa per l'attuazione di trattamenti antidepressivi di secondo livello (trattamenti ev, neuromodulazione ed ECT), occorre certamente che il clinico sia effettivamente sicuro della reale farmaco-resistenza del paziente (e non di una pseudo-farmaco-resistenza). Occorre infine sottolineare come sempre di più negli ultimi anni nel concetto di risposta (o non risposta) ad un determinato trattamento antidepressivo non rientrino più unicamente valutazioni di ordine psicometrico ma anche valutazioni relative alla qualità di vita, al funzionamento socio-lavorativo e familiare e al benessere soggettivo del paziente.

Strategie di switch antidepressivi nel paziente depresso non-responder

M. Amore

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Parma

Con il termine depressione resistente si definisce una depressione che non risponde a due antidepressivi somministrati in sequenza, per un adeguato periodo di tempo (almeno 5 settimane) alla dose standard giornaliera, con monitoraggio della compliance (utilizzando anche la determinazione dei livelli plasmatici).
La resistenza assoluta si definisce come assenza di risposta di fronte a qualsiasi strumento terapeutico.
La resistenza relativa si definisce come assenza di risposta ad un particolare strumento terapeutico.
Variabili di ordine famacodinamico, farmacocinetico o di compliance possono determinare un quadro di pseudoresistenza.
Le possibili variabili nella determinazione del fenomeno della farmacoresistenza apparente sono variabili cliniche: diagnosi (affidabilità dei criteri diagnostici), comorbilità organiche (ipotiroidismo, traumi cranici), farmacologiche (tipo di farmaco, dose e durata trattamento, effetti collaterali marcati che ostacolano l'attività terapeutica, contemporanea assunzione di sostanze depressogene: alcool, antiipertensivi), farmacocinetiche (scarso assorbimento, fissazione su proteine plasmatiche e frazione libera, produzione di metaboliti inefficaci, produzione di metaboliti che incrementano gli effetti collaterali, aumento velocità di trasformazione ed eliminazione).
La strategia terapeutica della depressione resistente comprende l'ottimizzazione del trattamento iniziale, lo switching ad altri antidepressivi e l'utilizzo di tecniche di augmentation.
Le tecniche di switching comprendono il passaggio da un antidepressivo triciclico ad un altro, da un triciclico ad un altro triciclico o inibitori del reuptake di serotonina e noradrenalina, o ad un serotoninergico; infine lo switching da un SSRI a un antidepressivo triciclico o ad un altro SSRI.
Lo switching fra antidepressivi deve tener conto delle possibili interazioni fra gli antidepressivi o altri composti assunti contemporaneamente.
Fra le condizioni cliniche causate dalla interazione è la sindrome serotoninergica.
Una opportuna conoscenza dell'azione farmacodinamica a livello delle varie frazioni dei citocromi, in particolare del citocromo P-450, e delle vie metaboliche dei composti utilizzati consentirà di limitare le interazioni potenzialmente tossiche fra i composti utilizzati.

Tecniche di Brain Stimulation e loro impiego in associazione nel paziente depresso resistente: lo stato dell'arte

B. Dell'Osso

Milano

Parallelamente allo sviluppo di nuove molecole ad azione antidepressiva e stante la non rara condizione di scarsa risposta o resistenza ai trattamenti farmacologici standard, nell'ultimo decennio si sono andate sviluppando nuove e differenti metodiche di neuromodulazione in questo campo. Si tratta in realtà di tecniche piuttosto differenti, quali la stimolazione magnetica transcranica (TMS), la stimolazione transcranica con correnti dirette (tDCS), la stimolazione del nervo vago (VNS) e la stimolazione cerebrale profonda (DBS), accomunate, tuttavia, dalla capacità di fornire una stimolazione elettrica specifica e selettiva a carico di alcune aree cerebrali. Le prime due tecniche (TMS e tDCS), in particolare, sono tecniche che presuppongono cicli di stimolazione

corticale con un buon profilo di tollerabilità, mentre le seconde due (VNS e DBS), pur essendo tecniche reversibili e modulabili richiedono un impianto chirurgico al fine di fornire una stimolazione continua. La selettività d'azione di queste tecniche nel complesso – elemento che le differenzia dall'ECT – ha portato allo svolgimento di numerosi trials clinici nell'ultimo decennio e in alcuni casi all'approvazione da parte dell'FDA e dell'EMEA per l'utilizzo nella depressione maggiore resistente. Nel corso della presentazione sarà offerta una breve overview sul meccanismo d'azione e sul razionale delle diverse tecniche unitamente alla presentazione di alcuni dati originali da parte dell'U.O. di Psichiatria della Fondazione IRCCS Policlinico di Milano.

SABATO 20 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
SALA MASACCIO

S51. Esiti a lungo termine dei disturbi psichiatrici

COORDINATORE
U. Albert (Torino)

Decorso ed esiti del disturbo di panico/agorafobia nel trattamento a lungo termine con antidepressivi

C. Toni, G. Perugi
Istituto di Scienze del Comportamento "G. De Lisio" Pisa; Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

La ricerca clinica sul trattamento farmacologico del disturbo da panico/agorafobia (DPA) ha subito un notevole impulso negli ultimi 20 anni, come dimostrato dalla pubblicazione di numerose sperimentazioni, controllate e non, che hanno avuto come oggetto di studio composti appartenenti a classi diverse, principalmente antidepressivi triciclici, inibitori delle monoaminossidasi ed i più recenti inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI). Parallelamente si sono andate affinando le conoscenze relative alle caratteristiche cliniche e di decorso del DPA, con la pubblicazione di numerosi dati derivanti da studi di follow-up. Si è reso così disponibile un corpo di conoscenze in grado di indirizzare, su base empirica e razionale, la gestione terapeutica a breve e a medio termine del DP. Meno numerose sono le informazioni relative ai trattamenti farmacologici a lungo termine e ciò rappresenta una lacuna di notevole importanza, soprattutto in considerazione del fatto che una larga parte di pazienti con DP necessita di terapie protratte, della durata di anni.
Metodo: 326 DSM-III-R pazienti con PDA, trattati con antidepressivi triciclici e SSRI, erano inclusi in un follow-up naturalistico di 3 anni e valutati con strumenti strutturati e semistrutturati (Structured Clinical Interview for Diagnosis e Longitudinal Interview Follow-up Examination).
Risultati: 147 pazienti (45,1%) rimanevano in trattamento per l'intero periodo di follow-up. La probabilità di avere periodo di remissione protratta era del 96,5% per PD e 95,9% per agorafobia. Le ricadute dopo una remissione di almeno 2 mesi erano rispettivamente 67,1% per PD e 39% per agorafobia. Minore gravità della sintomatologia e decorso di media durata con esordio giovanile erano i predittori di una maggiore durata della remissione. Minore gravità dell'evitamento e gravità moderata degli episodi critici permettevano un controllo migliore dell'agorafobia. La cronicità era legata alla maggiore gravità dell'evitamento ed alla cronicità del quadro psicopatologico.
Conclusioni: la prognosi del DPA trattato con antidepressivi risulta favorevole nella maggior parte dei casi, circa un terzo dei pazienti necessita di continuare a lungo termine i trattamenti, ed una parte minore mantiene un decorso cronico senza ottenere una remissione stabile.

Esiti a lungo termine dell'anoressia e della bulimia nervosa

A. Tortorella, P. Monteleone, M. Maj
Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli – SUN

L'anoressia nervosa (AN) e la bulimia nervosa (BN) sono malattie mentali che presentano decorso ed esiti complessi, con grosse difficoltà nell'approccio terapeutico e con una elevata mortalità.
Nell'AN il tasso di mortalità standard è quasi 18 volte superiore rispetto a quello della popolazione generale [1]. Dalle valutazioni a lungo termine risulta che meno della metà delle pazienti presenta un pieno recupero e la gravità del decorso dell'AN è confermata dalla presenza di comorbilità con altri disturbi psichiatrici in un quarto delle pazienti affette. La comorbidità con la depressione, i disturbi d'ansia, le fobie, i disturbi di personalità agiscono come fattori di rischio che contribuiscono ad un esito meno favorevole dell'AN [2].
Nella BN gli studi di follow-up di breve e medio termine evidenziano un tasso di mortalità che oscilla tra lo 0% e il 3%, percentuale questa che potrebbe essere

sottostimata. Nel caso di un follow-up intermedio, dai 5 ai 10 anni, il 20% delle pazienti continua a soddisfare i criteri per la bulimia nervosa. Il rischio di ricaduta è notevole; quasi un terzo delle pazienti in remissione presenta una ricaduta durante i primi 4 anni dall'esordio; risulta invece basso il rischio di presentare episodi di AN [3]. Le pazienti che hanno partecipato a studi che valutano l'esito del trattamento presentano tassi di remissione più elevati rispetto alle pazienti provenienti da campioni non inclusi in questo genere di studi Questo vantaggio sembra ridursi nel tempo: a 5 o più anni dalla presentazione non si evidenziano differenze tra i tassi di recupero delle pazienti che hanno ricevuto un intervento precoce e adeguato e quelle che non hanno ricevuto un adeguato trattamento o che non hanno ricevuto alcun trattamento.

Bibliografia

1 Nielsen S, Møller-Madsen S, Isager T, Jørgensen J, Pagsberg K, Theander S. *Standardized mortality in eating disorders a quantitative summary of previously published and new evidence*. J Psychosom Res 1998;44:413-34.

2 Holtkamp K, Müller B, Heussen N, Remschmidt H, Herpertz-Dahlmann B. *Depression, anxiety, and obsessionality in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa*. Eur Child Adolesc Psychiatry 2005;14:106-10.

3 Steinhausen HC. *Outcome of eating disorders*. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 2008;18:225-42.

Predittori di esito dei disturbi mentali comuni in Medicina Generale

M. Menchetti

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

Introduzione: i disturbi d'ansia e depressivi, molto diffusi nella popolazione generale, vengono gestititi prevalentemente nel settore delle Cure primarie dal Medico di Medicina Generale (MMG). È noto che molte di queste forme hanno decorso cronico o ricorrente ma nel complesso pochi dati sono disponibili nel contesto della medicina generale, specie per i predittori di esito. Tuttavia tali informazioni sono cruciali per pianificare in modo razionale i percorsi di cura e l'offerta di trattamenti.
Metodi: il presente studio è stato condotto a Bologna, con la collaborazione di 30 MMG. Nella prima fase dello studio, 1647 pazienti della Medicina generale, di età 18-65 anni, selezionati casualmente, sono stati sottoposti a screening con General Health Questionnaire (GHQ). Coloro che riportavano un punteggio ≥ 5 ed il 35% di coloro con punteggio di 3-4, sono entrati nella seconda fase dell'indagine che prevedeva una valutazione diagnostica con la versione italiana della Composite International Diagnostic Interview – Primary Health Care; erano inoltre somministrati: Medical Outcomes Study Short Form 36 item questionnaire (MOS-SF36), Hamilton Depression Scale, Hamilton Anxiety Scale e Duke Severity of Illness. I casi di disturbo psichiatrico accertati con l'intervista di ricerca sono stati poi rivalutati dopo 1 anno.
Risultati: alla baseline 124 pazienti rientravano nei criteri per un disturbo depressivo o per un disturbo d'ansia. Dopo 1 anno, 42 pazienti (33,8%) continuavano a soddisfare i criteri per un disturbo depressivo o un disturbo d'ansia. Genere femminile, mancanza di un'occupazione stabile e maggiore punteggio al GHQ alla baseline erano associati con la persistenza del disturbo mentale come pure, considerando il MOS-SF36, un minore punteggio alla sottoscala "salute mentale" ed un maggiore punteggio alla sottoscala "dolore somatico".
Conclusioni: un terzo dei pazienti del MMG con disturbi mentali comuni ha un decorso cronico o ricorrente, che appare influenzato da fattori sia di tipo clinico che sociale.

Integrazione farmaci e psicoterapia nel DOC

A. Tundo

Istituto di Psicopatologia, Roma

Secondo le recenti linee guida dell'American Psychiatric Association, il trattamento di prima scelta del disturbo ossessivo compulsivo (DOC) è rappresentato dagli inibitori del reupatke della serotonina (SRI) – clomipramina, citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertalina – e dalla terapia cognitivo comportamentale che includa le tecniche di esposizione e di prevenzione dei rituali (TCC/EPR) [1]. Entrambe le modalità di intervento hanno un'efficacia superiore al placebo ma limitata (riduzione della sintomatologia nel 60-70% dei casi) e la maggior parte dei pazienti in trattamento presenta sintomi residui che interferiscono con la qualità di vita. La ricerca è attualmente orientata a valutare se l'associazione SRI-TCC/EPR consente di ottenere risultati migliori rispetto alla monoterapia e se questa associazione è utile per i pazienti resistenti o che presentano sintomi residui.
Nel Simposio sarà innanzitutto presentata una revisione della letteratura in cui si confronta l'efficacia della terapia combinata rispetto al trattamento solo con SRI (5 studi) o solo con TCC/EPR (8 studi). Saranno inoltre analizzati i risultati di 6 studi in cui si valuta l'utilità del trattamento sequenziale (farmaci seguiti da psicoterapia) sia per i pazienti rispondenti, sia per quelli resistenti [2]. Saranno infine presentati i risultati di uno studio naturalistico condotto presso l'Istituto di Psicopatologia relativo a pazienti affetti da DOC che non avevano risposto a uno o più *trials* con SRI. Criteri di inclusione erano: età superiore a 18 anni, punteggio alla Y-BOCS ≥ 16, durata dei sintomi ≥ 1 anno. Le condizioni psicopatologiche e cliniche erano valutate, all'inizio della psicoterapia e durante il follow-up mediante Y-BOCS, CGI e GAF.

Bibliografia

[1] American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with obsessive compulsive disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association 2007.

[2] Albert U, Brunatto C. *Obsessive-compulsive disorder in adults: efficacy of combined and sequential treatments*. Clinical Neuropsychiatry 2009;6:83-93.

SABATO 20 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
SALA PERUGINO

S52. Impulsività e dipendenze comportamentali

COORDINATORI
A. Rossi (L'Aquila), L. Ravizza (Torino)

Neurobiologia dei comportamenti impulsivi nell'abuso d sostanze: implicazioni per la terapia

A. de Bartolomeis

Laboratorio di Psichiatria Molecolare e di Psicofarmacoterapia; Sezione di Psichiatria. Dipartimento di Neuroscienze e di Scienze del Comportamento, Università di Napoli "Federico II"

Molteplici evidenze precliniche e cliniche suggeriscono una possibile disregolazione dell'interazione dopamino-glutamatergica cortico-sottocorticale nella fisiopatologia delle dell'abuso di sostanze e nei comportamenti di tipo impulsivo che li sottendono, suggerendo possibili meccanismi comuni nelle due condizioni patologiche.
In particolare, il ruolo della dopamina, quantunque reinterpretato sulla base di nuove inferenze sperimentali, permane cruciale nella fisiopatologia dell'abuso di sostanze e dell'emergenza dei sintomi dello spettro impulsivo.
Studi d'imaging in vivo hanno permesso di dimostrare, in vivo con la tomografia ad emissione di positroni e la ^{11}C-raclopride (ligando relativamente seletttivo per i recettori D2/D3) che la somministrazione sia di agonisti indiretti dei recettori dopaminergici D2 sia di antagonisti del recettore glutammatergico NMDA (ketamina) determinano una possibile condizione di iperdopaminergia sottocorticale; in definitiva la manipolazione differenziale dei due sistemi trasmettitoriali può essere responsabile di un comune risultato finale implicato nella fisiopatologia dell'abuso di sostanze e nell'emergenza dei sintomi psicotici.
Studi d'imaging funzionale hanno consentito di specificare ulteriormente nell'uomo il substrato neuroanatomofunzionale dell'abuso di sostanze e dei comportamenti di tipo impulsivo correlati individuando per alcune di esse, come ad esempio la cocaina, pattern relativamente specifici di attivazione cerebrale.
Dalle inferenze di ordine neuroanatomofunzionale e molecolare emergono nuove possibili implicazioni per la farmacoterapia con riferimento a strategie di tipo dopaminergico sia di modulazione diretta che indiretta, e potenziali nuove strategie basate sulla manipolazione glutammatergica con agonisti ed antagonisti dei diversi sottotipi recettoriali glutammatergici.
Infine, il ruolo dei meccanismi di controllo trascrizionale "canonici" (ad es. CREB) e di più nuova caratterizzazione (Postsynaptic effectors) rappresenta un ulteriore target traslazionale per lo studio della fisiopatologia dei comportamenti di tipo impulsivo nell'abuso di sostanze e per modalità di intervento innovative.

Decision making, impulsività e tratti di personalità in soggetti con dipendenza da alcool

A Rossi, A. Tomassini

Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila

Introduzione: i soggetti con dipendenza da alcool hanno scarse capacità di decision making ed alti livelli di impulsività. I deficit decision making sono stati considerati come caratteristiche cognitive dei comportamenti addittivi (i.e., "miopia per il futuro"). I soggetti con problematiche correlate all'alcool presentano, inoltre, tratti di personalità correlati all'impulsività (ad esempio, alta ricerca di novità e basso evitamento del pericolo).
Lo scopo dello studio è valutare in una popolazione di soggetti con dipendenza da alcool ed astinenti per un lungo periodo di tempo la relazione tra abilità di decision making, impulsività ed altri tratti temperamentali e caratteriali.
Metodi: sono stati valutati 24 soggetti con dipendenza da alcool afferenti presso il Servizio per le Tossicodipendenza (Ser. T.) di L'Aquila, utilizzando l'Iowa Gambling Task (IGT), la Barratt Impulsiveness Scale version 11 (BIS-11) ed il Temperament and Character Inventory-125 items (TCI-125). I controlli sani sono stati reclutati dalla popolazione generale e valutati con il solo IGT.
Risultati: i campioni clinico e di controllo differivano significativamente nelle loro performance all'IGT. I

soggetti con dipendenza da alcool, infatti, effettuavano scelte svantaggiose ottenendo punteggi più bassi. È stata, inoltre, osservata una correlazione significativa tra punteggio totale all'IGT e Impulsività Non-Pianificativa della BIS.
Conclusioni: questi risultati confermano la presenza di compromissione nel decision making nei soggetti con dipendenza da alcool. La performance all'IGT è correlate all'Impulsività Non-Pianificativa ma non ad altre dimensioni dell'impulsività o ad altri tratti di personalità. Le abilità di *decision making* potrebbero essere parzialmente sovrapponibili a costrutti psicologicamente e psicometricamente riferibili all'impulsività.

L'impulsività nelle dipendenze da sostanze

S. Pallanti

Firenze

"Il modello psicopatologico"
Il gioco d'azzardo patologico (PG) ha una prevalenza dell'1-3% nella popolazione generale e presenta un elevato tasso di comorbidità con altri disturbi. Due distinte concettualizzazioni del PG l'hanno descritto come un disturbo appartenente allo spettro dei disturbi ossessivo compulsivi ma anche l'hanno inquadrato come una "dipendenza comportamentale". Recenti studi, hanno esplicitamente dimostrato una maggiore vicinanza del PG alle dipendenze da sostanze che non al disturbo ossessivo compulsivo. Studi di neuroimaging funzionali, genetici e biochimici assieme a modelli neuro cognitivi hanno suggerito quindi un link neurobiologico stretto tra il PG e le dipendenze da sostanze. Data l'elevato tasso di comorbidità tra questi disturbi, un approfondimento delle relazioni tra questa categoria di disturbi sembra necessario non solo per migliorare I trattamenti ma anche per effettuare una prevenzione in possibili pazienti a rischio. Inoltre è poco chiaro quanto, anche gli altri disturbi classificati come sotto il nome di "disturbi del controllo degli impulsi" rappresenti in realtà anch'essi delle dipendenze vere e proprie. Numerosi studi hanno fornito dati che sembrano suggerire come i disturbi del controllo degli impulsi rappresentano un gruppo di disturbi la cui eterogeneità e specificità influenzano la classificazione, la prevenzione ed il trattamento.

Bibliografia

Blanco C, Moreyra P, Nunes EV, Saiz-Ruiz J, Ibanez A. *Pathological gambling: addiction or compulsion?* Semin Clin Neuropsychiatry 2001;6:167-76.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edn, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.

Grant JE, Potenza MN. *Pathological gambling and other behavioral addictions*. In: Frances RJ, Miller SI, Mack AH, editors. *Clinical Textbook of Addictive Disorders*. 3rd edn. New York: Guildford Press 2005, pp. 303-20.

Holden C. *'Behavioral'addictions: do they exist?* Science 2001;294:980-2.

Potenza MN. Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*. 2006;101(suppl 1):142-51.

Impulsività nella dipendenza da sostanze: il modello clinico

P.P. Pani

Medicina delle Tossicodipendenze, Cagliari; Direzione Socio-Sanitaria, ASL 8 Cagliari

Riduzione del controllo inibitorio e impulsività sono frequentemente presenti nei disturbi da uso di sostanze. Spesso preesistono allo stato di dipendenza, associati a segni e sintomi indicativi di condizioni cliniche o subcliniche (temperamento ipertimico o ciclotimico, disturbi dell'umore, disturbi dell'attenzione con iperattività, disturbo della condotta ed antisociale), che possono fungere da fattore di rischio per l'incontro con la sostanza d'abuso e per la progressione dall'uso alla dipendenza. Il comportamento impulsivo è anche conseguenza dell'uso delle sostanze d'abuso, spesso dovuto all'effetto disinibente, come nel caso dell'alcol, delle benzodiazepine, della cocaina o delle anfetamine. Inoltre, lo stato di dipendenza è intrinsecamente caratterizzato da una forma elementare di impulsività, quella che rende il comportamento dipendente dagli stimoli tossicomanigeni condizionati (eventi, situazioni, affetti, ecc., spazialmente e temporalmente associati con l'effetto delle sostanze che finiscono per "guidare" il comportamento verso la ricerca e l'uso delle sostanze). Sebbene nella descrizione del quadro clinico della tossicodipendenza si tenda a riconoscere esclusivamente quest'ultima forma di impulsività, studi recenti (neuroimaging e indagini neuropsicologiche) tendono a ricondurre alla tossicodipendenza una più ampia e generalizzata condizione di impulsività.
Un approccio clinico longitudinale, la valutazione della storia individuale e familiare possono aiutare a discernere l'impulsività preesistente da quella conseguente all'uso delle sostanze d'abuso e alla dipendenza. Tuttavia la forte interazione ed interdipendenza fra terreno predisponente, processi tossicomanigeni e conseguenze cliniche impedisce spesso questo accertamento.
Frequentemente è la risposta al trattamento per la tossicodipendenza (sia farmacologico, che non farmacologico) a chiarire la base fisiopatologica del comportamento impulsivo del tossicodipendente.

SABATO 20 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
SALA BORROMINI

S53. Immagini dell'assistenza e delle cure psichiatriche nel cinema

COORDINATORE
V. Volterra (Bologna)

La morte ti fa bella/o: il cinema ed il suicidio

I. Senatore
Clinica Psichiatrica, Università "Federico II" di Napoli

"Il fatto che il suicidio sia sempre possibile è il punto di partenza essenziale per ogni autentico pensiero metafisico" affermava un tempo, proditoriamente Gabriel Marcel. Il suicidio è sempre stato riletto, nei secoli, come un gesto ammantato da fascino e da mistero. E se nell'Ottocento era d'appannaggio di eroine letterarie fragili ed infelici (Anna Karenina, Madame Bovary) nel Novecento Hemingway, Pavese, Majakowskj, Esenin, Virginia Wolf, Mishima, Carlo Levi lo imposero all'attenzione dell'immaginario collettivo come una possibile scelta autodeterminata che potesse riscattare un'esistenza dispersa e tormentata. Il suicidio non poteva non affascinare l'universo cinematografico che, sin dagli albori, ha inondato lo schermo con storie dolenti e passionali che culminano, spesso, con la morte tragica di uno o più protagonisti. Scegliendo cifre stilistiche diverse, i registi hanno mostrato il suicidio prediligendo il fuori campo (*Il marito della parrucchiera*) ponendolo come incipit della narrazione (*The million dollar hotel*) o come tragico epilogo (*Io la conoscevo bene*). Utilizzato spesso come espediente narrativo per impreziosire storie pallide ed incolori o per dare un tocco d'eroismo e di drammaticità a dei personaggi fin troppo ai bordi della narrazione, il suicidio in alcuni casi diventa l'unica possibilità per uscire dall'inferno della propria anima (*Il grido*). Drammi a parte, il cinema, ha saputo (anche) sorridere e mettere alla berlina i vani tentati suicidi compiuti da alcuni infelici e tormentati protagonisti (*Delicatessen, Arizona dream, Sedotta e abbandonata, L'uomo di Talbot*).
La relazione sarà accompagnata da un blob cinematografico della durata di dieci minuti.

Bibliografia

Senatore I. *L'analista in celluloide*. Milano Franco Angeli 1994.

Senatore I, *Curare con il cinema*. Torino: Centro Scientifico Editore 2002.

Senatore I. *Il cineforum del dottor Freud*. Torino: Centro Scientifico Editore 2004.

Senatore I. *Psycho cult*. Torino: Centro Scientifico Editore 2006.

Il gioco al massacro della psicoterapia senza setting: "Persona", di Ingmar Bergman (Sve, 1966), con Liv Ulmann, Bibi Andersson

R. Dalle Luche
UO SPDC ASL 1, Massa e Carrara

"Persona" è forse il capolavoro assoluto del cinema bergmaniano e uno dei più importanti film "psicoanalitici" (in senso lato) mai realizzati. Girato nella scenografia naturale aspra e selvaggia dell'Isola baltica di Farö, panorama dell'anima dove Bergman costruirà poi anche la sua casa, "Persona", anche grazie alla fotografia di Sven Nqvist, rappresenta un catalogo degli elementi essenziali sia della drammaturgia che del concetto visivo e teorico del cinema di questo sommo tra gli Autori di cinema esistenzialista europeo. In "Persona" Bergman utilizza espedienti straordinari per piegare la mdp verso il mondo interno dei personaggi e per farvi entrare lo spettatore in una dimensione identificativa e empatica profonda.
Il film è anche un apologo radicale sull'impossibilità del processo di cura e dei rischi controtransferali di ogni intervento psicoterapeutico e, al contempo, una metafora dei limiti del cinema di rappresentare fino in fondo la complessità dei processi psichici e dei relativi disturbi (la pellicola che si brucia, si interrompe mentre tenta di rappresentare il non rappresentabile).
Il film racconta la relazione terapeutica tra un'attrice (Liv Ulmann) che, improvvisamente, sulla scena, smette di parlare, e un'infermiera (Bibi Andersson) cui viene affidata per la riabilitazione. L'attrice, pur condividendo atti e spazi quotidiani e interagendo in modo non verbale, continuerà a tacere, mentre invece la *nurse* troverà nello specchio invertito del silenzio della paziente la situazione ideale per una confessione impietosa. Tra le donne si genera così un transfert-controtransfert identificatorio profondo rappresentato dalla celebre immagine della costituzione di un volto comune con i due mezzi volti delle protagoniste. L'ingestibilità di questo processo, che si manifesta al suo acme con vissuti persecutori, attacchi invidiosi e rabbiosi fino alla violenza, porterà alla brusca separazione dalla simbiosi terapeutica. L'esito dell'intero processo sarà, apparentemente, nullo, nonostante che un enorme ed essenziale materiale psichico ed emotivo sia stato effettivamente scambiato tra le due donne.
In questa analisi si propone questo film come un mezzo didattico eccellente per illustrare, all'interno della

Scuole di Psicoterapia e di Specializzazione in Psichiatria, gli elementi fondamentali, sia positivi (l'interazione spontanea e totalmente senza veli e autentica) che negativi (il totale assorbimento reciproco, la fusionalità, la necessità di gestire gli elementi emotivi più regressivi e arcaici) di ogni psicoterapia senza setting e senza supervisione.

I luoghi della "cura" della follia nel cinema

V. Volterra
Bologna

Il cinema si è interessato non solo dei malati di mente, ma anche dei luoghi della follia e della cura e dei trattamenti praticati ai soggetti con disturbi psichici di vario tipo più o meno gravi. Nell'evoluzione dagli antichi asili, dai manicomi e dagli ospedali psichiatrici alle comunità terapeutiche e ai vari tipi di assistenza territoriale si è voluto rappresentare una rassegna filmica delle strutture in cui gli alienati hanno potuto trovare alcune volte solo contenimento, controllo ed emarginazione e, invece, altre, una migliore socializzazione ed inserimento ed una presa a carico empatica ed attenta.

Violazioni del *setting*, malpratica ed esiti psichiatrici sul grande schermo

L. Tarsitani, E. Tarolla
Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Azienda Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma

È probabile che le immagini mostrate nei film abbiano un impatto sulle convinzioni e le attitudini che le persone mostrano verso la psichiatria. A questo proposito, la rappresentazione delle cure psichiatriche sul grande schermo sembra deviare notevolmente dalla realtà.
I dati provenienti da un'analisi di 134 pellicole di produzione statunitense in cui compare uno psichiatra saranno utilizzati per descrivere modalità ed esiti della terapie dei disturbi mentali. Le frequenti violazioni del setting, la rarità dei trattamenti farmacologici, l'uso di improbabili terapie fisiche e gli esiti delineano uno scenario inquietante per la psichiatria.

Bibliografia

Tarsitani L, Tarolla E, Pancheri P. *Psychiatry and psychiatrists in the U.S.A. cinema*. Recenti Prog Med 2006;97:165-72.

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.

Tarsitani L, Pancheri P. *Cinema e psichiatri: dagli oracoli al cannibalismo*. Ital J Psychopathol 2004;10:3-10.

L'ipnosi nel cinema

G. Spinetti
SC SPDC, ASL 1 Imperiese

Così come secondo Bazzi si può ritenere che la Psicoterapia, intesa come la generica possibilità di una azione terapeutica mediante mezzi psicologici, abbia "una breve storia, ma una lunghissima preistoria", egualmente l'Ipnosi, se collocata genericamente nel contesto delle Psicoterapie basate sulla Suggestione, trova facili riscontri nelle descrizioni di pratiche di tipo religioso o terapeutico, in cui il sacerdote o lo sciamano raggiungevano stati di coscienza assimilabili alla trance ipnotica, ritrovabili presso le antiche civiltà asiatiche, africane, precolombiane, o egizie.
Allo stesso modo, dalle prime pionieristiche esperienze cinematografiche (*Il gabinetto del dottor Caligari*), l'Ipnosi è risultata espediente narrativo di grande effetto sul pubblico; spesso, inoltre, le tecniche ipnotiche raffigurate come supporti quasi magici sono state introdotte quale *coup de teatre* nel corso della narrazione. In questo caso generalmente l'ipnotista, personaggio magnetico e di grande fascino, dopo aver pronunciato qualche parola a scopo induttivo, generalmente utilizzando l'oscillazione di un pendolino o di un orologio da taschino, ottiene una facile e spettacolare trance (*Vampiro a mezzanotte, Omicidio nella mente*).
La Tecnica Ipnotica compare e sottende a generi fra loro molto diversi: musical (*Girandola*); gotici (*La tomba di Ligeia, Horror,*); fantasy (*Conan il Barbaro*); intrisi di inquietudine esistenziale (*Il volto*); erotici (*Ipnosi morbosa*); spy story (*Telephon*); classici del cinema americano (*Il bacio della pantera, La fossa dei serpenti, La donna dai tre volti*); drammatici (*Ipnosi*); horror (*Due occhi diabolici*); commedie *(Alta tensione, La maledizione dello scorpione di giada*).
Generalmente l'Ipnosi viene raffigurata come strumento potente, potenzialmente salvifico, con caratteristiche però spesso al limite dell'inquietante, del magico: grazie alla cura ipnotica il soggetto rievoca un passato quasi sempre doloroso e riesce, catarticamente, a lasciarsi alle spalle il trauma che l'aveva condizionato fino ad allora (*Il settimo velo*, *Freud passioni segrete, Sherlock Holmes – Soluzione 7%", K-Pax*).
Egualmente, l'utilizzo della Regressione di Età e della Rivificazione si trovano talvolta a supportare teorie reincarnazioniste: in questo caso nel corso del trattamento l'ipnotista fa regredire il paziente ad una vita precedente (*L'altro delitto, L'amica delle 5 e mezzo*); oppure lo piega all'assolvimento del comando ipnotico ricevuto (*Va ed uccidi, L'angoscia*).

Bibliografia

Fofi G, Morandini M, Volpi G. *Dizionario del cinema*. Milano: Garzanti 1988.

Kezich T. *Il Mille Film*. Milano: Il Formichiere 1977.

Morandini L, Morandini L, Morandini M. *Dizionario dei film*. Bologna: Zanichelli 2004.

Senatore I. *L'analista in celluloide*. Milano: Franco Angeli 1994.

Senatore I. *Curare con il cinema*. Torino: Centro Scientifico Editore 2002.

Senatore I. *Il cineforum del dottor Freud*. Torino: Centro Scientifico Editore 2004.

Senatore I. *Psycho cult*. Torino: Centro Scientifico Editore 2006.

Sorlin P. *Sociologia del cinema*. Milano: Garzanti 1979.

SABATO 20 FEBBRAIO 2010 – ORE 11,40-13,40
SALA BRAMANTE

S54. Disturbi mentali all'esordio: nosografia e interventi precoci

COORDINATORE
R. Pollice (L'Aquila)

Variabili ambientali, eventi stressanti, nuove emergenze psicosociali e psicosi all'esordio

R. Pollice, V. Bianchini, S. Di Mauro, M. Mazza, R. Roncone, M. Casacchia

Dipartimento di Scienze della Salute, Unità di Psichiatria, Università dell'Aquila

Introduzione: Il modello vulnerabilità-stress della schizofrenia ipotizza che le riacutizzazioni sintomatologiche o il peggioramento clinico siano la conseguenza di una complessa interazione tra duratura vulnerabilità psicobiologica, fattori di protezione (ad esempio, coping funzionale, sostegno sociale), e l'esposizione a fattori di stress psicosociale. La validità di questo modello è supportata dal fatto che le esacerbazioni di sintomi psicotici e depressivi sono preceduti da aumento dei livelli di eventi di vita stressanti o l'esposizione a condizioni ambientali ad alti livelli emotività espressa.
È stato anche proposto che la schizofrenia sia associata ad una sensibilità accresciuta a stress psicosociale anche se questa ipotesi non è stata sostenuta in modo uniforme dalle evidenze in letteratura infatti esistono esperienze che dimostrano notevoli differenze individuali tra i diversi pazienti nella capacità di fronteggiare lo stress e mettere in atto adeguate risposte di coping. Tuttavia, il verificarsi di calamità naturali offre un'opportunità unica per esplorare gli effetti di una tipologia uniforme di esposizione ad eventi stressanti direttamente comparabili tra persone con e senza la schizofrenia e per valutare le differenze individuali nella reattività allo stress tra le persone con questo disturbo.
Obiettivo: confrontare le caratteristiche cliniche ed il funzionamento cognitivo di un campione di pazienti al loro primo episodio di schizofrenia, con pazienti con malattia stabilizzata prima e dopo il terremoto dell'Aquila. Questo studio prevede un disegno longitudinale ed intende valutare se rispetto alle variabili indagate, esistano differenze prima e dopo il terremoto, all'interno di due gruppi di pazienti, uno di essi rappresentato da pazienti al primo episodio psicotico in carico presso il servizio SMILE e l'altro rappresentato da schizofrenia stabilizzata, ricoverati o in carico ambulatoriale presso il Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura dell'ospedale di L'Aquila.
Metodi: cinquantaquattro pazienti che prima del terremoto del 6 Aprile 2009 erano in carico presso lo SMILE per un primo episodio di schizofrenia e 63 pazienti ricoverati o in carico presso il Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura con una malattia stabilizzata, sono stati inclusi nello studio. La PANSS è stata somministrata a tutti i partecipanti allo studio per rilevare la presenza e l'intensità della sintomatologia positiva e negativa. Sono state valutate le funzioni esecutive, l'elaborazione delle informazioni, la memoria visiva e la memoria verbale immediata e differita.
Risultati: il campione di pazienti al primo episodio ha manifestato un peggioramento in entrambe le valutazioni, dopo il terremoto. Sia la sintomatologia positiva che quella negativa valutate con la PANSS hanno manifestato un peggioramento statisticamente significativo; sempre significativo è stato il peggioramento del funzionamento cognitivo; presenti anche elevati livelli di ansia di stato. Il campione di pazienti con schizofrenia stabilizzata, ha manifestato variazioni della sintomatologia psicotica ed ansiosa senza differenze statisticamente significative; anche le prestazioni cognitive non sono modificate nella valutazione dopo il terremoto.
Conclusioni: questi risultati confermano i risultati di alcuni studi precedenti e suggeriscono che i pazienti con schizofrenia stabilizzata sembrano non essere particolarmente sensibili ad alcuni eventi di vita particolarmente stressanti e sembrano non manifestare un peggioramento della sintomatologia clinica né delle performances neuropsicologiche mentre i pazienti al primo episodio sembrano manifestare un peggioramento della sintomatologia clinica e delle prestazioni cognitive se esposti a life events ad elevato impatto stressante come quelli che caratterizzano un disastro naturale come un terremoto.

Diagnosi precoce dei disturbi affettivi nell'età di confine

G. Masi
IRCCS Stella Maris, Calambrone, Pisa

La crescente consapevolezza circa la frequenza di disturbi affettivi in età evolutiva ha indotto a moltiplicare gli studi sulle caratteristiche cliniche ti tali quadri clinici, e sugli elementi di continuità e discontinuità rispetto ai disturbi affettivi negli adulti. Particolarmente rilevante appare a questo proposito l'attuale ricerca sul significato clinico del disturbo bipolare (DB) in età evolutiva. Riporteremo i dati di alcune nostre ricerche in un campione naturalistico di bambini e adolescenti con mania ed episodi misti, allo scopo di effettuare una sotto-tipizzazione che avesse implicazioni sul piano diagnostico, prognostico e terapeutico. Tale sottotipizzazione è stata basata su diversi specificatori, quali 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 disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività (ADHD). 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 disturbi dirompenti del comportamento, importante impairment funzionale, minore miglioramento 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. Una ulteriore validazione di questa distinzione richiederà studi prospettici che esplorino la stabilità dei due fenotipi nell'ingresso in età adulta, e la risposta differenziali ai trattamenti farmacologici.

Il progetto PICOS-Veneto: uno studio multicentrico italiano sul percorso che conduce alla psicosi e sull'esito a medio termine

M. Ruggeri, A. Lasalvia, M. Bertani, S. Bissoli, C. Bonetto, D. Cristofalo, K. De Santi, L. Lazzarotto, G. Marrella, R. Mazzoncini, N. Pellegrini, S. Tosato, M. Tansella, per il Gruppo PICOS-Veneto

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona

Background: numerose evidenze indicano che nei pazienti psicotici quanto più dilazionato è l'inizio delle cure (e più lunga è la condizione di psicosi non trattata), tanto peggiore è la prognosi. Il destino clinico e sociale dei pazienti che sviluppano una psicosi sembra, infatti, compiersi nei primi due-tre anni dall'esordio di malattia, in quello che è stato definito il "periodo critico": trattamenti capaci di ridurre il rischio di ricadute e limitare l'impatto delle disabilità future debbono essere tempestivamente forniti all'interno di tale lasso di tempo. Le evidenze su cui si basano tali indicazioni sono state prodotte esclusivamente nel modo anglosassone. Mancano dati empirici tratti dal contesto italiano in grado di orientare l'attività dei nostri servizi di salute mentale.
Scopo: valutare, in una coorte di pazienti psicotici al primo episodio, il ruolo giocato da condizioni che 1) *precedono* l'insorgenza del disturbo (adattamento premorboso, lunghezza della psicosi non trattata ed eventi stressanti), e 2) caratterizzano la *fase di esordio* (quadro psicopatologico, profilo delle disabilità, qualità della vita, bisogni di cura e variabili relative al trattamento) nel determinare l'esito clinico e sociale ad un anno.
Metodo: la ricerca è stata realizzata nel contesto del Progetto PICOS-Veneto, uno studio multicentrico italiano che ha tra gli obiettivi quello di caratterizzare le psicosi all'esordio e di sviluppare un modello predittivo dell'esito comprendente variabili cliniche, sociali e di tipo biologico. Lo studio ha reclutato tutti i pazienti psicotici all'esordio di malattia che nell'arco di tre anni (2005-2008) sono giunti in contatto con i servizi psichiatrici dei 28 Centri partecipanti (catchment area di circa 3.500.000 ab., 80% del territorio regionale). I pazienti sono stati valutati con un set di strumenti standardizzati, tra i quali, *Premorbid Social Adjustment scale* (PSA), *Positive and Negative Sindrome Scale* (PANSS), *Disability Assessment Schedule* (DAS-II), *Manchester Assessment of Quality of Life* (MANSA), *Camberwell Assessment of Need* (CAN). I predittori dell'esito sono stati esplorati mediante regressioni multiple.
Risultati: al baseline sono stati valutati 350 pazienti (56% maschi; età media 31.7, d.s. 9.5) con diagnosi ICD-10 di schizofrenia (F20) (24%), psicosi non affettiva non schizofrenica (F21-29) (55%) e psicosi affettiva (F30.2, F31.2, F31.6, F31.5, F32.3) (21%). La DUP (*duration of untreated psychosis*) media è di circa 6 mesi (d.s 12,7), senza significative differenze tra i raggruppamenti diagnostici. L'adattamento premorboso è risultato deficitario in circa il 40% dei casi, con compromissione più marcata riguardo al profitto scolastico in età adolescenziale. Il primo contatto con i servizi psichiatrici è avvenuto nel 60% circa dei casi in condizioni di acuzie attraverso un ricovero in SPDC. Il quadro psicopatologico all'esordio è apparso caratterizzato nell'80% dei casi da deliri, associati ad allucinazioni (45%), comportamento aggressivo (30%) e disorganizzazione concettuale (28%). La presenza di gravi sintomi negativi è stata rilevata in circa il 30% dei casi. Funzionamento sociale e qualità della vita sono apparsi compromessi nel 25-30% dei pazienti. Al follow-up 1 anno sono stati rivalutati 175 pazienti. La maggioranza di essi ha registrato un significativo miglioramento clinico, più marcato in

relazione ai sintomi positivi (80% dei casi). Il 20% circa dei pazienti è andato incontro ad un peggioramento dei sintomi negativi ed un 10% ad un incremento delle disabilità sociali. L'analisi dei predittori ha messo in evidenza un effetto significativo sull'esito sia da parte della DUP che dell'adattamento premorboso.
Conclusioni: la lunghezza della DUP riscontrata fa collocare l'area territoriale coperta del Progetto PICOS nella parte più bassa del range di variabilità riportata in letteratura; ciò sta ad indicare che la risposta dei servizi veneti alle necessità assistenziali delle persone all'esordio psicotico sia nel complesso tempestiva. Intercettare tuttavia quanto prima possibile casi all'esordio e ridurre l'impatto della psicosi non trattata rappresenta un elemento chiave per migliorare ulteriormente la prognosi dei pazienti psicotici. Si rende pertanto opportuno considerare l'organizzazione di specifici programmi d'intervento precoci e percorsi di cura dedicati agli esordi.

I fattori di rischio della depressione in età evolutiva: quali interventi efficaci di prevenzione?

E. Caffo, B. Forresi, O. Daolio
Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: i disturbi depressivi in età evolutiva sono caratterizzati da una prevalenza stimata intorno al 1-8%, con associata un'aumentata incidenza di comportamenti a rischio come l'abuso di sostanze e comportamenti suicidari. Tali disturbi mostrano inoltre una forte ricorrenza in età adulta pari al 60-70% dei casi, comportando un notevole impatto in termini di spesa socio-economica.
A tal proposito, l'Unione Europea ha recentemente sottolineato l'importanza di investire sullo sviluppo di interventi di prevenzione primaria, interventi soprattutto focalizzati sui nuclei di disagio individuali, familiari e sociali associati all'aumento di probabilità d'insorgenza di un disturbo depressivo.
Metodi: l'Autore analizzerà alcuni dei più recenti studi relativi alla prevenzione dei disturbi depressivi in età evolutiva, ponendo l'attenzione soprattutto sulle prove di efficacia dimostrate dagli stessi. Tali interventi sono stati individuati attraverso un percorso di review nei database Medline, PsychINFO e Cochrane Library.
Risultati: gli interventi di prevenzione somministrati a campioni i cui soggetti mostrino un fattore di rischio identificabile (targeted prevention programs) hanno significativamente dimostrato di essere in grado di impedire a breve e lungo termine l'insorgenza di un disturbo depressivo, a differenza dei programmi sviluppati in campioni appartenenti alla popolazione generale (universal prevention programs). I programmi di intervento sviluppati prevedono l'insegnamento di tecniche cognitivo-comportamentali ai soggetti dello studio, valorizzando lo sviluppo di competenze adattative nella gestione delle relazioni familiari e con i pari, nel superamento di schemi cognitivi patologici e nelle strategie di coping ad eventi stressanti, come la morte di un genitore.
Conclusioni: gli interventi di prevenzione dei disturbi depressivi in età evolutiva devono essere basati su evidenze scientifiche, appropriati per le diverse età, sensibili alla variabile culturale e somministrabili in modo flessibile, ma metodologicamente rigorosi. Lo sviluppo di un intervento non può fare a meno di coinvolgere con un ruolo attivo i servizi presenti sul territorio, prima fra tutti la Scuola, ambito di elezione per una prevenzione efficace e duratura.

SABATO 20 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA RAFFAELLO

S55. La dimensione impulsività tra normalità e patologia

COORDINATRICE
D. Marazziti (Pisa)

Impulsività, serotonina e genere

D. Marazziti, G. Consoli, S. Baroni, I. Masala, F. Golia, M. Picchetti, M. Catena Dell'Osso
Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Numerose evidenze sottolineano che il sistema serotoninergico gioca un ruolo fondamentale nella modulazione del comportamento impulsivo e aggressivo, ma i dati in soggetti sani sono ancora scarsi. Con la nostra ricerca ci siamo, pertanto, proposti di esplorare e confrontare l'impulsività in un gruppo di volontari sani di entrambi i sessi, e di valutare le possibili correlazioni tra un marker periferico del sistema serotoninergico, il trasportatore piastrinico della serotonina (5-HT) (SERT) e le caratteristiche dell'impulsività.
Sono stati inseriti nella ricerca 15 uomini e 17 donne (età media: 36 ± 7 anni), che non erano affetti né da malattie fisiche, né da disturbi psichiatrici maggiori. L'impulsività

è stata valutata con la versione 11 della scala per l'impulsività di Barratt (BIS-11), validata in italiano. Il SERT è stato misurato tramite il binding della ^{3}H-paroxetina (^{3}H-Par) in membrane piastriniche, con metodi standardizzati.
Il risultati hanno evidenziato che le donne presentavano un punteggio totale della BIS-11 più alto di quello degli uomini, e lo stesso per quanto riguarda i fattori "impulsività motoria" e "complessività cognitiva" della stessa scala. L'analisi delle correlazioni ha rivelato che il numero delle proteine (Bmax) del SERT era correlato significativamente e positivamente con il fattore complessità cognitiva" della BIS-11, e la costante di dissociazione (Kd), che è l'inverso dell'affinità, era correlata negativamente con il fattore "Impulsività motoria, ma solo nel sesso maschile.
In conclusione, I nostri dati indicano che le donne sono più impulsive degli uomini, ma che il SERT è più coinvolto nella modulazione dell'impulsività negli uomini che nelle donne.

Il comportamento impulsivo nel bambino e adolescente

G. Masi
IRCCS Stella Maris, Calambrone, Pisa

La dimensione impulsiva in età evolutiva rappresenta un elemento strettamente connesso con il normale sviluppo emotivo, cognitivo e comportamentale del bambino e dell'adolescente. Quando tale dimensione diventa eccessiva e disfunzionale, necessita di un inquadramento nosogravico. Il disturbo maggiormente connesso con l'impulsività in età evolutiva è il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività, nel quale la dimensione impulsiva assume caratteristiche diverse nelle diverse fasi dello sviluppo, e può talvolta, soprattutto in adolescenza, rappresentare un elemento centrale del quadro clinico e della prognosi. La dimensione impulsiva è poi individuabile in altri disturbi dirompenti del comportamento (disturbo oppositivo-provocatorio, disturbo della condotta), e conferisce agli eventuali comportamenti aggressivi caratteristiche specifiche, che differenziano clinicamente e prognosticamente la aggressività impulsiva rispetto alla aggressività più programmata e pianificata. La dimensione impulsiva può essere presente nei disturbi dell'umore dell'età evolutiva, sia di tipo depressivo, sia di tipo bipolare o misto. La diagnosi differenziale delle forme precoci di disregolazione del tono dell'umore, ed il loro rapporto con il disturbo bipolare dell'adulto rappresenta una delle aree di ricerca clinica più complesse nella psicopatologia dell'età evolutiva. Sono da ricordare le forme di impulsività che rappresentano in età evolutiva la espressione più esplicita di una esposizione a condizioni traumatiche (sindrome post-traumatica da stress), a volte evidenziata o svelata dall'esordio acuto o sub-acuto di un comportamento impulsivo. Infine, nell'ambito della categoria diagnostica del disturbo del controllo degli impulsi, appare significativo in età evolutiva il disturbo esplosivo intermittente, spesso in rapporto da un lato con altri disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo-impulsivo, dall'altro con i disturbi dell'umore (in particolare il disturbo bipolare). Tali condizioni cliniche verranno valutate in relazione alle loro caratteristiche cliniche, prognostiche e terapeutiche.

L'impulsività nell'adulto: aspetti clinici e terapeutici

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

L'impulsività, definita come l'incapacità di resistere al desiderio di compiere un'azione pericolosa per sé o per gli altri, è parte integrante della psicopatologia di diversi disturbi psichiatrici. Non solo costituisce il nucleo psicopatologico dei disturbi da discontrollo degli impulsi (piromania, cleptomania, gioco d'azzardo patologico, tricotillomania, disturbo esplosivo intermittente), ma si ritrova anche come dimensione semeiologica in altri disturbi psichiatrici dell'adulto, sia di asse I che di asse II: schizofrenia, episodi depressivi maggiori con comportamenti autolesivi o suicidari, episodi maniacali del disturbo bipolare, disturbo ossessivo-compulsivo, bulimia, abuso di sostanze, parafilie, disturbi di personalità borderline, antisociale, istrionico e narcisistico.
Stein e Hollander hanno ipotizzato l'esistenza di uno spettro ossessivo-compulsivo, di cui compulsività e impulsività rappresenterebbero i due poli opposti: freno (evitamento del pericolo, compulsività)/disinibizione (ricerca della novità, impulsività). In quest'ottica il DOC sarebbe il prototipo del disturbo compulsivo, mentre il disturbo borderline di personalità di quello impulsivo. Tuttavia, in contrasto con la teoria del continuum ossessivo-compulsivo, possono essere descritte alcune differenze significative nelle due dimensioni psicopatologiche di impulsività e compulsività, in particolare per quanto riguarda i concetti di egosintonia, piacere, controllo, comportamento e tensione.

Aspetti psichiatrico-forensi concernenti gli autori di reato impulsivi ed aggressivi

V. Volterra
Bologna

Dopo una definizione dell'impulsività e della fenomenologia o del significato delle pulsioni, vengono illustrati i comportamenti dissociali legati a discontrollo degli impulsi, i disturbi psichici che talvolta si associano ed i reati che ne possono derivare. In particolare, da un punto di vista psichiatrico-forense, sono esaminati gli aspetti caratterizzanti le manifestazioni violente ed aggressive dei soggetti con disturbi "borderline" di personalità. Infine vengono elencate le circostanze problematiche di alcuni reati che rendono spesso complessa e difficile la valutazione clinica e psichiatrico-forense dei soggetti con discontrollo degli impulsi.

SABATO 20 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA PINTURICCHIO

S56. Disturbi del comportamento alimentare: approccio ai pazienti resistenti alle cure

COORDINATORI
S. Fassino (Torino), F. Brambilla (Milano)

Fattori biologici predittivi della risposta ai trattamenti nei disturbi del comportamento alimentare

P. Monteleone, R. Ferrara, M. Maj
Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli – SUN

Numerose alterazioni di neurotrasmettitori e peptidi regolatori del comportamento alimentare sono state riscontrate in pazienti con anoressia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) o disturbo da binge-eating (BED). Evidenze preliminari suggeriscono che alcune di dette alterazioni possano influenzare la prognosi di detti disturbi e, pertanto, possano esser di utilità nella predizione degli esiti dei trattamenti.
È ampiamente riconosciuto che la leptina, secreta dal tessuto adiposo, è drasticamente ridotta in fase acuta di AN e si normalizza in seguito al recupero del peso corporeo. Tuttavia, un aumento troppo rapido della produzione di leptina nel corso della rialimentazione sembra contrastare il processo di recupero ponderale e favorisce le ricadute.
Nella BN e nel BED, studi di farmacogenomica hanno individuato dei polimorfismi genici predittori di risposta ai trattamenti farmacologici e/o chirurgici. In particolare, è stato osservato che la forma corta del polimorfismo del promotore del gene che codifica il trasportatore della serotonina è associato ad una scarsa efficacia dei trattamenti con inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina nella BN. Alcune varianti del gene che codifica per il recettore 4 della melanocortina, invece, predicono un peggiore esito dei trattamenti di bendaggio gastrico in pazienti con BED.
Lo studio dei predittori di esito nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare è soltanto all'inizio. Il suo sviluppo futuro garantirà sicuramente l'individuazione precoce dei fattori di resistenza alle cure.

Alterazioni nerotrasmettitoriali-neuropeptidiche e resistenza alle terapie nei disordini del comportamento alimentare

F. Brambilla
Dipartimento di Salute Mentale, Ospedale "Sacco", Milano

I trattamenti dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), siano essi psicoterapeutici, psicofarmacologici o nutrizionali, vanno incontro con eccessiva frequenza a esiti negativi o sono seguiti a distanza da ricadute delle patologie. È noto che nei DCA la funzionalità di neurotrasmettitori e neuropeptidi è alterata, tali patologie potendo rappresentare una delle basi delle alterazioni psicologiche che contraddistinguono i DCA, e una delle cause degli eventuali esiti negativi delle terapie. Nostri studi psicofarmacologici e psicoterapeutici potrebbero suffragare tale ipotesi.
Un trattamento con psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) somministrata per 20 settimane a 28 pazienti anoressiche e 22 bulimiche ha dato luogo a esiti clinici prevalentemente positivi nei due gruppi, ma ha rivelato di non modificare la funzionalità noradrenergica e dopaminergica in tutte le pazienti, e di correggere quella serotoninergica solo nelle pazienti bulimiche. È noto che la CBT ha effetti positivi immediati e a lunga durata nella bulimia nervosa ma meno frequentemente nell'anoressia nervosa, andando incontro in quest'ultima a facili ricadute.
Un trattamento di 30 pazienti anoressiche con olanzapina a basse dosi per 3 mesi ha rivelato di non possedere alcun effetto sui sintomi specifici della malattia, determinando solo un significativo miglioramento dei sintomi depressivi, ossessivo-compulsivi e dell'aggressività, e in parallelo di non modificare la secrezione dopaminergica, della leptina e della grelina delle pazienti.
In 10 pazienti bulimiche il trattamento per 4 mesi con fluvoxamina ad alte dosi ha indotto un netto miglioramento nei livelli linfocitari di colecistochinina, precedentemente ridotti, in parallelo con una sparizione della sindrome bulimica. Per contro, il trattamento di 21 pazienti anoressiche con fluoxetina ad alte dosi per 4 mesi non ha modificato né la bassa secrezione di colecistochinina linfocitaria né la psicopatologia delle pazienti.
Trattamenti che centrino il loro meccanismo d'azione sulle alterazioni neurotrasmettitoriali-neuropeptidiche dei DCA potrebbero essere la risposta alla risoluzione degli incerti esiti terapeutici ottenuti a tutt'oggi.

Fattori perinatali, deficit cognitivi e risposta al trattamento nei disturbi del comportamento Alimentare

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

Studi recenti hanno evidenziato che alcuni tipi di complicanze perinatali sono un fattore di rischio per lo sviluppo

dell'anoressia nervosa [1]. Inoltre la presenza di complicanze perinatali correla con la presenza di alcuni deficit nelle funzioni esecutive, come le difficoltà di set-shifting e il deficit di coerenza centrale. Il nostro studio si propone di valutare come le complicanze perinatali correlano con la risposta al trattamento e con l'esito a lungo termine del disturbo.
Metodi: Le pazienti con diagnosi lifetime di anoressia nervosa che hanno partecipato al nostro studio precedente sulle complicanze perinatali [1] sono state contattate per uno studio di follow-up. Siamo riusciti a contattare 69 pazienti, di cui 46 (67%) hanno accettato di partecipare allo studio. La valutazione dell'esito comprendeva: 1) SCID per diagnosi di disturbo del comportamento alimentare; 2) MINI per diagnosi di comorbidità di disturbi dell'umore e d'ansia; 3) valutazione neuropsicologica, comprendente il Wisconsin Card Sorting Test, Iowa Gambling Task, il Test delle Figure Aggrovigliate, la Torre di Londra, e la Figura Complessa di Rey.
La valutazione di follow-up è stata eseguita in media dopo 13,8 anni dall'esordio (range 7-21 anni). Ventonove soggetti (63%) presentano una remissione completa del disturbo alimentare, 7 casi avevano una anoressia nervosa (15%), mentre altri 10 presentavano una bulimia nervosa od un disturbo NAS. La presenza di complicanze perinatali alla nascita, soprattutto le complicanze potenzialmente ipossiche e i segni di dismaturità neonatale, sono significativamente meno frequenti nei soggetti in remissione. Inoltre, per quanto riguarda i soggetti che hanno completato un trattamento ambulatoriale presso il nostro centro, la presenza di segni di dismaturità neonatale è un predittore di scarsa risposta al trattamento.
In conclusione, le complicanze perinatali rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo e la cronicizzazione dell'anoressia nervosa.

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.

Trattamento dei disturbi del comportamento alimentare in Day Hospital: risultati preliminari su pazienti resistenti alle cure

G. Abbate Daga, C. Gramaglia, A. Brustolin, S. Fassino

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: benché negli ultimi anni il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare abbia fatto dei progressi, rimane ancora da indagare l'efficacia di interventi intensivi con pazienti che tendono alla cronicizzazione del sintomo e/o non hanno risposto ai trattamenti standard. Scopo del presente contributo è la valutazione dell'efficacia della terapia psicodinamica di 6 mesi in regime di Day Hospital Psichiatrico (DHP) in un campione di 49 pazienti resistenti alle cure.
Metodo: le 49 pazienti (17 anoressiche restricter, 11 anoressiche binge-purging, 10 pazienti bulimiche, 11 pazienti disturbo alimentare NAS) afferenti al DHP sono state reclutate nell'arco di due anni. Le pazienti sono state valutate all'inizio della terapia, alla fine della terapia (dopo 6 mesi) e dopo un anno dalla dimissione. Sono stati valutati i dati clinici e le pazienti hanno eseguito test psicometrici, quali Temperament and Character Inventory (TCI), Eating Disorder Inventory 2 (EDI2), Attachment Style Questionnaire (ASQ) e State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI).
Risultati: 43 pazienti (88%) sono state ammesse in DHP dopo il fallimento di precedenti cure e 33 pazienti (67%) erano state ricoverate nell'anno prima l'accesso in DHP. In media le pazienti riferivano otto anni di disturbo (D.S. 4) 35 pazienti (71%) hanno risposto in modo significativo alle cure a 6 mesi. Di queste pazienti 32 (67%) hanno mantenuto il miglioramento ad un anno delle dimissioni e 8 (16%) sono in remissione completa. Solo 14 pazienti (29%) sono dovute ricorrere al ricovero nell'anno dopo la dimissione. Nell'intero campione dei responders vi è un miglioramento moderato, ma statisticamente significativo del BMI per le pazienti sottopeso e delle condotte binge-purging. Le scale psicometriche descrivono dei miglioramenti significativi in diverse aree a 6 e 18 mesi. Alcuni tratti di personalità sono significativi predittori di risposta.
Conclusioni: cure più intensive e personalizzate sono efficaci per un sottogruppo di pazienti che resistono alle cure. Per la maggioranza dei casi il trattamento in DHP per sei mesi diminuiscono i costi sanitari e migliorano la qualità di vita, diminuendo la gravità della psicopatologia alimentare. Vengono discussi alcuni possibili fattori terapeutici dell'intervento, tra cui il ruolo della motivazione al cambiamento, lo sviluppo di relazioni supportive, il coinvolgimento dei familiari, le caratteristiche personologiche della paziente, il significato attribuito al sintomo, il lavoro sulle dinamiche tra équipe e pazienti.

Terapia cognitivo-comportamentale nell'anoressia nervosa: risultati di un follow-up a tre anni

V. Ricca, G. Castellini, C. Lo Sauro, C. Faravelli *

*Dipartimento di Scienze Neuropsichiatriche, * Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze*

Introduzione: pochi studi hanno valutato l'efficacia a lungo termine di interventi psicoterapeutici in pazienti affetti da anoressia nervosa (AN). Scopo del presente studio è la valutazione dell'efficacia della terapia ambulatoriale cognitivo comportamentale (CBT) e l'individuazione di eventuali predittori di esito in un campione di pazienti con AN e AN sottosoglia (s-AN).
Metodo: sono state studiate 53 pazienti con AN e 50 pazienti con s-AN trattate mediante CBT individuale. All'inizio del trattamento (T0), alla fine del trattamento (T1) e 3 anni dopo la fine del trattamento (T2) sono sta-

te valutate mediante un'intervista semistrutturata e vari questionari autosomministrati (EDE-Q, BUT; STAI; SCL-90, BDI).
Risultati: nessuna paziente è deceduta durante il trattamento e il periodo di follow-up. Non si sono riscontrate differenze di esito significative fra pazienti AN e pazienti s-AN. A T2, il 33% del campione ha ottenuto una remissione sintomatologica. Un miglioramento delle distorsioni cognitive per peso e forma corporea si associa a un maggior incremento ponderale, mentre elevate distorsioni cognitive per la forma corporea a T0 rappresentano un fattore di rischio per la resistenza al trattamento e un fattore prognostico sfavorevole per la guarigione.
Conclusioni: la risposta alla CBT individuale per le pazienti AN e s-AN è sovrapponibile. Solo un terzo delle pazienti ottiene una remissione sintomatologica. Le distorsioni cognitive riguardo alla forma corporea rappresentano il più importante predittore di esito.

SABATO 20 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
Sala Bernini

S57. Nuove dimensioni nella valutazione della depressione maggiore

Coordinatore
A. Amati (Napoli)

La stadiazione della depressione maggiore

A. Amati, per il gruppo italiano

Partecipanti allo studio - *Italia:* M. Nardini[1], A. Bertolino[1], A. Bellomo[2], G.C. Nivoli[3], L. Loretu[3], E. Aguglia[4], M. De Vanna[4], C. Mencacci[5]

Partecipanti allo studio - *Spagna:* A. Medina Leon[6], J. Giner Ubago[7]

Università "Magna Grecia", Catanzaro; [1] Università di Bari; [2] Università di Foggia; [3] Università di Sassari; [4] Università di Trieste; [5] DSM Ospedale "Fatebenefratelli; [6] Università di Cordoba; [7] Università di Siviglia

Secondo i criteri diagnostici categoriali, la depressione maggiore è identificata, attraverso la presenza dei sintomi produttivi che ne caratterizzano la condizione clinica di stato. Judd et al. hanno già da tempo documentato l'instabilità diagnostica del quadro depressivo valutato in uno stesso soggetto a lungo termine (*A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorder*. Arch Gen Psychiatry 1998;55:694-700) giungendo alla conclusione che "… The symptomatic course is dynamic and changeable and MDD, MinD and SSD symptoms levels commonly alternate over time in the same patients as a symptomatic continuum of illness activity of a single clinical disease …".
Poiché la fase di stato dell'evento psicobiologico depressivo, è in genere preceduta da manifestazioni prodromiche ed seguita prima dall'attenuazione dei sintomi e poi dal superamento dell'episodio, ciò suggerisce che la variabilità riscontrata possa essere stata l'espressione di fasi differenti dello stesso disturbo e non disturbi diversi tra loro. Il tentativo di stadiazione clinica della depressione, su 5 livelli, si basa sull'osservazione clinica che i sintomi depressivi tendono a stratificarsi nell'evoluzione verso la pienezza del quadro clinico e seguono una sequenza inversa a quella di presentazione via via che si attenuano, fino a scomparire (Amati A. Giorn Ital Psicopatol 1996).
Tuttavia, risulta difficile cogliere e quantificare alcune dimensioni soggettive ed oggettive in movimento, prima della comparsa di alterazioni definite dell'umore e prima della risoluzione del quadro clinico, perché anche gli usuali strumenti di valutazione psicopatologica sono tarati sulla sintomatologia di stato.
In particolare, le prime riguardano la percezione di cambiamento del proprio funzionamento personale che è avvertita a livello somatico, cognitivo e relazionale dal soggetto, con largo anticipo rispetto all'esordio apparente della depressione. Le seconde appaiono come modificazioni interpersonali e comportamentali inspiegabili. a coloro che hanno consuetudine di contatto con il soggetto. È stato pertanto allestito uno strumento psicopatologico designato a valutare queste nuove dimensioni. Vengono presentati i dati conclusivi della sperimentazione triennale del progetto "Stadiazione della depressione maggiore" al quale hanno partecipato 6 gruppi italiani e due spagnoli.
Materiali e metodi:

1. Scopo dello studio: valutare la sensibilità e l'affidabilità di un nuovo strumento di valutazione psicopatologica designato alla stadiazione della depressione maggiore.
2. Oggetto dello studio: Depression Early Staging Inventory (DESI, A. Amati, 2007), questionario autosomministrato a 30 item, ricavati dalla sintomatologia riferita ed osservata in pazienti affetti da depressione nelle

prime fasi di sviluppo della patologia, elaborati dall'Autore della scala in una sintesi teorica pubblicata [1]. Il questionario è strutturato su una scala likert a 5 punti che valutano l'intensità del sintomo da ASSENZA = 0 a CONTINUAMENTE = 5. La somministrazione prevede risposta alle domande dopo lettura diretta.

3. Partecipanti allo studio: il campione, inizialmente reclutato in un'unica osservazione trasversale e multicentrica, è stato in seguito purificato mediante le selezione di soggetti di ambo i sessi, di età compresa tra i 25 e i 65 anni, diagnosticati affetti da disturbo dell'umore di tipo unipolare secondo i criteri DSM-IV-TR. È stato anche reclutato un gruppo di controllo con analoga distribuzione di età e sesso. Tutti i soggetti hanno rilasciato consenso informato scritto.
4. Strumenti di comparazione: Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS, M. Hamilton, 1967), versione a 21 item, Beck Depression Inventory (BDI, AT Beck et al., 1967), versione a 13 item.
5. Disegno statistico: analisi delle frequenze, statistica descrittiva, test chi-quadrato, analisi di reliability con calcolo del coefficiente alfa di Cronbach, studio delle correlazioni di Spearman, analisi fattoriale.

Risultati: *statistica descrittiva.* Il campione esaminato è costituito da 363 soggetti di entrambi i sessi, di cui 254 pazienti affetti da disturbo dell'umore di tipo unipolare (69,9%) e 109 controlli sani (30,1%), reclutati presso sei centri universitari italiani nel corso del triennio 2007-09.
Consistenza interna: la consistenza interna della scala in sperimentazione è risultata buona, come provato da un'alpha di Cronbach estremamente elevata (0,971), indice di notevole affidabilità.
Analisi fattoriale: l'analisi fattoriale è stata condotta mediante il metodo dell'estrazione delle componenti principali con rotazione varimax e il numero dei fattori è stato determinato sia dall'osservazione degli autovalori allo screeplot, con esclusione dei valori inferiori a 1, che dall'interpretazione clinica degli item contenuti nei singoli fattori. Sono stati estratti 4 fattori, che spiegano il 66,3% della varianza totale:
Validità concorrente: tutte le scale di confronto con il questionario DESI sono risultate significativamente correlate. I coefficienti di correlazione di Pearson tra DESI, HDRS e BDI sono risultati in un range tra 0,776 e 0,829 ($p < 0,05$).
Validità discriminante: i punteggi medi HDRS e BDI per categorie diagnostiche sono stati confrontati con quello DESI, ottenendo risultati molto simili in termini di capacità di rilevazione e discriminazione della condizione depressiva anche in diversi contesti nosologici. I pazienti sono stati poi suddivisi per fasce di severità HDRS e BDI calcolando i corrispondenti punteggi medi DESI. Questa comparazione ha permesso di verificare l'ipotesi iniziale riguardo al fatto che DESI sia in grado di rilevare livelli diversi di severità clinica. Sono stati valutati i punteggi ottenuti dal gruppo dei pazienti confrontandoli con quelli del gruppo di controllo ed è emerso che la distribuzione è analoga per tutte e tre le scale utilizzate.
Sensibilità e specificità: il cut-off ottimale è stato calcolato provando i valori di sensibilità (79.03%) e specificità (93,5%) per ogni possibile livello, ed è stato scelto il punteggio che massimizza la sommatoria di questi due valori. È stato proposto come cut-off per la diagnosi DSM-IV-TR di depressione un valore alla DESI di 30, e sono stati calcolati punteggi intermedi al fine di suddividere i risultati ottenuti per livello di gravità sintomatologia.
Follow-up: l'analisi di follow-up è stata condotta, per un sottogruppo di pazienti, mediante la ripetizione del test a un mese e a sei mesi dalla prima valutazione. Ciò ha consentito di mettere in evidenza un miglioramento nella sintomatologia depressiva osservata, con riduzione dei punteggi totali che è risultata analoga per tutte e tre le scale di valutazione utilizzate, ad ulteriore conferma della capacità dello strumento in sperimentazione di rilevare variazioni sintomatologiche anche nello stesso soggetto in periodi differenti.
Conclusioni: lo strumento DESI, in questa fase di sperimentazione, ha rivelato capacità diagnostiche nell'ambito dei disturbi dell'umore analoghe a quelle delle rating scales di riferimento: si è dimostrato in grado di rivelare la presenza di depressione, ma ha anche consentito, in base al punteggio totalizzato, di evidenziare il livello di gravità sintomatologica al pari di Hamilton Rating Scale for Depression e Beck Depression Inventory. I risultati correlano con quelli delle scale di confronto sia nel gruppo dei pazienti che in quello dei soggetti sani di controllo, e sia al tempo zero che nel follow-up, e documentano la capacità di DESI di discriminare soggetti sani da pazienti depressi e di seguire l'andamento della sintomatologia a lungo termine. Il questionario ha mostrato un'elevatissima coerenza interna, che è notevolmente migliorata nel corso delle sperimentazione, anche grazie alle modifiche che sono state apportate in alcuni degli item. L'analisi fattoriale, ha mostrato compattazione dei risultati nell'ultima analisi, con l'emergere di tre fattori che spiegavano oltre il 66% della varianza totale. Dal punto di vista epidemiologico, è stata evidenziata specificità molto elevata ed valida sensibilità, con un valore predittivo positivo molto significativo. I soggetti intervistati, dichiarano di riconoscersi spesso nel contenuto degli item, a riprova del fatto che la scala indaga in maniera molto approfondita le dimensioni soggettive e relazionali del quadro clinico depressivo *in fieri*.

Bibliografia

Amati A. *Stratificazione dei sintomi e fasi cliniche della depressione*. Giorn Ital Psicopat 1996;3:247-59.

Depressione maggiore e sintomi non-affettivi: il caso della depressione atipica

M. Nardini

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Introduzione: la depressione maggiore (DM) propone un modello psicopatologico che, al di là della diagnostica

relativamente semplice del suo quadro tipico, è molto più articolato come, del resto, conferma la presenza di sottotipi specificati. La letteratura corrente riporta sia la tendenza a circoscrivere il costrutto della DM mediante *core symptoms* a dominanza affettiva, sia quella di individuare nuovi sottotipi, possibilmente in relazione ad evidenze biologiche caratterizzanti. Di fatto, il ruolo centrale resta quello delle alterazioni psicopatologiche nel dominio affettivo sia nella diagnostica che nella valutazione della remissione.

Ma, se è vero che lamentare di sentirsi depressi non basta per ricevere una diagnosi di depressione, è anche vero che il le dimensioni soggettive del paziente vanno convalidate dal riscontro di sintomi rilevabili e che il dato clinico di sintomi residui che persistono dopo l'esito favorevole del trattamento non riguarda necessariamente i sintomi affettivi, ma più spesso vissuti e dimensioni comportamentali.

Inizialmente l'attenzione alle manifestazioni non-affettive della depressione aveva preso in considerazione le caratteristiche psicotiche ed in particolare l'esito meno favorevole della terapia in presenza di manifestazioni deliranti non congrue con l'umore. Negli anni recenti oltre la classificazione della depressione con caratteristiche Psicotiche (Keller et al., 2007), il significato della presenza di allucinazioni (Maj, 2007) è stata ripresa in considerazione anche la consistenza della diagnosi di depressione atipica, della quale si occupa la presente relazione.

Inquadramento del problema: la denominazione di atipica è stata inizialmente proposta per un quadro clinico di depressione con caratteristiche comuni ad un gruppo di pazienti che mostravano scarsa risposta all'imipramina e facevano registrare risultati migliori se erano trattati con inibitori delle monoamminossidasi (MAOI).

Per definizione, accanto ai sintomi abituali della DM, la depressione atipica manifesta una instabilità di umore dipendente da circostanze ambientali e relazionali, perché il soggetto prova tristezza e occasionale buonumore ed avverte miglioramento temporaneo in risposta ad eventi favorevoli occasionali. Si distingue dalla DM anche per la presenza di manifestazioni vegetative invertite a carico del sonno e dell'appetito (ipersonnia ed iperfagia). Prevale nel sesso femminile, si manifesta precocemente ed i sintomi sono più gravi rispetto agli altri sottotipi depressivi: i pazienti hanno personalità evitante, con una storia di fobia sociale/panico, e di disturbo dismorfofobico. (Sotsky et al., 1999)

Per quanto rappresenti solo una quota parte della DM, è meno rara di quanto si pensasse inizialmente, perché nel campione esaminato da Matza et al., (2003), è risultata che oltre il 36% dei soggetti depressi presentava sonno eccessivo, aumento di peso da iperfagia, stanchezza, sensazione di arti pesanti ed ipersensibilità al rifiuto Gli autori propendono per un quadro clinico distinto, di maggior gravità per l'alto tasso di pensieri suicidari e di tentativi di suicidio, e per la comorbilità psichiatrica per disturbi d'ansia.

È stata anche riscontrata associazione con depressione paterna, con storia di essere stati trascurati da piccoli e di aver subito abusi durante l'infanzia. Per Posternak et al. (2002), alcune manifestazioni psicopatologiche della depressione atipica fanno parte del dominio dell'ansia o della depressione, mentre l'instabilità dell'umore non rientra in nessuno dei due. Novick et al., (2005) sottolineano la precocità di esordio e la maggior gravità dei sintomi rispetto agli altri sottotipi di depressione maggiore.

Revicki et al. (2003) caratterizzano gli aspetti sociodemografici del campione nello studio STAR. Parker et al. (2002) sono critici nei confronti del concetto di depressione atipica: riscontrano la presenza di panico e di fobia sociale accanto ai 5 criteri di riconoscimento, si chiedono quale sia il ruolo dell'ipersonnia e dell'iperfagia, visto che non correlano né con l'ansia né con la depressione, e considerano la reattività dell'umore una risposta adattiva ad impronta depressiva, in quanto correla con l'irritabilità. È interessante notare che uno degli elementi di riferimento del costrutto di depressione atipica è la dimensione vegetativa alterata. Ma la modalità iperfunzionante è differente rispetto a quelle che avevano largamente caratterizzato il concetto di "depressione mascherata" negli anni '60 e '70. Va anche considerato che attualmente gli studi sulle modalità di esordio della depressione con presentazione non direttamente contrassegnata dai sintomi affettivi sono relativamente pochi, in contrasto con la numerosità degli studi sul trattamento e sugli esiti della DM conclamata. Eppure, proprio attraverso un ampliamento di questo approccio longitudinale si potrebbe delineare il profilo clinico della depressione atipica fin dalle sue prime manifestazioni.

Infatti, le caratteristiche di esordio sono generalmente ricostruite solo retrospettivamente, per la difficoltà di raccogliere evidenze nella depressione *in fieri*. Ma la valutazione differita potrebbe essere sia conseguenza del ben noto ritardo di contatto dei pazienti depressi con lo specialista sia causa dello stesso data la carenza di valutazioni strutturate sulle manifestazioni iniziali e meno riconoscibili della depressione, tanto più nel contesto della medicina generale (Henkel et al., 2005).

Poiché l'osservazione di quadri clinici che si discostano dal quadro tipico della DM è non infrequente, si avverte l'opportunità di ridefinire tutto il ciclo della malattia depressiva, dai prodromi alla risoluzione, in modo più completo, destinando maggior attenzione alla possibilità di cogliere le modificazioni funzionali, somatiche e comportamentali, precocemente indicative di una depressione sottostante.

A tal fine, potrebbe essere utile riprendere osservazioni semeiologiche non recenti (Kolivakis e Ananth, 1980) che avevano proposto di raccogliere le manifestazioni non affettive riconducibili alla depressione iniziale nelle seguenti aree disfunzionali:

1. *emotiva:* perdita di interesse e di piacere, incapacità a rispondere allo humor, perdita di attaccamento, ri-

tiro dalle persone care. Accentuata insoddisfazione, ipersensibilità all'insuccesso, paure immotivate, fobie, panico ed atteggiamento ipocondriaco;
2. *cognitiva:* bassa autostima, aspettative negative, distorsione dell'immagine di sé, incapacità ad affrontare i compiti abituali, difficoltà di concentrazione, ridotta capacità di *problem solving*, smemoratezza;
3. *motivazionale:* astenia ingiustificata, indecisione, mancanza d'interesse e di coinvolgimento nelle attività preferite, richiesta di aiuto agli altri, soprattutto ai familiari, per compiti che prima erano svolti con naturalezza. Affiorare del larvato desiderio che la vita finisca.
4. *somatica:* disturbi del sonno e dell'appetito e della libido; dolori muscolari, assunzione di postura ripiegata e di espressione preoccupata e chiusa, comportamenti ripetitivi, agitazione oppure rallentamento psicomotorio

Le qualità psicopatologiche di tipo psicotico, che non sempre possono essere ricondotte facilmente ad un disturbo dell'umore, e quelle ambientali contribuiscono largamente allo sviluppo dei due sottotipi di DM ai quali si è fatto riferimento all'inizio e che sono tuttora al centro di un dibattito in evoluzione.

Sintesi conclusiva: nella concettualizzazione della DM, la sottotipizzazione dei quadri clinici richiama anche l'attenzione alla valutazione di Asse II, che riflette la destabilizzazione di tratti dominanti e rimanda a comportamenti identificabili anche in base a determinanti biologiche (Parker e Crawford, 2007) oppure evidenzia lo scompenso clinico di un eventuale disturbo di personalità.

In senso più generale i modi di esprimere la depressione probabilmente rivelano assetti biologici da definire e restituiscono il continuo cambiamento delle determinanti culturali attraverso l'elaborazione individuale. Le dimensioni psicopatologiche che vanno oltre il paradigma della disfunzione dell'umore sono uno spazio problematico ed i due sottotipi caratterizzati rispettivamente da manifestazioni psicotiche ed atipiche richiedono ulteriore approfondimento della ricerca clinica e della tipizzazione biologica, nel tentativo di affinare la valutazione clinica, finché non saranno individuati gli eventuali substrati bio-funzionali corrispondenti.

Bibliografia

Henkel V, Mergl R, Coyne JC, Kohnen R, Allgaier AK, Rühl E, et al. *Depression with atypical features in a sample of primary care outpatients: prevalence, specific characteristics and consequences*. J Affect Dis 2004;83:237-42.

Keller J, Schatzberg AF, Maj M. *Current issues in classification of psychotic*. Major Depression Schiz Bull 2007;33:877-85.

Kolivakis T, Ananth J. *Think depression! The signs and symptoms of primary and secondary depression*. In: Ayd FJ, editor. *Clinical depressions: diagnostic and therapeutic challenges*, Baltimore: Ayd Communication 1980, pp. 22-32.

Maj M. *Delusion in major depressive disorder: recommendation for the DSM-V*. Psychopathology 2008;41:1-3.

Matza LS, Revichi DA, Davidson JR, Stewart JW. *Depression with atypical features in the National Comorbidity Survey: classification, description, and consequences*. Arch Gen Psychiatry 2003;60:817-26.

Novick JS, Stewart JW, Wisniewski SR, Cook IA, Manev R, Nierenberg AA, et al. *STAR*D investigators Clinical and demographic features of atypical depression in outpatients with major depressive disorder: preliminary findings from STAR**. D J Clin Psychiatr 2005;66:1002-11.

Parker G, Crawford J. *Chocolate craving when depressed: a personality marker*. BJP Rev Books 2007;191:351-2.

Parker G, Roy K, Mitchell P, Wilhelm K, Malhi G, Hadzi-Pavlovic D. *Atypical depression: a reappraisal*. Am J Psychiatry 2002;159:1470-9.

Posternak MA, Zimmerman M. *Partial validation of the atypical features subtype of major depressive disorder*. Arch Gen Psychiatry 2002;59:70-6.

Sotsky SM, Simmens SJ. *Pharmacotherapy response anddiagnostic validity in atypical depression*. J Affect Disord 1999;54:237-47.

Le dimensioni emergenti nella depressione in fase iniziale e residuale.

A. Bellomo

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

Un approccio dimensionale alle patologie psichiatriche vede la necessità di considerare dei fattori che individuano gruppi caratteristici di sintomi che vanno a costituire le singole diagnosi specifiche per ciascun disturbo.

Tale approccio parte dall'analisi del disturbo senza un giudizio, aprioristico, categoriale, seguendo considerazioni multiassiali-multidisciplinari, fondate su verifiche che provengono dall'analisi fattoriale statistica

La dimensione psicopatologica può essere definita come un'alterata funzione psichica espressa fenomenologicamente da insiemi di sintomi (riferiti dal paziente) e di segni (osservati) che siano indicativi e specifici per la funzione alterata.

La dimensione psicopatologica rappresenterebbe l'estremo patologico di un continuum funzionale che vede all'altro estremo la normalità. Secondo un prospettiva dimensionale tra normalità e patologia esisterebbero differenze quantitative più che qualitative. Nasce con Cattell (1961) l'approccio cosiddetto "dimensionale". Secondo questo autore, l'analisi fattoriale dei questionari somministrati a varie popolazioni fa emergere l'esistenza di fattori nelle entità cliniche e nelle personalità che possono spiegare la varianza del campione. Cattell ipotizza che ad ogni fattore comportamentale o "dimensione" sottostanno distinti meccanismi fisiologici o patologici. Un corollario è che si possono individuare terapie efficaci standardizzate per ogni dimensione individuata.

Anche nell'ambito della patologia depressiva sono state individuate alcune dimensioni principali, oltre a condizioni sintomatologiche che spesso esulano da tali aspetti

dimensionali e che caratterizzano la cosiddetta depressione atipica. Lo scopo di questo lavoro è proprio quello di fare il punto sugli aspetti dimensionali della patologia depressiva, in particolare in fase iniziale e residuale.

La circolarità nella depressione maggiore

C. Mencacci, G.C. Cerveri, E. Di Nasso, L. Volonteri
Dipartimento di Psichiatria e Neuroscienze, Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

La depressione va sempre più delineandosi come un disturbo le cui conseguenze vanno ben oltre la sintomatologia clinica del singolo episodio depressivo. Risulta, infatti, evidente che la depressione produce non solo uno scadimento della qualità di vita del paziente ma anche una compromissione sociolavorativa, riducendo l'iniziativa, l'efficienza e la gratificazione legate all'attività professionale e alle interazioni sociali (Mueller et al., 1999; Solomon et al., 2000). Nonostante la depressione sia fra le prime cause d'inabilità e di spesa pubblica, il suo trattamento è spesso assente o improprio e, quando sia trattata, ben poca attenzione è riservata al completo recupero funzionale (Andrews et al., 2000). L'intervento si limita, nella maggior parte dei casi, alla riduzione della sintomatologia clinica della fase acuta. Questo approccio risulta evidente anche dai criteri sinora utilizzati negli studi clinici finalizzati alla valutazione a breve termine dell'efficacia di una terapia antidepressiva, nei quali la *risposta clinica* è definita operativamente come la riduzione del 50% del punteggio ottenuto alle scale di valutazione della sintomatologia affettiva (Hamilton Rating Scale for Depression HAM-D, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale MADRS). La ricerca attuale sta invece individuando come "gold standard" la *remissione clinica*, riconoscendo quindi come primario obbiettivo terapeutico la guarigione della sintomatologia affettiva ed il completo recupero funzionale. La remissione clinica così definita sembra coincidere con il recupero del funzionamento sociolavorativo premorboso e con la riduzione del rischio di recidiva, ricorrenza e cronicizzazione, legata al persistere della sintomatologia residua.
In una iniziale osservazione, Angst et al. (1973) già sottolineano che episodi depressivi maggiori isolati nella storia clinica di un paziente sono estremamente rari se il periodo di osservazione è sufficientemente esteso.
Più recentemente numerosi studi clinici, sia naturalistici che sperimentali, confermano che il disturbo depressivo maggiore è una condizione caratterizzata da un elevato rischio di ricorrenza degli episodi depressivi e di cronicizzazione del disagio (Mueller et al., 1999; Solomon et al., 2000; Bakish, 2001). Il rischio di incorrere in nuovi episodi, infatti, aumenta alla comparsa di ogni nuovo episodio e gli intervalli "liberi" tendono a ridursi progressivamente nel corso della storia naturale della malattia depressiva (Mueller et al., 1999)
Numerosi studi clinici hanno investigato i fattori predittivi di un decorso associato ad elevato rischio di ricorrenze e cronicità (Keitner et al., 2006). Tra i predittori di ricorrenza più frequentemente osservati ritroviamo una maggiore gravità sintomatologica degli episodi depressivi, la presenza di comorbidità con patologie psichiatriche non appartenenti alla sfera affettiva (disturbi d'ansia, disturbi di personalità, disturbi da abuso di sostanze), con distimia (depressione doppia) e con patologie organiche (Goldberg et al., 2004). La precocità dell'esordio del disturbo depressivo ed invece un'età più avanzata sono stati individuati come fattori di rischio di cronicità (Solomon et al., 2000). Il rischio di ricorrenza aumenta significativamente con il numero di episodi nel lifetime ed ogni nuovo episodio di depressione ricorrente porta con sé un rischio di ulteriore ricorrenza pari al 10-15% (Paykel, 1994; Solomon et al., 2000). Una storia familiare di disturbi dell'umore e soprattutto di disturbo bipolare, così come l'appartenenza al genere femminile costituiscono ulteriori fattori di rischio per la comparsa di ricorrenza (Pettit et al., 2003; Keitner et al., 2006).
Alcuni Autori sottolineano l'importanza di ottenere una completa remissione clinica fin dai primi episodi di malattia (Judd and Akiskal, 2000). Una remissione non completa del primo episodio depressivo maggiore risulta associata ad un decorso caratterizzato da ricorrenze nel lifetime significativamente più numerose e più ravvicinate rispetto ai pazienti asintomatici (Judd and Akiskal, 2000). Al contrario, all'aumento delle durata della fase di remissione viene attribuito un fattore protettivo nei confronti del rischio di ricorrenza (Keitner et al., 2006). Anche una rapida remissione sintomatologica dall'episodio depressivo indice (durante i primi 6 mesi di malattia) ridurrebbe il rischio di successive ricadute e ricorrenze (Keitner et al., 2006).
Numerosi studi clinici, condotti sia in acuto che nel lungo termine, concordano nell'indicare che molti pazienti, dopo un trattamento antidepressivo, manifestano il persistere di sintomi della sfera affettiva (Menza et al., 2003; Mojatabai, 2001). Tale condizione non riguarda esclusivamente i casi di risposta parziale alla terapia, ma caratterizza anche pazienti che soddisfano i criteri di risposta o remissione (HAM-D ≤ 7).
I risultati di studi naturalistici prospettici confermano l'influenza dei sintomi residui sottosoglia nel pattern di ricorrenza del disturbo depressivo a lungo termine (Menza et al., 2003). Peykel et al. (1995) osservano che il 76% dei pazienti che manifesta una sintomatologia residua interepisodica va incontro ad episodi di ricorrenza entro 10 mesi, mentre ciò accade solo nel 25% dei pazienti senza sintomatologia residua. Thase et al. (1992) indicano che, tra i pazienti che rispondono al trattamento e mantengono un punteggio HAM-D ≤ 10, il 52% manifesta una ricorrenza entro 1 anno, mentre tra i pazienti che mantengono un punteggio HAM-D ≤ 6 solo il 9% manifesta una ricorrenza nel corso dell'anno seguente.
La remissione incompleta sembra inoltre essere molto comune: più di un quarto dei soggetti con disturbi ricorrenti presenta degli stati residuali invalidanti

interepisodici. Il pattern sintomatologico dei sintomi residui è caratterizzato da sintomi depressivi attenuati ma tipici: ne fanno parte sia sintomi cognitivi, come la ridotta capacità d'iniziativa, l'indecisione e la diminuita progettualità, sia sintomi affettivi quali l'ipoedonia, sia manifestazioni comportamentali come il ritiro sociale e lo scadimento della qualità delle relazioni, degli interessi e della soddisfazione lavorativa ed infine i disturbi del sonno (Menza et al., 2003). Esiste una notevole somiglianza tra i sintomi residui e i sintomi prodromici e questo porterebbe a pensare che i sintomi residui possano essere i sintomi prodromici del successivo episodio, purtroppo spesso vengono confusi con un disturbo di personalità sottostante determinando l'interruzione delle cure.
Si determina in pratica un percorso di circolarità nella depressione maggiore.
L'elevato livello di cronicità associato al disturbo depressivo maggiore risulta associato ad elevati costi sociali, sia in termini di utilizzo delle risorse sanitarie che di riduzione delle capacità lavorative, con un netto scadimento degli indici di qualità di vita (Wells et al., 1989). Tali costi risultano approssimativamente più elevati del 50% per pazienti con sintomi depressivi persistenti, comprendendo sia i costi relativi ai servizi territoriali che ospedalieri (Simon et al., 2006).

SABATO 20 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA MASACCIO

S58. Il continuum depressivo: dal temperamento alla psicosi

COORDINATORE
C. Marchesi (Roma)

Il temperamento depressivo

M. Mauri
Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

La letteratura psichiatrica classica ha trattato ampiamente i temperamenti affettivi, cogliendone i legami con la psicosi maniaco-depressiva. Osservazioni recenti confermano la posizione classica Kraepeliniana che vede i temperamenti in stretta continuità sul piano clinico-psicopatologico e genetico con i disturbi maggiori dell'umore. Ricostruendo la storia dei pazienti affetti da disturbi dell'umore, i tratti temperamentali possono essere evidenziati già nel periodo premorboso e persistono anche negli intervalli liberi del disturbo. Inoltre, è stato notato come sia frequente il riscontro di caratteristiche temperamentali in parenti biologici dei pazienti affetti da disturbi dell'umore: sia i fattori genetici che quelli ambientali giocano un ruolo significativo nei disturbi affettivi. Tuttavia, non abbiamo sufficienti conoscenze sull'assetto genetico di questi disturbi e su quanto esso influenzino le manifestazioni della malattia attraverso i fattori ambientali.
Secondo gli attuali orientamenti, i disturbi affettivi dovrebbero essere interpretati come parte di uno spettro affettivo che include sottopopolazioni con caratteristiche premorbose, subcliniche e atipiche. Il temperamento depressivo costituirebbe una parte geneticamente determinata della personalità, relativamente stabile durante la vita, e rappresenterebbe il potenziale nucleo dei disturbi affettivi clinicamente più rilevanti.

La demoralizzazione e la depressione sotto-soglia

C. Maggini
Sezione di Psichiatria Dipartimento di Neuroscienze, Università di Parma

L'oltre frontiera della depressione maggiore e della distimia può essere esplorato con il ricorso ad un paradigma declinato in senso antropologico (di cui un esempio è fornito dalla demoralizzazione), o ad un paradigma clinicamente e biologisticamente orientato (rappresentato dalle depressioni sotto-soglia). I due paradigmi mantengono la loro validità ed utilità e non possono essere considerati antinomici ma complementari. Solo dalla loro integrazione sarà reso possibile stabilire nel singolo caso se l'approccio clinico nosografico e l'intervento farmacologico devono fare un passo indietro lasciando spazio alla decodificazione psico-(pato)logica e all'intervento psicologico-psicoterapeutico. La letteratura sulle depressioni sotto-soglia, peraltro, appare cauta circa la possibilità di incidere efficacemente su queste condizioni con il ricorso al trattamento farmacologico.

Melancholia: which criteria?

I.A. Rubino, A. Siracusano
Clinica Psichiatrica, Università di Roma "Tor Vergata"

Objective: the aim of the present study was to confirm that non-melancholic depression corresponds to a

higher degree of personality dysfunction compared to melancholia.
Method: a total of 188 inpatients, with a main DSM-IV diagnosis of major depressive disorder, were classified as melancholic and non-melancholic according to CORE system, DSM-IV, Research Diagnostic Criteria (RDC) Retarded Depression, and RDC Agitated Depression. Personality was assessed by means of the Temperament and Personality Questionnaire (T&P). Only patients at the nadir of their episode were included.
Results: compared to non-melancholic depressives, patients with CORE melancholia scored lower on social avoidance and higher on effectiveness and cooperativeness; patients with RDC Retarded Depression scored lower on Anxious-Worrying and Cooperativeness; patients with RDC Agitated Depression scored lower on Social Avoidance, Rejection Sensitivity and Anxious-Worrying, and higher on Effectiveness; while patients with DSM-IV melancholia scored higher on Irritability and lower on Cooperativeness. Both CORE and RDC Agitated Depression were associated with higher scores of Perfectionism.
Conclusions: the hypothesis of an association of melancholic depression with less marked personality dysfunction was confirmed for CORE melancholia and RDC Agitated Depression, and not supported for DSM-IV melancholia. Mixed evidence was obtained for RDC Retarded Depression. Personality of melancholic depressives seems to be characterized not only by less dysfunction but also by perfectionism, akin to the features of Tellenbach's *typus melancholicus*.

I sintomi psicotici della depressione maggiore sono associati alla gravità o alla personalità?

M. Tonna, C. Marchesi [*]

Dipartimento Salute Mentale, AUSL di Parma, [*] Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Parma

Introduzione: è tuttora aperto il dibattito se la "depressione psicotica" sia da considerare come la forma depressiva più grave, e come tale si collocherebbe all'estremo del continuum di gravità della patologia depressiva, o se sia il risultato dell'effetto che la personalità premorbosa esercita sulla fenomenica depressiva (effetto patoplastico). Lo scopo del presente studio è stato quello di indagare se presenza di sintomi psicotici in un episodio depressivo maggiore (DM) Unipolare si associ alla gravità della sintomatologia depressiva o a peculiari aspetti di personalità.
Metodi: lo studio include 163 pazienti affetti da DM, suddivisi in 4 gruppi secondo il criterio della presenza/assenza di caratteristiche melancoliche e sintomi psicotici. I pazienti sono stati valutati con cadenza mensile con la SCID-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders) e con la Scala di Hamilton per la Depressione a 17 item (Ham-D). La personalità è stata valutata con la SIDP.-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders) in fase di remissione sintomatologica (assenza dei criteri diagnostici del DSM-IV per la DM e punteggio totale della Ham-D < 7 per almeno 2 mesi).
Risultati: la presenza di sintomi psicotici è risultata associata positivamente alla gravità sintomatologica (punteggio Ham-D) e ai tratti paranoidi e schizotipici di personalità, e negativamente ai tratti istrionici di personalità.
Conclusioni: i dati del presente studio suggeriscono che in un episodio depressivo maggiore la presenza di sintomi psicotici si associ alla gravità della depressione e alle caratteristiche di personalità, mettendo in discussione la concezione che i sintomi psicotici siano una caratteristica esclusiva di episodi di particolare gravità.

SABATO 20 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA PERUGINO

S59. Verso il DSM-V: gli endofenotipi nei disturbi psichiatrici

COORDINATORI
A. De Capua (Siena), P. Castrogiovanni (Siena)

L'approccio all'endofenotipo nei disturbi psichiatrici: fattori genetici e psico-(pato)-logia

P. Pietrini

Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Diagnostica Molecolare, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Pisa

La ricerca di varianti genetiche responsabili dello sviluppo di particolari fenotipi comportamentali rappresenta uno degli obiettivi principali della ricerca genetica in campo psichiatrico. Negli ultimi 25 anni sono stati caratterizzati diversi genotipi responsabili di patologie comportamentali, ma per lo più si tratta di disturbi ad eredità mendeliana, la cui trasmissione genetica è più facilmente identificabile ma che sono in generale rari rispetto ai disturbi comportamentali di origine multigenica. La difficoltà principale nell'identificare le varianti genetiche alla base dei disturbi ad eredità complessa è data dal fatto che ogni gene, o gruppo di geni, può influire su un tratto fenotipico non esclusivo per quella determinata sindrome. Inoltre, il contributo di ciascun gene può essere piccolo e pertanto difficile da mettere in evidenza, soprattutto nel contesto di disturbi alquanto eterogenei anche da un punto di vista clinico. Occorre pertanto modificare l'approccio generalmente adottato dalle ricerche genetiche in questo quarto di secolo, passando dallo studio dei geni di suscettibilità per una data sindrome complessa, quale può essere la schizofrenia, allo studio dei fattori genetici che possono influenzare un certo tratto fenotipico del comportamento normale o della psicopatologia. Ciò significa mettere in relazione con la componente genetica gli endofenotipi o fenotipi intermedi, cioè componenti quantificabili di tipo neurofisiologico, biochimico o neuropsicologico, che riflettono fenomeni più semplici che possono essere alla base dello stesso tratto fenotipico presente in diverse sindromi psichiatriche. Un esempio di endofenotipi utilizzabili per studi genetici è dato dai correlati morfofunzionali cerebrali rilevabili con metodiche di esplorazione in vivo del cervello, quali la risonanza magnetica e la tomografia ad emissione di positroni (PET) (Pietrini et al., 2003). In questa presentazione verrà esaminato lo stato attuale della ricerca e verranno discusse le strategie per superare i limiti incontrati fino ad oggi.

L'endofenotipo nei disturbi d'ansia

A. De Capua[1-3], S. Rossi[2], L. Chiocchi[3], A. Fagiolini[1]

Università di Siena, Dipartimento di Neuroscienze, Sezioni di [1] Psichiatria, [2] Neurologia, [3] Dipartimento di Salute Mentale, ASL 7 di Siena

Da alcuni anni, grazie anche a numerose ricerche condotte nell'ambito delle neuroscienze, si è arrivati ad ipotizzare che l'endofenotipo, concettualmente caratterizzato da ereditabilità, oggettivabilità e misurabilità, possa rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi poligenici ad un livello biologico ben diverso da quello relativo ai fenotipi clinici e comportamentali. È stato infatti ipotizzato che l'approccio ai disturbi psichiatrici basato sul modello dell'endofenotipo possa risultare utile sia nell'ottica del trattamento di tali disturbi sia d'altra parte a chiarirne la complessa eziopatogenesi. Tra i disturbi d'ansia il disturbo ossessivo compulsivo (DOC) è stato sicuramente quello maggiormente indagato: il rischio genetico per DOC è stato infatti associato ad alterazioni cerebrali strutturali relative ai meccanismi deputati al controllo motorio di tipo inibitorio. Inoltre alterazioni relative ai circuiti orbito frontali e parietali sono state riscontrate sia nei soggetti affetti da DOC che nei loro familiari. Studi successivi nei soggetti affetti da DOC hanno dimostrato la correlazione tra le disfunzioni riscontrate in tali aree e i deficit relativi alle funzioni esecutive e alla memoria non verbale. Più in generale relativamente ai disturbi d'ansia, in giovani adulti con spiccati tratti temperamentali correlati all'ansia, è stato dimostrato un aumento della reattività relativa a strutture quali l'amigdala e l'insula durante la processazione di specifici tipi di emozioni. Inoltre, studi relativi alla correlazione tra variabilità della frequenza cardiaca (HRV) e risposte di allarme, condotti su soggetti affetti da disturbo di panico (PD), hanno suggerito la possibilità di considerare l'HRV come marker endofenotipico nei disturbi d'ansia. Studi recenti hanno inoltre ipotizzato la possibilità di utilizzare la stimolazione magnetica transcranica (TMS) a singolo e doppio stimolo per lo studio dei substrati neurofisiopatologici di tali patologie con particolare riferimento al distubo post traumatico da stress (PTSD) e alle possibili implicazioni dei neurotrasmettitori GABA e Glutammato nella fisiopatologia di tale disturbo con le conseguenti potenziali implicazioni terapeutiche.

Bibliografia

Chamberlain SR, Menzies L, Hampshire A, Suckling J, Fineberg NA, del Campo N, et al. *Supporting Online Material for Orbitofrontal Dysfunction in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Their Unaffected Relatives*. Science 2008;321:421-3.

Melzig CA, Weike AI, Hamm AO, Thayer JF. *Individual differences in fear-potentiated startle as a function of resting heart rate variability: Implications for panic disorder*. Int J Psychophysiol 2009;71:109-17.

Rao NP, Reddy YC, Kumar KJ, Kandavel T, Chandrashekar CR. *Are neuropsychological deficits trait markers in OCD?* Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2008;32:1574-9.

Rossi S, De Capua A, Tavanti M, Calossi S, Polizzotto NR, Mantovani A, et al. *Dysfunctions of cortical excitability in drug-naïve posttraumatic stress disorder patients*. Biol Psychiatry 2009;66:54-61.

Stein MB, Simmons AN, Feinstein JS, Paulus MP. *Increased Amygdala and Insula Activation During Emotion Processing in Anxiety-Prone Subjects*. Am J Psychiatry 2007;164:318-27.

L'endofenotipo del disturbo ossessivo-compulsivo e dei suoi correlati

S. Pallanti

Firenze

Una serie di test neurocognitivi, genetici, neurochimici e di imaging costituiscono un valido ausilio nella comprensione della patogenesi dei disturbi dell'umore e della loro potenziale cura. Tra questi marker biologici (endofenotipi) si riscontrano tratti di personalità (impulsività, aggressività, ansia, introversione, scarsa autostima), alterazioni neuroendocrine a carico dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, deficit immunitari e neurochimici. Inoltre, è stato dimostrato come l'eziopatogenesi della depressione sia strettamente collegata sia a variabili genetiche sia a variabili ambientali. La ricerca preclinica costituisce un valido ausilio nello studio di questa patologia. Rispetto agli studi clinici, i modelli animali permettono sia di tenere sotto controllo l'influenza di variabili di disturbo sia la manipolazione delle variabili indipendenti consentendo di isolare il contributo di ogni fattore. In particolare è stato possibile osservare, in modelli animali, alterazioni comportamentali, endocrine e neurochimiche assimilabili alle caratteristiche disfunzionali dei pazienti depressi. Questo fiorire di modelli sperimentali in grado di evidenziare variabili dipendenti isomorfe alla depressione umana, non è stato affiancato da un analogo sviluppo di modelli in cui le variabili indipendenti posseggano un analogo livello di isomorfismo.

Bibliografia

Cannon TD, Keller MC. *Endophenotypes in the genetic analyses of mental disorders*. Annu Rev Clin Psychol 2006;2:267-90.

Maes M, Yirmyia R, Noraberg J, Brene S, Hibbeln J, Perini G, et al. *The inflammatory & neurodegenerative (I&ND) hypothesis of depression: leads for future research and new drug developments in depression*. Metab Brain Dis 2009;24:27-53.

Perugi G, Akiskal HS. T*he soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions*. Psychiatr Clin North Am 2002;25:713-37.

L'endofenotipo nella schizofrenia

I. Riccardi, R. Pacifico, P. Stratta*, A. Rossi

*Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila; *ASL dell'Aquila*

Risulta ormai ampiamente accettata l'ipotesi di un'origine genetica per numerosi disturbi mentali, in particolare per i disturbi dello spettro schizofrenico. Tuttavia la precisa individuazione dell'interazione gene-fenotipo risulta estremamente difficoltosa data la complessità di processi cognitivi e biologici che si interpongono tra il gene e la sua espressione.

In particolare per la schizofrenia, nell'ultimo decennio numerosi studi hanno cercato di individuare 'fenotipi intermedi o endofenotipi', da legare a specifici geni coinvolti nella vulnerabilità alla schizofrenia. Tra i candidati endofenotipi alcune disfunzioni cognitive, studiate nei parenti biologici degli individui affetti.

Tra i deficit cognitivi maggiormente riscontrati in relazione al rischio per la schizofrenia emergono quelli coinvolti nel controllo esecutivo, nella memoria di lavoro e nell'inibizione cognitiva. Più recentemente anche i costrutti teoria della mente ed empatia, abilità frequentemente disfunzionali nelle persone affette, sembrano associarsi agli endofenotipi candidati e lo studio di questa relazione è ancora tutto da percorrere. La *teoria della mente* (TOM) nella sua funzione di attribuire stati mentali agli altri e *l'empatia* nella capacità di inferire le esperienze emozionali, costituiscono il fondamento della cognitività sociale e l'adattamento alla vita quotidiana: sono perciò elementi di rapida identificazione nell'individuazione precoce del disturbo.

L'utilità dell'identificazione degli endofenotipi è rilevante: l'endofenotipo, che correla con il gene anomalo, potrebbe non solo individuare i soggetti in stadio asintomatico e modificare le condizioni scatenanti, ma fornire un aiuto ai clinici nell'individuazione di strategie di trattamento per colpire i sintomi mediati da specifici circuiti neuronali, influenzati a loro volta da neurotrasmettitori, modificabili da agenti farmacologici.

In virtù di queste considerazioni è stato studiato un campione di soggetti con schizofrenia e i relativi consanguinei, con misure di funzionamento esecutivo, di teoria della mente, di empatia e di riconoscimento facciale guidati dall'obiettivo di esplorare la relazione tra i costrutti, in rapporto alla sintomatologia. I risultati incoraggiano ulteriori esplorazioni di endofenotipi finalizzando tale identificazione a strategie di prevenzione primaria e secondaria.

SABATO 20 FEBBRAIO 2010 – ORE 16,00-18,00
SALA BORROMINI

S60. Modificazioni della risposta agli antipsicotici e agli antidepressivi in corso di trattamento di lunga durata

COORDINATORE
M. Raja (Roma)

Impatto molecolare e morfofunzionale del trattamento prolungato con antipsicotici; ruolo della dopamina

A. de Bartolomeis

Laboratorio di Psichiatria Molecolare e Unità per le Farmacorsistenze in Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università "Federico II" di Napoli

L'occupancy dei recettori dopaminergici è necessaria e probabilmente sufficiente a determinare l'effetto primario terapeutico dei farmaci antipsicotici. Fenomeni in parte divergenti sottendono a livello molecolare e circuitale gli effetti della somministrazione acuta rispetto alla somministrazione cronica di antipsicotici. Tra gli effetti più indagati del trattamento prolungato con antipsicotici vi sono la modificazione dello stato funzionale di affinità dei recettori dopaminergici D2 (D2R) e D1 (D1R) e gli effetti sui meccanismi di trasduzione del segnale responsabili del 'propagamento' dell'azione dopamino-mediata.
In particolare il ruolo di proteine con funzioni di adaptors (adattatori) e di scaffolding (sostegno), appare "centrale" nella regolazione dello stato funzionale recettoriale e nella mediazione di effetti di tipo transinaptico: ad esempio di tipo dopamino-glutamatergico e dopamino-serotoninergico.
Tali meccanismi potrebbero significativamente modulare gli effetti a lungo termine dei trattamenti con antipsicotici e impattare il decorso clinico della psicosi, ad esempio determinando condizioni di progressiva mancata risposta al trattamento e insorgenza di fenomeni di farmacoresistenza.

Modificazione della risposta agli antidepressivi in corso di trattamento di lunga durata. Aspetti farmacologici

M.A. Riva

Centro di Neurofarmacologia, Dipartimento di Scienze Farmacologiche, Università di Milano

I meccanismi acuti dei farmaci antidepressivi implicano una modulazione dei livelli sinaptici delle monoamine, primariamente serotonina e noradrenalina, soprattutto attraverso il blocco della loro ricaptazione. La latenza nella risposta terapeutica suggerisce che questi meccanismi non possono direttamente essere responsabili degli effetti clinici che sono la conseguenza di eventi adattativi in grado di normalizzare la funzionalità e la plasticità di circuiti alterati nel soggetto depresso. La caratterizzazione di tali eventi ha permesso, ad esempio, di stabilire che i farmaci antidepressivi sono in grado di modulare in modo altamente specifico l'espressione di fattori neurotrofici, come la neurotrofina brain derived neurotrophic factor (BDNF). Studi preclinici hanno dimostrato che i livelli di BDNF sono significativamente ridotti come conseguenza di eventi avversi (stress in diversi momenti della vita) o in presenza di varianti geniche di suscettibilità per la depressione.
Studi recentemente condotti nel nostro laboratorio hanno dimostrato che l'espressione di BDNF e delle sue isoforme è significativamente ridotta nell'ippocampo e nella corteccia prefrontale di animali con delezione del trasportatore della serotonina. La persistenza nel tempo di tali effetti è suggerita dalla presenza di alterazioni epigenetiche a livello dei promotori che controllano la trascrizione della neurotrofina. Il trattamento cronico con l'antidepressivo duloxetina si è dimostrato in grado di 'normalizzare' la ridotta espressione di BDNF, suggerendo pertanto che, nonostante la presenza di un gene di suscettibilità, gli animali knockout mantengono la capacità di rispondere al trattamento farmacologico.
Gli eventi, come la regolazione di BDNF, che si instaurano temporalmente in una fase tardiva del trattamento aumentano la resilienza neuronale rendendo il cervello meno vulnerabile a situazioni, come lo stress, che rappresentano uno dei maggiori elementi di suscettibilità per la patologia.

Modificazioni della risposta agli antipsicotici in corso di trattamento di lunga durata. Aspetti clinici

A. Azzoni M. Raja

Roma

Numerosi studi randomizzati controllati in doppio cieco, studi naturalistici e ampia esperienza clinica hanno inequivocabilmente dimostrato la grande efficacia del trattamento della schizofrenia, del disturbo schizo-affettivo e di altri disturbi dello spettro schizofrenico, e di molti altri disturbi psichiatrici associati a sintomi psicotici con farmaci antipsicotici. Studi prospettivi e retrospettivi della durata di pochi anni hanno anche dimostrato la

superiore efficacia del trattamento continuo con farmaci antipsicotici rispetto al trattamento intermittente (solo in coincidenza di riacutizzazioni), e a dosi medio-basse, rispetto al trattamento con dosi ultrabasse.
Esistono però evidenze indicanti che il trattamento con farmaci antipsicotici può indurre, a livello farmacologico, una supersensibilità dei recettori dopaminergici post-sinaptici, e, a livello clinico, i fenomeni della "tolleranza" all'effetto antipsicotico (che richiede l'aumento delle dosi per mantenere la stessa efficacia terapeutica), della psicosi da supersensibilità e della psicosi rebound.
La assenza di studi sistematici di lungo periodo su tali aspetti del trattamento dovrebbe allertare i clinici che seguono nel corso dei decenni i pazienti con sintomi psicotici sull'andamento della risposta clinica a diverse dosi di farmaci antipsicotici.
È probabile che, come accade nella terapia del morbo di Parkinson, la prolungata azione farmacologica sui recettori post-sinaptici dopaminergici induca alterazioni nel lungo periodo correlate ad alterazioni cliniche paradossali, imprevedibili o caotiche.
Sono presentati alcuni casi clinici paradigmatici.
Studi sistematici e rigorosi per controllare tali ipotesi sono necessari. Sul piano clinico rimane l'indicazione di antagonizzare i recettori dopaminergici post-sinaptici il meno possibile (compatibilmente con il controllo dei sintomi psicotici positivi), utilizzando farmaci con ridotta potenza antidopaminergica (quetiapina, aripiprazolo) se efficaci, o altri farmaci più potenti (risperidone, olanzapina, amisulpride, sertindolo) alla dose efficace più bassa possibile e solo per il tempo giudicato indispensabile.

Modificazione della risposta agli antidepressivi in corso del trattamento di lunga durata

G. Perugi, D. Popovic
Clinica Psichiatrica, Università di Pisa

La depressione è associata con significativa morbilità e mortalità, ridotto funzionamento sociale ed aumentato rischio di suicidio. Studi clinici indicano un'ottima efficacia a breve termine dei farmaci antidepressivi (60-70%), mentre la risposta a lungo termine è molto inferiore. Questo dipende sia dai fattori modificabili che non modificabili. Fattori modificabili sono rappresentati da errori diagnostici, utilizzo di paradigmi terapeutici inefficaci, interruzione precoce di terapia, mancato trattamento delle comorbidità, persistenza di disfunzione funzionale. Limitazioni evidenti di antidepressivi attualmente disponibili sono rappresentati dai fattori scarsamente modificabili quali mancanza di efficacia a lungo termine, destabilizzazione di alcune forme depressive, tachifilassi ed effetti collaterali. Una problematica particolare e controversa è rappresentata dall'aumento del rischio di suicidio in alcune popolazioni. La maggior parte degli studi sui trattamenti antidepressivi pongono l'attenzione sugli effetti collaterali che compaiono nelle prime fasi di trattamento, mentre la tollerabilità a lungo termine è meno studiata. Effetti collaterali a lungo termine sono implicati in ritardo o mancanza di recupero del funzionamento psicosociale (effetti collaterali cognitivi, infaticabilità, sonnolenza, aumentata morbidità e mortalità (secondari a effetti collaterali quali obesità), nonché scarsa compliance alla terapia. La presenza di sintomi cognitivi nel trattamento a lungo-termine con antidepressivi di nuova generazione è stata da noi esplorata in 70 pazienti con disturbi d'ansia e dell'umore. La prevalenza di tali manifestazioni è variabile dal 10 al 30% dei pazienti. I nostri risultati indicano la necessità di una maggiore attenzione a questa problematica che riveste importanti implicazioni sul piano clinico.

POSTERS

MERCOLEDÍ 17 FEBBRAIO 2010 – ORE 13,50-15,50
SALA: POSTERS SESSION

PRIMO GRUPPO

Schizofrenia – Disturbo Bipolare

P1. Qualità di vita nei familiari di pazienti con disturbo bipolare: confronto con la popolazione italiana e relazione con le caratteristiche socio-demografiche e cliniche

U. Albert, C. Brunatto, L.S. Candiloro, A. Chiarle, G. Maina

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

Introduzione: i familiari di pazienti con disturbo bipolare (DB) sperimentano un notevole carico familiare (burden). Numerosi studi si sono occupati di valutare tale fenomeno al fine di quantificarlo e identificare eventuali fattori ad esso correlati [1]. In letteratura non sono tuttavia presenti risultati chiari relativi all'impatto che il prendersi cura di un paziente con DB, può avere sulla qualità di vita del familiare [2]. Obiettivi del presente studio sono: a) verificare se i familiari di pazienti con DB presentano una qualità della vita significativamente più compromessa rispetto alla popolazione generale italiana; b) identificare le caratteristiche socio-demografiche e cliniche di pazienti e familiari correlate a tale compromissione.
Metodi: sono stati reclutati 52 familiari di pazienti con DB con anamnesi psichiatrica negativa (SCID-I/NP). La qualità della vita dei familiari è stata valutata utilizzando il questionario sullo stato di salute 36-item Short-Form Health Survey (SF-36); i valori ottenuti sono stati confrontati con la norma italiana. Sono state inoltre indagate le relazioni esistenti tra variabili socio-demografiche e cliniche e qualità di vita.
Risultati: la qualità della vita dei familiari è risultata significativamente più compromessa rispetto alla norma italiana per quanto concerne la componente mentale della salute. Sono stati rilevati punteggi inferiori alla norma alle sottoscale vitalità, funzionamento sociale e salute mentale. È attualmente in corso l'analisi volta ad identificare quali siano le caratteristiche socio-demografiche e cliniche correlate a tale compromissione.
Conclusioni: tali dati preliminari confermano che il prendersi cura di un familiare con DB ha un notevole impatto sulla qualità di vita. L'individuazione delle caratteristiche cliniche e socio-demografiche correlate a una maggiore compromissione assume rilevanza per individuare sottogruppi di familiari che potrebbero beneficiare di interventi specifici, quali quelli psicoeducazionali.

Bibliografia

[1] Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, Kaczynski R, Link B, Ketter T, et al. *Caregiver burden and health in bipolar disorder: a cluster analytic approach*. J Nerv Ment Dis 2008;196:484-91.

[2] Heru AM, Ryan CE, Vlastos K. *Quality of life and family functioning in caregivers of relatives with mood disorders*. Psychiatr Rehabil J 2004; 28:67-71.

P2. Studio clinico sperimentale spontaneo sul trattamento della depressione maggiore resistente mediante stimolazione del nervo vago: risultati a due anni di follow-up

U. Albert, G. Maina, N. Beretto, C. Fronda*, A. Ducati*, M. Lanotte*, F. Bogetto

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

Introduzione: la depressione maggiore resistente (DMr) costituisce un problema di salute pubblica di primaria importanza in termini di prevalenza, morbidità, mortalità ed elevati costi di trattamento. La Vagus Nerve Stimulation (VNS) rappresenta per questo tipo di DM una tra le più innovative strategie terapeutiche: studi clinici hanno dato risultati promettenti nel breve termine, con tassi di risposta del 30% circa [1]. Per quanto riguarda il lungo periodo, a 12 mesi la percentuale dei responders risulta salire al 44%, mentre la percentuale dei remitters supera il 27% [2 3]; a due anni sia la risposta sia la remissione sembrano essere mantenute stabilmente [3].
Scopo del presente lavoro è valutare i dati di sicurezza ed efficacia del trattamento mediante VNS nella casistica selezionata presso il nostro centro a due anni di follow-up dall'impianto.
Materiali e metodi: sono stati reclutati nello studio soggetti di età compresa tra i 18 e i 75 anni con diagnosi principale di disturbo depressivo maggiore (DDM) o disturbo bipolare (DB) con le caratteristiche di depressione resistente validate nei precedenti lavori. I soggetti reclutati nel campione sono stati sottoposti al seguente disegno di studio: 1) screening medico e psichiatrico di 4 settimane pre-impianto; 2) impianto dello stimolatore del nervo vago; 3) attivazione del pacemaker a 0,25 mA; 4) valutazioni (HAM-D, MADRS, YMRS e CGI-I) quindicinali nella fase acuta (primi 3 mesi) sino al raggiungimento di almeno 1 mA; 5) valutazioni mensili di follow-up nei successivi 9 mesi; 6) valutazioni trimestrali durante il secondo anno di follow-up.
Risultati e conclusioni: 5 soggetti sono stati inclusi nella sperimentazione (3 con diagnosi di DDM e 2 di DB) e 4 pazienti su 5 hanno raggiunto un livello di intensità di stimolazione almeno pari a 1 mA. Sebbene si tratti di risultati preliminari e la ridotta dimensione del campione

ne limiti la potenza, i dati ottenuti si sono allineati con quelli presenti fino ad ora in letteratura: la terapia è stata tollerata discretamente bene e si è avuta una risposta clinica a breve termine in 3 dei 5 pazienti reclutati; per quanto riguarda il periodo di follow-up, nel corso del secondo anno di osservazione si è notato un progressivo aumento dell'intervallo libero da sintomi e, in alcuni soggetti, un'attenuazione della gravità degli episodi. Le collateralità acute sembrano infine essersi progressivamente attenuate o risolte nel corso del lungo periodo.

Bibliografia

[1] Rush AJ, George MS, Sackeim HA, Marangell LB, Husain MM, Giller C, et al. *Vagus nerve stimulation (VNS) for treatment-resistant depressions: a multicenter study*. Biol Psychiatry 2000;47: 276-86.

[2] Marangell LB, Rush AJ, George MS, Sackeim HA, Johnson CR, Husain MM, et al. *Vagus nerve stimulation (VNS) for major depressive episodes: one year outcomes*. Biol Psychiatry 2002; 51:280-7.

[3] Nahas Z, Marangell LB, Husain MM, Rush AJ, Sackeim HA, Lisanby SH, et al. *Two year outcome of vagus nerve stimulation (VNS) for treatment of major depressive episodes*. J Clin Psichiatry 2005; 66:1097-1104.

P3. Progetto di studio: neurolettici atipici e metabolismo glicidico

O. Allera, P. Zeppegno, P. Carnevale*, P. Prosperini, V. Binda, M. Porro, A. Feggi, E. Bartoli, E. Torre

*SC Psichiatria, * SC Clinica Medica, AOU Maggiore della Carità, UPO A. Avogadro, Novara*

Scopo: identificare i fattori di rischio correlati ad alterazioni del metabolismo glicidico a breve, medio e lungo termine discriminando tra quelli connessi alla terapia neurolettica, quelli legati al background genetico o allo stile di vita. Seguire nel tempo le variazioni oggettive e soggettive del quadro psicopatologico.
Metodi: studio descrittivo comprendente pazienti in terapia neurolettica (tra aloperidolo, clozapina, olanzapina, risperidone, aripiprazolo o paliperidone) alla prima prescrizione oppure dopo wash-out da precedente terapia.
I pazienti effettuano 5 valutazioni (inizio terapia e dopo 1, 3, 6, 12 mesi) eseguendo: prelievo ematico (emocromo, glicemia, insulinemia, Hb glicata, funzionalità epatica, tiroidea e pancreatica), BMI, metabolismo basale, OGTT, HOMA index, anamnesi familiare e tossicologica. A ogni controllo vengono redatte SIDE e CGI.
Risultati: dai prelievi ematici e dall'OGTT nei diversi momenti si valutano le variazioni del metabolismo glicidico e le eventuali correlazioni con la terapia neurolettica. Dalla SIDE e dalla CGI si ottengono le valutazioni soggettiva della terapia e oggettiva dei sintomi.
Conclusioni: lo studio permetterà di identificare i fattori di rischio per lo sviluppo di alterazioni glicidiche durante la terapia neurolettico.

P4. Deficit di binding nella working memory: uno studio preliminare in pazienti affetti da schizofrenia

M. Altamura, F.A. Padalino, N. Mammarella*, B. Fairfield*, A. Bertolino**, A. Bellomo

*Department of Biomedical Sciences, Psychiatry Unit, University of Foggia; * Department of Biomedical Sciences, University of Chieti and Online University "L. Da Vinci", Chieti; ** Department of Neurologic and Psychiatric Sciences, University of Bari*

Introduzione: la schizofrenia è caratterizzata da alterazioni cognitive che includono deficit nelle abilità di stabilire associazioni (binding) tra le diverse caratteristiche di un evento e deficit nelle abilità di ritenere informazioni per un breve lasso di tempo (working memory). La working memory (WM) comprende un sistema di immagazzinamento in grado integrare informazioni provenienti da varie fonti (buffer episodico) probabilmente mediante un processo di binding. Lo scopo del nostro studio è stato di indagare la presenza di un deficit di binding, utilizzando un task di WM, in pazienti affetti da schizofrenia.
Metodi: 9 pazienti con diagnosi di schizofrenia secondo il DSM-IV (SCID) e 9 controlli, sono stati testati con un task di WM. Ai partecipanti è stato chiesto di tenere a mente per un breve periodo di tempo una parola, un colore, o la combinazione parola + colore.
Risultati: rispetto ai controlli i pazienti hanno manifestato una riduzione delle performance (errori) in tutte le condizioni. L'analisi dei risultati (colore *vs.* parole *vs.* parola + colore) ha evidenziato che i pazienti rispetto ai controlli manifestavano un numero maggiore di errori nel compito di WM che prevedeva la combinazione di più informazioni rispetto al compito di ritenere una singola informazione.
Conclusioni: i risultati confermano la presenza di deficit cognitivi in pazienti con schizofrenia in compito di WM in particolare quando è richiesto di stabilire e ritenere associazioni fra più informazioni.

Bibliografia

Burglen F, Marczewski P, Mitchell KJ, van der Linden M, Johnson MK, Danion JM, et al. *Impaired performance in a working memory binding task in patients with schizophrenia*. Psychiatry Res 2004;125:247-55.

Lyle KB, Bloise SM, Johnson MK. *Age-related binding deficits and false memories*. Psychology and Aging 2006;21:86-95.

P5. Alterazioni neuroanatomiche nel disturbo bipolare: uno studio di *voxel-based morphometry*

E. Ambrosi, A. Del Casale, G.D. Kotzalidis, L. Mazzarini, A. Comparelli, A. Romano, A. Bozzao, R. Tatarelli

Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso (NESMOS), Sapienza Università di Roma, II Facoltà Medicina e Chirurgia, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea

Introduzione: gli studi di neuroimaging strutturale ef-

fettuati su pazienti affetti da disturbo bipolare riportano numerose alterazioni nelle strutture coinvolte nella regolazione del tono dell'umore. I dati attualmente disponibili non permettono tuttavia di definire marker specifici del disturbo.
Metodi: attraverso il protocollo ottimizzato della Voxel-Based Morphometry (VBM), sono state analizzate le differenze volumetriche nella materia bianca e grigia tra un gruppo di 9 pazienti con disturbo bipolare e un gruppo di 20 controlli sani.
Risultati: il volume della materia grigia nel gruppo dei pazienti è risultato significativamente ridotto nel cingolato anteriore, nei giri frontali superiore/medio, nel lobulo paracentrale, nei lobuli parietali superiore/inferiore bilateralmente e nel cervelletto destro, mentre è risultato aumentato nel giro occipitale medio di destra. La materia bianca nel gruppo dei pazienti è risultata significativamente ridotta nelle aree corrispondenti al decremento della materia grigia.
Conclusioni: nel gruppo dei pazienti sono state riscontrate alterazioni a carico del cervelletto, il cui coinvolgimento nella fisiopatologia del disturbo bipolare appare poco studiato. Tale studio preliminare necessita di una estensione e di una integrazione con i dati provenienti dall'esecuzione, sugli stessi pazienti, della tecnica DTI per individuare eventuali regioni di alterata connettività. Studi in questa direzione sono tuttora in corso nel nostro Dipartimento.

P6. Associazione di varianti genetiche del recettore degli estrogeni ESR1 con la schizofrenia e la working memory

I. Andriola, G. Todarello, A. Di Giorgio, M. Rizzo, R. Masellis, G. Ursini, C. Castellana, R. Romano, B. Gelao, M. Attratto, G. Blasi, G. Caforio, M. Nardini, A. Bertolino

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Diversi studi suggeriscono che gli estrogeni sarebbero implicati nella modulazione delle funzioni cognitive e potrebbero avere un ruolo nella patofisiologia della schizofrenia. Varianti polimorfiche del gene ESR1 comporterebbero una differente affinità di binding per gli estrogeni e sono state associate alla schizofrenia. Lo scopo dello studio è stato valutare l'associazione tra gli SNP rs2228480, rs3798577, rs827421, rs988328 e relativi aplotipi del gene ESR1 con la diagnosi di schizofrenia e performance di working memory (WM) tramite N-Back. 284 soggetti di cui 123 sani (M/F: 55/68, età media ± DS: 27,82 ± 7,54) e 161 affetti da schizofrenia (M/F: 119/42, età media ± DS: 33,76 ± 9,96) sono stati arruolati e genotipizzati per i 4 SNP ESR1.
Le analisi di regressione lineare, eseguite tramite il software Helixtree, covariando per il sesso, hanno dimostrato un'associazione dell'allele maggiore (G) dell'rs2228480 con la diagnosi ($p = 0,041$) e con peggiori performance all'1-Back ($p = 0,032$) e al 2-Back ($p = 0,0069$). Tale effetto è stato osservato nel genere femminile ($p = 0,035$) in cui è risultato, inoltre, un'associazione alla diagnosi dell'aplotipo CCAC e un'associazione a peggiori performance all'1-Back dell'aplotipo CCAA. È stata, invece, riscontrata un'associazione tra l'aplotipo CCAA ($p = 8,59$ e -05) e diagnosi nel genere maschile.
Questi dati suggeriscono che variazioni polimorfiche di ESR1 potrebbero giocare un ruolo nel modulare le performance di WM e nella suscettibilità alla schizofrenia.

P7. Valutazione di indici psicosociali in pazienti schizofrenici in remissione e non in remissione

D. Avolio, M. Capuano, P. Bucci, G. Piegari, T. Campana, A. Mucci, S. Galderisi, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

L'uso dei criteri standardizzati per la definizione di remissione clinica [1] in numerosi studi ha permesso di evidenziare che la remissione sintomatologica rappresenta un obiettivo realistico nei pazienti con schizofrenia [2]. Tuttavia, non è ancora chiaro se la remissione clinica si associ anche ad un esito funzionale positivo.
Nel presente studio, i pazienti schizofrenici in remissione sintomatologica (R) sono stati confrontati con quelli non in remissione (NR) su diversi indici di funzionamento psicosociale. Mediante la Psychosocial Remission in Schizophrenia Scale (PSRS) è stata effettuata la valutazione categoriale della remissione psicosociale. Tutte le valutazioni sono state eseguite sia in condizioni di base (T0) che dopo un anno di follow-up (T12), quando il criterio temporale per la definizione di remissione poteva essere valutato in modo prospettico.
Sia al T0 che al T12 i pazienti R hanno mostrato, rispetto agli NR, un migliore funzionamento sociale e una migliore qualità della vita. L'analisi delle correlazioni ha evidenziato che migliore è il funzionamento psicosociale, minori sono i punteggi relativi a tutte le dimensioni psicopatologiche, eccetto che alla dimensione "ansia/depressione" sia al T0 che al T12 ed alla dimensione "ostilità" al T0.
Il 65% dei pazienti in remissione sintomatologica al T0 è risultato anche in remissione psicosociale alla PSRS; al T12, tale percentuale ha raggiunto il 90%.
I risultati del nostro studio suggeriscono che la remissione clinica si associ nella maggioranza dei casi ad un esito funzionale favorevole nella schizofrenia, in particolare quando sono soddisfatti sia il criterio sintomatologico che quello temporale.

Bibliografia

[1] Andreasen NC, Carpenter Jr WT, 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] Harvey PD, Bellack AS. *Toward a terminology for functional recovery in schizophrenia: is functional remission a viable concept?* Schizophr Bull 2009;35:300-6.

P8. Considerazioni sui percorsi di trattamento dei pazienti psicotici dell'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti - Area Grossetana - ASL9 Grosseto

F. Bardicchia, G. Corlito, M. Fiori, G. Cardamone

Unità Funzionale Salute Mentale Adulti, Area Grossetana, ASL 9 Grosseto

Sia per un dovere scientifico, che per un principio etico, ogni Servizio che si occupa della Salute della propria Comunità ha il dovere di analizzare le proprie modalità di lavoro con l'obiettivo di monitorizzare e migliorare i trattamenti ai pazienti. Tale lavoro permette anche di ragionare sui dati elaborati per cercare di omologare il tipo di risposte che possiamo offrire ai nostri utenti. È proprio in questa ottica che, utilizzando il nostro sistema informativo, abbiamo analizzato le modalità di trattamento ed i percorsi i cura con cui sono stati trattati i nostri pazienti con un disturbo psicotico in carico dal 2005 ad oggi. Dai risultati emersi, nel 60% dei casi (107 pazienti) ci sono state prese in carico con interventi complessi effettuati da più figure professionali; nel 19% dei casi (35 pazienti) l'approccio è stato prettamente medico ambulatoriale; in un altro 19% di casi (35 pazienti) il medico è stato coadiuvato da un infermiere nell'effettuare un intervento solo farmacologico e nel restante 2% (4 pazienti) delle situazioni si sono verificati dei drop out.

P9. Il paliperidone ER nel trattamento del disturbo borderline di personalità: uno studio pilota di efficacia e tollerabilità

P. Bozzatello, C. Rinaldi, A. Blandamura, S. Bellino

Servizio per i Disturbi di Personalità, Struttura Complessa di Psichiatria 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: alcuni studi presenti in letteratura riportano l'efficacia del risperidone nel trattamento del disturbo borderline di personalità (DBP).
Il paliperidone ER è un metabolita attivo del risperidone, preparato con un sistema a rilascio prolungato che consente di mantenere stabile il livello plasmatico del farmaco. Questo studio pilota ha lo scopo di indagare l'efficacia e la tollerabilità del paliperidone ER nei pazienti con DBP.
Metodi: un campione di pazienti ambulatoriali consecutivi con diagnosi di DBP (DSM-IV-TR) è stato trattato per 12 settimane con paliperidone ER ad un dosaggio di 3-6 mg/die. I pazienti sono stati valutati al baseline, dopo 4 e dopo 12 settimane con la CGI-S, la BPRS, la HAM-A, la HAM-D, la SOFAS, la BPD Severity Index e la DOTES per gli effetti indesiderati.
Risultati: i dati raccolti sono sottoposti all'analisi statistica con l'ANOVA per misure ripetute. I risultati indicano un miglioramento significativo alla CGI-S, alla BPRS, alla BPDSI totale e agli item "scoppi di rabbia", "impulsività" e "sintomi dissociativi /ideazione paranoide".
Conclusioni: i risultati ottenuti saranno discussi e confrontati con i dati di letteratura.

Bibliografia

Friedel RO, Jackson WT, Huston CS, May RS, Kirby NL, Stoves A. *Risperidone treatment of borderline personality disorder assessed by a borderline personality disorder – specific outcome measure: a pilot study*. J Clin Psychopharmacol 2008;28:345-47.

Marder SR, Kramer M, Ford L, Eerdekens E, Lim P, Eerdekens M, Lowy A. *Efficacy and safety of paliperidone extended-release tablets: results of a 6-week, randomized, placebo-controlled study*. Biol Psychiatry 2007;62:1363-70.

P10. La comorbidità psichiatrica nel disturbo bipolare: quali associazioni prevalgono nelle diverse fasce di età

M. Buoli, S. Bortolussi, G. Camuri, A. Albano, F. Colombo, B. Dell'Osso, A.C. Altamura

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

Introduzione: differenti studi mostrano che il decorso clinico del disturbo bipolare (BD) è spesso complicato da alti tassi (50-70%) di comorbidità psichiatrica. Lo scopo di questo studio è stato determinare differenze in termini di comorbidità psichiatrica tra pazienti bipolari (PBs) giovani, adulti e senior.
Metodi: 508 PBs (SCID-I) sono stati suddivisi in tre gruppi di età: ≤ 30 anni (n = 52), > 30 e ≤ 45 anni (n = 186) e > 45 anni (n = 270). Le variabili cliniche e demografiche sono state confrontate tra i gruppi utilizzando χ^2 test.
Risultati: il 41,5% del campione presentava almeno una comorbidità psichiatrica e le condotte di abuso erano le condizioni più frequenti (22,6%). Il disturbo di panico e l'anoressia erano più frequenti nei PBs giovani ($\chi^2 = 48,70$, df = 20, p = 0,001, Phi = 0,31). I PBs giovani presentavano più frequentemente una seconda ($\chi^2 = 5,71$, df = 2, p = 0,05, Phi = 0,11) comorbidità psichiatrica. I PBs giovani erano più frequenti abusatori ($\chi^2 = 13,91$, df = 2, p = 0,002, Phi = 0,17) rispetto agli altri gruppi. I PBs giovani abusavano maggiormente di cannabis e cocaina, mentre i PBs senior di benzodiazepine ($\chi^2 = 85,87$, df = 16, p < 0,0001, Phi = 0,41).
Conclusioni: i risultati suggerirebbero differenti profili di comorbidità psichiatrica e abuso di sostanze nei PBs di differenti classi di età che dovrebbero essere presi in considerazione per un miglior decorso clinico di questi pazienti. Tuttavia studi prospettici sono necessari per confermare tali dati.

Bibliografia

Vieta E, Colom F, Corbella B, Martinez-Aran A, Reinares M, Benabarre A, Gasto C. *Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients*. Bipolar Disord 2001;3:253-8.

Post RM, Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes TM, Keck PE, et al. *An overview of recent findings of the Stanley Foundation Bipolar Network (Part I)*. Bipolar Disord 2003;5:310-9.

P11. La stimolazione del nervo vago nella depressione bipolare farmacoresistente

M. Buoli, L. Oldani, M. Serati, A. Albano, M. Ciabatti, B. Dell'Osso, A.C. Altamura

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

Introduzione: le opzioni di trattamento per la depressione resistente includono tecniche di augmentation farmacologica e di stimolazione cerebrale quali la stimolazione del nervo vago (VNS). Questo studio ha valutato l'efficacia del trattamento con VNS in augmentation in un gruppo di pazienti affetti da episodio depressivo maggiore resistente ai trattamenti farmacologici.
Metodi: l'attuale casistica è costituita da quattro pazienti affetti da episodio depressivo maggiore in disturbo bipolare secondo il DMS-IV (SCID-I) con caratteristiche di farmaco-resistenza. I pazienti sono stati sottoposti a VNS e gli effetti del trattamento sono stati valutati attraverso Test T di Student per gruppi appaiati sui punteggi totali delle scale Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) e Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), somministrate al baseline e dopo tre mesi di trattamento con VNS.
Risultati: il campione totale presentava un'età media di 53 anni (± 14,81), un'età all'esordio di 31,75 anni (± 15,56) e una durata di malattia non trattata di 5 anni (± 4,40). I pazienti hanno mostrato un miglioramento statisticamente significativo ai punteggi totali della HDRS ($t = 4,85$, $p = 0,040$, size effect = 0,88), ma non ai punteggi della HARS ($t = 2,44$, $p = 0,135$). 3 pazienti hanno mostrato disfonia nelle fasi iniziali del trattamento, ma nessuno ha interrotto lo stesso.
Conclusioni: la VNS somministrata in augmentation è ben tollerata ed efficace nel migliorare i sintomi specifici della depressione bipolare. Una casistica più ampia è necessaria per confermare i nostri dati.

Bibliografia

Rush AJ, Sackeim HA, Marangell LB, George MS, Brannan SK, Davis SM, et al. *Effects of 12 months of vagus nerve stimulation in treatment-resistant depression: a naturalistic study*. Biol Psychiatry 2005;58:355-363.

Marangell LB, Suppes T, Zboyan HA, Prashad SJ, Fischer G, Snow D, et al. *A 1-year pilot study of vagus nerve stimulation in treatment-resistant rapid-cycling bipolar disorder*. J Clin Psychiatry 2008;69:183-9.

P12. Schizofrenia e adesione al trattamento: antipsicotici tipici *versus* paliperidone

A. Carano[*,**], V. Matera[**], S. Nassini[**], S. Ramacciotti[**], M.T. Paoli[**], D. De Berardis[*], N. Serroni[*], C. Silvestrini[*], R.M. Salerno[*], F.M Ferro[*]

[*] *Istituto di Psichiatria, Università di Chieti;* [**] *Dipartimento di Salute Mentale di Civitanova Marche*

Introduzione: l'adesione al trattamento dei pazienti affetti da schizofrenia rappresenta uno dei problemi con i quali lo psichiatra si deve confrontare nella pratica clinica quotidiana. La mancata adesione al trattamento psicofarmacologico è spesso all'origine della riacutizzazione sintomatologica e della conseguente necessità di ricovero in ambito ospedaliero. I fattori in gioco sono molteplici e possono andare dalla comparsa di effetti collaterali mal tollerati, alla negazione della malattia e all'insufficiente supporto psicofarmacologico.
Scopo: il presente lavoro si pone l'obiettivo di valutare in un campione di pazienti schizofrenici ricoverati nell'SPDC Civitanova Marche in quest'ultimo anno, la percentuale di ricoveri sostenuti da sospensione della terapia farmacologica, facendo riferimento al trattamento farmacologico in corso ed individuando due gruppi sulla base dell'utilizzo di neurolettici tipici (aloperidolo, zuclopentixolo, perfenazina) e paliperidone.
Metodi e risultati: l'analisi dei dati preliminari a disposizione ha messo in evidenza un più alto tasso di ricoveri soprattutto nel gruppo di pazienti in trattamento con antipsicotici tipici rispetto al gruppo in terapia con paliperidone (9 mg/die). In particolare è stato osservato che circa il 30% dei pazienti che assumeva neurolettici tipici è andato incontro ad uno o più ricoveri nell'intervallo di tempo considerato per il riscontro di effetti collaterali (più frequentemente acatisia e discinesie acute) e/o riacutizzazione del quadro psicopatologico dopo scarsa compliance farmacologica. I pazienti che assumevano paliperidone presentavano una buona adesione al trattamento rispetto al gruppo trattato con neurolettici tipici deducibile dalla scarsa percentuale di revolving door 7% e dalla assenza di effetti collaterali di tipo extrapiramidale.
Conclusioni: l'analisi dei nostri dati seppur preliminari consente di tracciare alcune considerazioni cliniche come una maggiore aderenza al trattamento psicofarmacologico nei soggetti in terapia con paliperidone nonché una sufficiente risposta alla stabilizzazione della fenomenica psicopatologica.

Bibliografia

Hough D, Nuamah IF, Lim P, Sampson A, Gagnon DD, Rothman M. *Independent effect of paliperidone extended release on social functioning beyond its effect on positive and negative symptoms of schizophrenia: a mediation analysis*. J Clin Psychopharmacol 2009;29:496-7.

P13. Studio dimensionale dell'efficacia della quetiapina RP nelle psicosi affettive

A. Carano[*,**], S. Nassini[**], M. Palmieri[***], D. De Berardis[***], R. M.Salerno[*], F.M. Ferro[*]

[*] *Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università di Chieti;* [**] *Dipartimento Salute Mentale di Civitanova Marche;* [***] *Dipartimento Salute Mentale di Fermo;* [***] *Dipartimento Salute Mentale di Teramo*

Introduzione: la quietapina è un antipsicotico atipico con una riconosciuta efficacia nel trattamento in acuto e a lungo termine della schizofrenia e degli episodi depressivi e maniacali del disturbo bipolare (Sachs et al., 2004). Scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'efficacia di un trattamento con quetiapina RP sulle dimensioni sintomatologiche di pazienti affetti da psicosi affettiva grave.
Materiali e metodi: la ricerca multicentrica è stata condotta su una popolazione di pazienti con sindrome psicotica grave (GAF < 50) ricoverata presso gli SPDC di Civitanova Marche, Fermo e Teramo. I pazienti reclutati presentavano diagnosi rispettivamente di disturbo schizoaffettivo (43 soggetti) e di disturbo bipolare (49 soggetti). Sono state valutate le modificazioni nei punteggi degli item della BPRS-24 e delle subscale della PANSS al baseline, a due mesi e a 4 mesi dall'assunzione di quetiapina RP progressivamente aumentata fino a raggiungere un dosaggio di 800 mg in terza giornata.
Risultati: tutti i punteggi degli item della BPRS-24 e delle subscale della PANSS mostrano al primo follow-up (dopo due mesi) una sensibile riduzione ($p < 0,005$) sintomatologica sia nel gruppo pazienti "schizoaffettivi" che "bipolari". Al secondo step (dopo 4 mesi dal trattamento) la valutazione complessiva dei punteggi della BPRS-24 e della PANSS mostrano una netta e significativa riduzione delle componenti psicopatologiche di rilievo in ambedue i bracci arruolati ($p < 0,001$).
Nello specifico sia nei pazienti bipolari che schizoaffettivi si assiste ad un miglioramento significativo negli item della BPRS-24 "depressione", "sentimenti di colpa", "rischio suicidiario" e "appiattimento emotivo", e una sostanziale riduzione dei sintomi negativi evidenziati con l'apposita subscala della PANSS.
Conclusioni: i risultati del nostro studio concordano con i dati di letteratura secondo cui la quietapina RP ha una riconosciuta efficacia nel trattamento in acuto e a lungo termine della schizofrenia e degli episodi depressivi del disturbo bipolare.

Bibliografia

Calabrese JR, Keck PE Jr, Macfadden W, Minkwitz M, Ketter TA, Weisler RH, et al. *A randomised, double-blind, placebo-controlled trial of quetiapine in the treatment of bipolar I or II depression*. Am J Psychiatry 2005;162:1351-60.

Thase ME, Macfadden W, Weisler RH, Chang W, Paulsson B, Khan A, et al. *Efficacy of quetiapine monotherapy in bipolar I and II depression: a double-blind, placebo-controlled study (the BOLDER I study)*. J Clin Psychopharmacol 2006;26:600-9.

Möller HJ, Johnson S, Mateva T, Brecher M, Svensson O, Miller F, Meulien D, et al. *Evaluation of the feasibility of switching from immediate release quetiapine fumarate to extended release quetiapine fumarate in stable outpatients with schizophrenia*. Int Clin Pharmacol 2008;23:95-105.

P14. Correlazione tra sintomi sessuali dello spettro ossessivo-compulsivo e suicidalità in pazienti con disturbi dell'umore

M. Carlini, C. Carmassi, P. Landi, D. Cesari, A.I. Maremmani, M. Catena Dell'Osso

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

La categoria nosologica a maggior rischio di ideazione e di tentativi suicidari è rappresentata dai pazienti con disturbo dell'umore per i quali la comorbidità con un disturbo d'ansia, come ad esempio il DOC, rappresenta un fattore di rischio additivo. Non ci sono, tuttavia, dati disponibili sulla relazione tra sintomi ossessivo-compulsivi (O-C) sottosoglia e suicidalità in pazienti con disturbo dell'umore. Lo scopo di questo studio era indagare la frequenza di sintomi O-C in pazienti bipolari I (DB) e con depressione maggiore (DM) rispetto ai controlli e individuare una eventuale relazione con la suicidalità.
Il campione è costituito di 61 pazienti con DB e 88 con DM, e 102 soggetti di controllo. Oltre alla SCID-I/P ed alla BPRS i soggetti hanno compilato il MOODS-SR, un questionario che esplora la sintomatologia dell'umore sottosoglia e la suicidalità, e l'OBS-SR, che indaga, invece, i sintomi appartenenti allo spettro O-C, inclusi sintomi inerenti la sfera sessuale.
La percentuale di risposte positive agli item dell'OBS-SR inerenti la sessualità era significativamente superiore nei pazienti rispetto ai controlli. La presenza di sintomi sessuali appartenenti allo spettro O-C era significativamente associata alla suicidalità in pazienti con BD e DM.
I risultati ottenuti suggeriscono l'importanza di indagare la presenza di sintomi sessuali dello spettro O-C in pazienti con BD e DM, in quanto possibili predittori di quadri a maggior rischio suicidario.

P15. Valore predittivo degli aspetti clinici dello spettro bipolare in una coorte di pazienti con disturbo depressivo maggiore trattati con fluoxetina

F. Casamassima[1,2], M. Fava[2,4], G.B. Cassano[1], A. Clain[2], C. Kansky[2], R.H. Perlis[2,3,4]

[1] *Division of Psychiatry, University of Pisa, Pisa, Italy;* [2] *Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts;* [3] *Center for Human Genetic Research, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts;* [4] *Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts*

The presence of "bipolar spectrum" features has been suggested to contribute to poor treatment response in

MDD. We aimed to investigate the association between putative bipolar spectrum features and clinical outcomes in a cohort of fluoxetine-treated patients with MDD.
N = 602 outpatients aged 18-65 years with MDD first entered a 12-week phase of open-label treatment with fluoxetine. Patients who met the response criteria by week 12 entered the second phase of the study during which they were double-blindly randomized either to continue fluoxetine or to take placebo, for 52 weeks or until the occurrence of a relapse. The following clinical features suggestive of bipolar illness were selected for analysis: a history of early onset and recurrent depression, baseline atypical depressive features, irritability, psychoticism, suicidality, interpersonal sensitivity, comorbid anxiety disorders, and substance abuse/dependence. These measures were condensed into a summary score of bipolarity ranging from 0 to 10 points. Primary outcomes were time to response, remission, and discontinuation during acute treatment and time to relapse in the second phase of the study.
Higher scores on the summary measure of bipolarity were not associated with differential acute treatment outcomes. They were significantly associated with a shorter time to relapse ($p = 0.016$).
Therefore, bipolar spectrum features may be associated with shorter time to recurrence in MDD patients after recovery.

P16. Stabilizzazione clinica e funzionamento globale: uno studio in pazienti bipolari

F. Corasaniti, P. Rizza, M. Sirianni, P. Gentile, S. Ruberto, P. Staffa, C. Segura Garcìa, P. De Fazio

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Magna Grecia di Catanzaro

Introduzione: numerosi studi in letteratura indicano che non sempre la stabilizzazione clinica influenza positivamente il funzionamento globale. Scopo del presente lavoro è un esame retrospettivo dei fattori di stabilizzazione in un gruppo di pazienti bipolari.
Metodi: un gruppo di pazienti bipolari è stato studiato retrospettivamente rispetto a variabili psicosociali, cliniche e di trattamento nonché rispetto al funzionamento globale mediante Global Assessment of Functioning (GAF).
Risultati: in 31 pazienti bipolari tipo I e II sono stati riscontrati i seguenti indicatori di stabilizzazione: grado di aderenza al trattamento (93,5%), frequenza dei controlli clinici (67,7% > 1/mese), tasso di ricoveri totali e nell'ultimo anno (rispettivamente 35,5 e 6,5%) percentuale di soggetti senza TSO (87,1%). La media alla GAF risulta pari a 68,09 ± 15,23, con valori inferiori a 70 in più della metà dei casi (54,8%). L'analisi statistica secondo tecnica di regressione lineare dimostra che il livello di funzionamento globale è inferiore nei pazienti che assumono neurolettici ($p = 0,05$) e antidepressivi ($p = 0,02$).
Conclusioni: nel campione di pazienti bipolari esaminato, risultato in fase di stabilizzazione clinica, il livello di funzionamento globale appare alterato ed è in relazione con il trattamento farmacologico più che con le variabili gestionali di trattamento.

Bibliografia

Gazalle FK, Frey BN, Hallal PC, Andreazza AC, Cunha AB, Santin A, et al. *Mismatch between self-reported quality of life and functional assessment in acute mania: a matter of unawareness of illness?* J Affect Disord 2007;103:247-52.

Martino DJ, Marengo E, Igoa A, Scápola M, Ais ED, Perinot L, et al. *Neurocognitive and symptomatic predictors of functional outcome in bipolar disorders: a prospective 1 year follow-up study*. J Affect Disord 2009;116:37-42.

Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. *Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. Health Qual Life Outcome* 2005;3:72.

P17. Ekbom syndrome: alcuni casi e una rassegna della letteratura

F. Crivaro, G. Tisi, S. Scarone

Department of Psychiatry, University of Milan Medical School and San Paolo Hospital

Background: delusional parasitosis (Ekbom syndrome) is an uncommon psychiatric disorder characterized by the delusion of being infested with parasites. Patients spend much time trying to get rid of imaginary insects off their skin. Patients affected by this paranoid disorder reject psychiatric diagnosis and treatment and often consult a dermatologist believing to suffer from a somatic disease. Historically, the syndrome has been treated with conventional antipsychotics and most commonly with pimozide. Some case reports have indicated the beneficial effect of atypical antipsychotics in primary delusional parasitosis, although the evidence is still limited to risperidone. In this paper we have conducted a systematic review of the existing literature and presented our findings in 9 patients not previously reported.
Methods: all patients were seen for an initial interview and a complete physical examination by a dermatologist and subsequently examined by the consulting psychiatrist. In this article we have examined and described in detail all the relevant cases.
Results: the average age of the 9 examined patients (8 women and 1 man) was 64.3 (range 55-72 y). Patients had low education levels and low socioeconomic status in 8 of 9 cases.In our series, only 1 out of 9 patients presented a story of chronic alcohol abuse. In 8 of the 9 patients the physical examination revealed several skin erosions. In order to prove the existence of the insects and catch them, they would place and peal off a piece of sellotape on their skin over and over again. In one case delusion of parasitosis had been shared with another family member, representing a case of Folie à deux.

Seven of nine patients have been treated with pimozide and two with risperidone. In the 7 patients treated with pimozide, we have observed full remission in 4 cases, partial remission in 2 cases and non-adherence in 1 case. In the remaining 2 patients treated with risperidone we have observed non-adherence, which means that there are no available results.
Discussion: in literature two psychopathological brain mechanisms have been suggested for the Ekbom sindrome: a delusion or a primary abnormal tactile sensation with a secondary delusional elaboration. In this study we show how the delusions of parasitosis in our patients seem to reflect a delusional system that arises in response to anomalous sensory perceptions. Sensory changes of the skin or tactile illusion were documented as initial disturbances in all the of the nine patients in our study. The sensory changes are described as being linked to a physical disorder and therefore, as reported in previous studies, we are far from the tactile hallucinations in the schizophrenic patients linked to the delusion dominating their life.

Bibliography

Ekbom KA. *Der presenile dermatozoenwahn*. Acta Psychiat Neurol 1938;13:227-59.

Reilly TM. *Delusional infestation*. Br J Psychiatric 1988;153:44-6.

Morris M. *Delusional infestation*, Br J Psychiatric 1991;159:83-7.

P18. Parassitosi delirante: un caso di "folie à deux

F. Crivaro, G. Tisi, S. Scarone

Department of Psychiatry, University of Milan Medical School and San Paolo Hospital

Background: delusional parasitosis is characterised by the fixed belief that one is infested with parasites although there is no medical evidence for this. The patients describe the presence of animals under their skin. The delusional belief is usually preceded by dysaesthesias or tactile hallucinations. Delusional parasitosis is associated in 5-15% to "Folie à deux" or Shared Psychotic Disorder (SPD).
Here we report the clinically interesting phenomenon of delusional parasitosis occurring in a mother and her daughter.
Methods: the patients were seen for a complete physical examination by a dermatologist and for an interview by a psychiatrist.
Results: in our case, the primary case was the mother, the dominating member of the family, whereas the daughter was submissive. The two patients were living socially and culturally isolated from society. As reported in the previous studies, the mother in our study showed paranoid tendency too.
Discussion: in our case, however, it seems that the solid structure of the criticism of those who begin processing the delusion (the mother) conveys the delusion to the second individual (the daughter). Soundness of the critical structure virtually untouched by the fire of the delusion is the passe-partout through which the girl sees things with the same eyes of her mother. In other words, the delusion passes through an efficient critical structure. The suffering and the alleged appearance of skin lesions objectify the data received.

Bibliography

American Psychiatric Asssociation. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-IV*. APA 1994.

Lasegue C, Falret J. *La folie à deux, ou folie communiquee*. Annales Medico-Psychologiques Paris 1877;18:321-55.

Silviera JM, Seeman MV. *Shared psychotic disorder: a critical of the literature*. Can J Psychiatric 1995;46:389-95.

P19. Sindrome di Ekbom: il primo studio epidemiologico in Italia

F. Crivaro, G. Tisi, O. Gambini

Department of Psychiatry, University of Milan Medical School and San Paolo Hospital

Background: the incidence of Ekbom syndrome in Italy is not well known. The difficulty of an investigation of this type is probably due to the fact that the patients affected by this syndrome reject psychiatric referral and often consult a dermatologist believing to suffer from a dermatological problem.
Methods: a 5-item ad hoc designed questionnaire was emailed to 50 randomly selected physicians (25 specialists in dermatology and 25 in infectious diseases) working in hospitals and territorial structures throughout the national territory.
Results: out of the 50 surveyed specialists, 41 agreed to participate in the study. Only 4 of 50 said they had not ever observed a case of Ekbom syndrome in their professional history. 36 of the 83 total cases reported from 41 specialists were observed in the last 5 years of medical practice. Almost all of the reported cases involved female subjects. The most affected range was between 45 and 75 years of age, with a peak around 60. Among the observed patients only 5 were found to use drugs (cocaine, all of them) and only 3 cases revealed the presence of forms of multiple events (1 case of Folie à plusieurs and 2 of Folie à deux).
Conclusions: our study reported data similar to that of international literature with regard to the concerned age group and the greater spread of the disease in female subjects. In regards to the second situation, our study showed a ratio F:M even more marked. In 83 patients 74 were women, which means 9 to 1, compared to 2 to 1 of the main existing works on the subject.

Bibliography

Skott A. *Delusions of Infestation*. *Reports from the Psychiatric Research Center No. 13*. St Jörgen's Hospital, University of Götemborg, Götemborg, Sweden 1978.

Lyell A. *Delusion of Parasitosis*. Br J Dermatol 1983;108:485-99.

Reilly TM, Batchelor DH. *The presentation and treatment of delusional parasitosis: a dermatologic perspective*. Int Clin Psychopharmacol 1986;1:340-53.

P20. Teoria della mente ed empatia: due facce della stessa medaglia?

M. D'Arcangelo, I. Riccardi[*], P. Stratta[**], A. Di Cosimo, A. Rossi[*]

Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università de L'Aquila; [*] Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila e Dipartimento di Neuroscienze 'Villa Serena' (PE); [**] Dipartimento di Salute Mentale, L'Aquila

Introduzione: la teoria della mente (ToM) costituisce l'abilità di attribuire stati mentali agli altri, l'empatia (E) di inferire le esperienze emozionali: entrambe sono processi fondamentali per la cognitività sociale ed il funzionamento quotidiano. Scopo di questo studio è stato indagare la relazione tra ToM ed E, date le evidenze scientifiche a favore sia di una condivisione che di una differenziazione delle basi neurali coinvolte nei due processi.
Metodi: sono stati inclusi nello studio 15 soggetti con disturbo schizofrenico e 15 con disturbo bipolare valutati per ToM, E, funzionamento esecutivo e sintomatologia, rispettivamente con: 30 vignette umoristiche (contenenti item di ToM e non-ToM), Empathy Quotient (forma breve), Wisconsin Card Sorting Task (WCST), Positive and Negative Syndrome Scale. I controlli sani sono stati reclutati dalla popolazione generale.
Risultati e conclusioni: le misurazioni di ToM e di E non evidenziano correlazioni tra di loro. La ToM è in relazione con la performance al WCST. I nostri risultati indicano che i due costrutti esplorati sono verosimilmente indipendenti. La ToM, più legata ad aspetti cognitivi, e l'empatia sembrano costituire due modalità, in parte distinte, di fronteggiare l'interazione e le situazioni sociali.

Bibliografia

Riccardi I, Stratta P, Mirabilio D, Di Tommaso S, Tempesta D, Rossi A. *La comprensione dell'ironia in persone affette da disturbo schizofrenico*. Rivista Italiana di Psichiatria 2007; 42:1.

Birgit A, Taylor A, Richardson A, Corcoran R, Stirlin J, McKie J, et al. *Neuronal correlates of theory of mind and empathy: a functional magnetic resonance imaging study in a nonverbal task*. NeuroImage 2006;29:90-8.

P21. *Augmentation* con aripiprazolo nella depressione maggiore resistente al trattamento: risultati preliminari di uno studio in aperto con dose fissa

D. De Berardis[1 2], N. Serroni[1], L. Olivieri[1], A. Carano[1], D. Campanella[2], M. Caltabiano[2], C. Ranalli[2], F. Addona[3], F. Saverio Moschetta[2], R.M. Salerno[1], G. Martinotti[4], L. Janiri[4], M. Di Giannantonio[1]

[1] Dipartimento di Scienze Biomediche, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" Chieti; [2] Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Ospedale Civile "G. Mazzini", ASL Teramo; [3] Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Campobasso; [4] Istituto di Psichiatria, Università Cattolica del S. Cuore di Roma

Obiettivo: valutare l'efficacia dell'augmentation con dose fissa di aripiprazolo nel Trattamento della depressione maggiore resistente (TRD).
Metodi: sono stati valutati 13 pazienti ambulatoriali con diagnosi di TRD (stadio 1 o più di Thase e Rush, punteggi ≥ 7 stadiazione Maudsley) con HAM-D-17 ≥ 16. Sono stati esclusi pazienti con delirium, demenza, disturbi dello spettro bipolare, schizofrenia, anoressia/bulimia, ritardo mentale, gravidanza, dipendenza da sostanze, gravi e instabili patologie mediche. È stata somministrata una dose fissa di aripiprazolo (10 mg/die) in aggiunta al trattamento corrente per 12 settimane. Le scale impiegate come misure primarie sono state la Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), CGI. Altre scale impiegate erano la Scale for Suicide Ideation (SSI) e la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Risultati. Nessun paziente ha sospeso la terapia con aripiprazolo per insorgenza di gravi effetti collaterali. L'aggiunta di aripiprazolo a dose fissa ha causato un netto miglioramento alla HAM-D e alla CGI dopo 12 settimane (per entrambe $p < 0,001$). L'84,6% dei pazienti arruolati ($n = 11$) ha mostrato una risposta (riduzione di almeno il 50% dei punteggi alla HAM-D), mentre il 61,5% ($n = 8$) era in remissione (HAM-D ≤ 7) alla 12ª settimana. Analogamente, dopo l'augmentation con aripiprazolo sono stati osservati notevole riduzione dei punteggi alla SSI ($p < 0,001$) e lieve riduzione dei punteggi alla TAS-20 ($p = 0,05$). Nessun effetto avverso grave è stato causa di drop-out. Gli effetti collaterali erano per lo più lievi o moderati. I più frequenti effetti collaterali sono risultati stanchezza, nausea, difficoltà ad addormentarsi.
Conclusioni: l'aggiunta di 10 mg di aripiprazolo alla terapia antidepressiva corrente sembra essere efficace come strategia di trattamento della TRD. In ogni caso, ulteriori studi placebo-controllati e su campioni più ampi sono necessari per confermare questa osservazione.

P22. Età di esordio della schizofrenia: evidenza di due sottogruppi

V. De Luca, F. Panariello, J.L. Kennedy, G. Muscettola

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Napoli Federico II

In questo contributo abbiamo analizzato l'età di esordio per valutare la presenza di differenti sottogruppi in un campione di schizofrenici. L'Admixture Analysis è stata applicata per identificare un modello di finite distribuzioni normali di età di esordio caratterizzate da medie e varianze differenti per valutare differenti sottogruppi in un campione di 440 schizofrenici reclutati per l'inclusione nel nostro studio di genetica psichiatrica.
Il modello con meglio si adatta alla distribuzione osservata delle età di esordio e composto da due distribuzioni Gaussiane con un singolo cut-off. Le medie stimate in questo modello sono 18.01 anni (SD = 2,46) e 26,07 anni (SD = 8,11). Il cut-off stimato è di 22 anni.
Questo risultato suggerisce l'esistenza di due sottogruppi omogenei nei pazienti schizofrenici. Questa sottoclassificazione può avere importanti implicazioni per la ricerca di fattori di rischio sia genetici che ambientali.

P23. Efficacia dei sali di litio in monoterapia e in combinazione con carbamazepina nel disturbo bipolare

V. Deiana, M. Pinna, C. Chillotti, G. Severino, M. Del Zompo

Sezione di Farmacologia Clinica, Dipartimento di Neuroscienze "B.B. Brodie", Università di Cagliari, AOU, Cagliari

Il nostro studio, naturalistico retrospettivo, ha lo scopo di valutare in pazienti affetti da disturbo bipolare (DB) l'efficacia del trattamento stabilizzante con litio (Li) in monoterapia e in combinazione con carbamazepina (CBZ) e l'eventuale associazione tra specifici marker clinici e risposta al trattamento.
Presso la Lithium Clinic della Sezione di Farmacologia Clinica di Cagliari sono stati reclutati pazienti affetti da DB-I e DB-II (DSM-IV) e suddivisi in due gruppi: 199 in terapia con Li e 52 in terapia con Li + CBZ. Il decorso clinico di ogni paziente è stato rappresentato con il metodo della NIMH Life Chart. La risposta al trattamento è stata valutata attraverso la retrospective evaluation of prophylactic treatment response scale.
Per quanto riguarda la terapia con Li, il 29% dei pazienti ha raggiunto una risposta completa, la diagnosi di DB-II si associa significativamente ad una buona risposta, mentre la psicosi è la variabile che si associa in maniera più significativa ad una peggiore risposta. Il 35% dei pazienti in terapia con Li + CBZ ha raggiunto una risposta completa. In questo gruppo non abbiamo evidenziato associazioni statisticamente significative tra risposta alla terapia e marker clinici.
Questo studio conferma l'effectiveness del Li nel trattamento preventivo di DB-I e DB-II. Inoltre i risultati mostrano l'effectiveness della terapia con Li + CBZ come valida alternativa soprattutto in caso di sintomatologia più grave (DB-I, presenza di psicosi).

P24. Quetiapina a rilascio prolungato *vs.* risperidone nel trattamento dei sintomi depressivi in pazienti con schizofrenia o disturbo schizoaffettivo (Studio Ex Attitude)

M. di Fiorino*, G. Montagnani, Gruppo di Studio Ex Attitude**

*Ospedale della Versilia, Lido di Camaiore; ** AstraZeneca Italia*

Introduzione: i sintomi depressivi sono frequenti in pazienti con schizofrenia o disturbo schizoaffetivo e sono spesso associati ad un esito clinico negativo con aumento del rischio di recidive ed elevata frequenza di suicidi [1]. Dati preliminari indicano un potenziale effetto antidepressivo di antipsicotici di seconda generazione (SGAs) [2]. Obiettivo dello studio è stato valutare se QTP RP fosse non inferiore a risperidone nel trattamento dei sintomi depressivi nella schizofrenia [3].
Metodi: studio comparativo, randomizzato in aperto per gruppi paralleli. Variabile primaria valutata è stata la varizione del valore, dal basale alla 12 settimana, dello score della Calgary Depression Scale for Schizofrenia (CDSS). Il range di dosaggio utilizzato: 400-800 mg per QTP RP e 4-6 mg per risperidone.
Risultati preliminari: dei 290 pazienti pianificati, ad oggi ne sono stati arruolati 166 (84 in QTP, 82 in risperidone) e 31 hanno interrotto il trattamento; la fine del reclutamento dei pazienti è prevista per il 31 ottobre 2009, i risultati dello studio saranno presentati alla fine del 2010.

Bibliografia

[1] Siris SG. *Depression and schizofrenia*. Blackwell Science 1995, pp. 128-45.

[2] Lindenmayer J, Khan A. *Pharmacological treatment strategies for schizophrenia.* Expert Rev Neurother 2004;4:705-23.

[3] Kasper S. *Quetiapine is effective against anxiety and depressive symptoms in long-term treatment of patients with schizophrenia*. Depress Anxiety 2004;20:44-7.

Studio sponsorizzato da AstraZeneca.

P25. Caratterizzazione neuropsicologica di pazienti con disturbo bipolare I, disturbo bipolare II e depressione maggiore ricorrente in fase eutimica

L. Di Paolo, E. Maltinti, I. Pergentini, M. Corsi, M. Preve, S. Pini, G.B. Cassano

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

Introduzione: gli studi presenti in letteratura mostrano le implicazioni cliniche e nosografiche dell'impairment cognitivo associati ai disturbi dell'umore, per cui abbiamo confrontato i profili neuropsicologici di gruppi di pazienti affetti da disturbo bipolare tipo I (BD I) e II (BD II) e depressione maggiore ricorrente (MDD) in fase di eutimia.
Metodi: 199 pazienti in fase eutimica (H-AMD < 8; YMRS < 6) BIP I, BIP II e MDD sono stati valutati attraverso: SCID-P, Emotional Stroop, CPT-AX, Trail Making A e B, WCST (64-item).
Risultati: il gruppo dei pazienti BIP II ha ottenuto in media risultati migliori dei pazienti MDD nel tempo di completamento del trail making-A (p = ,003). Non abbiamo rilevato differenze significative tra i gruppi al WCST, CPT e T-MB. All'Emotional Stroop figurano differenze significative tra i semplici tempi di reazione ai diversi tipi di stimoli (stimoli neutri p ,005 e depressivi p ,001 BD I > BDII; stimoli euforici p ,005 e minacciosi p ,001 BD II > BDI e BDII > MDD) e per gli indici di interferenza emotiva (Interferenza stimoli depressivi p ,01, MDD < BD I; interferenza stimoli minacciosi p ,001 BD II < BD I, MDD < BD I; interferenza stimoli euforici p ,001 MDD < BD I, MDD < BD II).
Conclusioni: il confronto fra gruppi ha mostrato un minor deterioramento cognitivo dei pazienti BD II rispetto ai pazienti MDD e BD I ed una maggior vulnerabilità dei pazienti BD I all'"emotional bias". I nostri dati confermano l'esistenza di differenze tra i disturbi dell'umore dal punto di vista cognitivo ed offrono spunti per ulteriori ricerche.

P26. Le dimensioni maniacali e depressive nella caratterizzazione neuropsicologica di pazienti con disturbo bipolare I, disturbo bipolare II e depressione maggiore ricorrente

L. Di Paolo, E. Maltinti, M. Preve, M. Corsi, I. Pergentini, S. Pini, G.B. Cassano

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

Introduzione: lo scopo del nostro studio è valutare l'impatto dei deficit neurocognitivi in rapporto alle diverse dimensioni maniacali e depressive nei pazienti con disturbo bipolare I (BDI), disturbo bipolare II (BDII) e depressione maggiore ricorrente (MDD) in fase eutimica.
Metodi: 199 pazienti in fase eutimica (H-AMD < 8; YMRS < 6) BDI, BD II e MDD sono stati valutati attraverso: SCID-P, MOOD-SR, Emotional Stroop (indici di attenzione sostenuta ed "interferenza emotiva" stimati impiegando stimoli euforici: SE; stimoli depressivi: SD; stimoli minacciosi: SM; stimoli neutri: SN), CPT-AX, Trail Making A e B, WCST (64-item).
Risultati: le dimensioni del MOOD-SR (umore, energia e cognitività maniacale; umore depresso e totale MOOD) sono diversamente associate agli indici di attenzione sostenuta e interferenza emotiva all'Emotional Stroop e al CPT-AX nei tre gruppi (E. Stroop: MDD-umore maniacale peggiora attenzione a SE p ,005, SM p ,012, interferenza SE p ,014; energia maniacale correla con peggior attenzione a SN p ,033, SE p ,002, SM p ,015. BDII-umore depresso migliora attenzione a SN p ,017, SD p ,009, SM p ,034; cognitività maniacale migliora attenzione a SD p ,028, SM p ,034; totale MOOD migliora attenzione a SD p ,024, SM p ,032. CPT-AX in MDD umore maniacale migliora attenzione p ,026). Non emergono correlazioni significative tra le dimensioni del MOOD-SR e gli altri test.
Conclusioni: i nostri dati suggeriscono che alcuni indici di funzionamento cognitivo possano dipendere significativamente dalla diagnosi DSM-IV e dalle dimensioni maniacali e depressive, con un andamento complesso che offre spunti per ulteriori ricerche.

P27. Funzionamento cognitivo nel disturbo bipolare: un confronto tra pazienti con disturbo bipolare I e disturbo bipolare II

C. Elce, S. Ammendola, S. Orlando, M. Falco, S. Martucci, A. Cervone, D. Galletta, M. Casiello

Dipartimento di Neuroscienze, Divisione di Psichiatria; Divisione di Scienze Neurologiche, Settore di Neuropsicologia, Università di Napoli "Federico II"

Il disturbo bipolare si associa a deficit cognitivi, indipendenti dalla fase clinica di malattia. Pochi e non concordanti studi hanno confrontato i profili cognitivi del disturbo bipolare I (DBI) e II (DBII).
Scopo dello studio è stato confrontare le performance cognitive tra pazienti con DBI e pazienti con DBII.
Le performance cognitive di 36 soggetti bipolari (25 DBI e 11 DBII), afferenti al Dipartimento di Neuroscienze dell'AOU Federico II di Napoli, sono state confrontate con quelle di 37 soggetti di controllo.
La batteria neuropsicologica ha esplorato le seguenti aree: abilità logico-astrattive, memoria a breve termine spaziale e verbale, memoria verbale a lungo termine e funzioni esecutive.
Sono state registrate le seguenti variabili cliniche: durata della malattia maniaco-depressiva, anamnesi positiva per sintomi psicotici, familiarità per disturbi psichiatrici di asse I, terapia farmacologica al momento della valutazione neuropsicologica.
Il gruppo di pazienti bipolari mostra, rispetto al gruppo di controllo, ridotte capacità logico-astrattive (p = 0,02).
Le performance dei DBI risultano più alterate rispetto ai DBII in tutti i test, la differenza è significativa per il

test della fluenza verbale fonologica; la presenza di un'anamnesi psichiatrica positiva per psicosi non influenza tali risultati.
Il DBI si associa a un profilo cognitivo più alterato rispetto a quello del DBII, tale risultato non appare dipendente dalla presenza di psicosi in anamnesi.

P28. Confronto del benessere soggettivo in pazienti ambulatoriali affetti da schizofrenia in trattamento con quetiapina a rilascio prolungato o risperidone orale in un setting naturalistico

L. Ferrannini, G. Montagnani*, D. Naber** on behalf of the RECOVER Study Group

*Dipartimento di Salute Mentale, ASL 3 Genovese; * AstraZeneca, Italy; ** Psychiatrische und Nervenklinik, Unversitats-Krankenhaus-Eppendorf, Universitat Hamburg, Hamburg, Germany*

Nella valutazione del benessere soggettivo dei pazienti, è necessario considerare l'efficacia del farmaco e l'aderenza al trattamento [1]. Scopo dello studio (D1443L00039, NCT00600756) è stato dimostrare la non inferiorità di QTP RP *vs*. risperidone in pazienti ambulatoriali con schizofrenia valutando il benessere soggettivo dei pazienti a 6 mesi mediante la scala SWN-K [2]. Allo studio prospettico, multicentrico, randomizzato in aperto per gruppi paralleli, della durata di 1 anno, sono stati arruolati pazienti affetti oltre che da schizofrenia, anche pazienti con disturbo schizoaffettivo e schizofreniforme, di entrambi i sessi (età 18-65 anni). I criteri d'inclusione prevedevano l'arruolamento di pazienti con primo episodio o che necessitavano di un cambio di terapia per ragioni cliniche (switch da antipsicotico tipico ad atipico o da altri antipsicotici atipici). I criteri di esclusione includevano: pazienti con uno score totale al basale per SWN-K > 75 e trattati con quetiapina o risperidone nei tre mesi precedenti l'arruolamento. Variabile primaria è stata la percentuale di risposta calcolata come la variazione dello score totale di SWN-K rispetto al basale. Il range di dosaggio utilizzato: 400-800 mg per QTP RP e 4-6 mg per risperidone. 805 pazienti sono stati arruolati in 108 centri in 15 paesi e 65 pazienti sono stati arruolati in 16 centri Italiani. Al momento dell'invio dell'abstract l'arruolamento si è concluso e lo studio è in corso. Ulteriori informazioni sul disegno dello studio saranno riportate nella presentazione.

Bibliografia

[1] 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.

[2] Wehmeier PM, Kluge M, Schneider E, Schacht A, Wagner T, Schreiber W. *Quality of life during antipsychotic treatment in out-patients with schizofrenia*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2007;31:703-12.

Studio sponsorizzato da AstraZeneca.

P29. Effetto dell'utilizzo della cannabis sulla durata della psicosi non trattata e sulle caratteristiche cliniche dei pazienti con schizofrenia

A. Fiorillo, D. Giacco, M. Luciano, V. Vinci, V. Del Vecchio

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Rispetto alla popolazione generale, le persone con schizofrenia hanno un rischio più elevato di presentare un disturbo da uso o abuso di cannabis.
In questo studio ci siamo proposti di: a) documentare le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti psicotici che hanno fatto uso di cannabis all'esordio; b) stimare l'influenza dell'uso di cannabis sulla durata di psicosi non trattata (DUP) e sui percorsi di cura; c) valutare l'impatto dell'uso di cannabis sul quadro clinico all'esordio e nei primi tre anni del disturbo.
Sono stati raccolti dati relativi a 22 pazienti con esordio recente della sintomatologia psicotica. I "cannabis users" (59% del campione) sono prevalentemente di sesso maschile, con un basso livello di scolarità e un minore tasso di occupazione. I percorsi di cura sono caratterizzati da un ricorso più precoce alle cure mediche, solitamente presso i medici di base; ciononostante, si osserva un notevole ritardo nell'accesso alle cure specialistiche, con una DUP più lunga. L'esordio è caratterizzato prevalentemente da sintomi positivi e da una maggiore frequenza di tentativi di suicidio e di ricadute nei primi tre anni, denotando un decorso più grave del disturbo nel "periodo critico" della schizofrenia.
Appare utile condurre campagne di sensibilizzazione nei giovani per ridurre l'uso di cannabis e mettere a punto interventi informativi sulla schizofrenia rivolti ai medici di base per favorire il contatto tempestivo dei pazienti con i servizi di salute mentale.

P30. Riabilitazione equestre in psichiatria: uno sguardo psicofisiologico

D. Franco

Asl RM F2, Dipartimento Salute Mentale di Civitavecchia Cattedra di Psicofisiologia, Sapienza Università di Roma, Cassa di Risparmio di Civitavecchia

Nel progetto si propone un modello d'intervento che si integra con le tradizionali procedure di riabilitazione equestre e di riabilitazione psichiatrica. Si è utilizzata l'arte equestre per lavorare a diversi livelli funzionali sui pazienti, ampliando lo spazio espressivo e modificando rigidità e schematismi di certi moduli comportamentali. Sono stati coinvolti 6 pazienti (tra i 18-45 anni di entrambi i sessi) segnalati dai Centri di Salute Mentale affetti da Disturbi dello Spettro Schizofrenico. Le sedute (3 ore circa a cadenza settimanale) prevedono gestione del cavallo da terra e lezioni in campo. Durante quest'ultime è stato possibile svolgere osservazioni e interventi riabilitativi secondo un approccio psicofisio-

logico integrato. Attraverso l'analisi degli atteggiamenti posturali abbiamo agito su tre fattori: fisico (visuo-posturale-motorio); immaginativo; emozionale-sentimentale. A distanza di 6 mesi sulla base di prime osservazioni cliniche si rilevano modificazioni mimico espressive e tonico posturali; cambiamenti in positivo di percezione di sé, di stile di contatto e di aspettative future. Tali risultati andrebbero verificati con strumenti di valutazione su un numero maggiore di soggetti. Lo studio, per l'esiguità del campione e per gli aspetti innovativi, si propone come ricerca pilota per un più ampio futuro lavoro, significativo e sistematico, così da strutturare un modello d'intervento condivisibile nel più ampio contesto della riabilitazione psichiatrica.

P31. Approccio alla costruzione di uno strumento di valutazione: l'esperienza del gruppo "Albatros"

A. Francomano, A. Guella, G. Bonaviri, A. Meli, F. Sciortino, D. La Barbera

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, Università di Palermo

Introduzione: l'approccio multidisciplinare alla riabilitazione psichiatrica necessita di strumenti di valutazione flessibili (a feedback) che integrino le informazioni derivanti dalla testologia clinica (Wais, Rorschach), dai percorsi terapeutici individuali e dalle attività laboratoriali. Scopo del lavoro è valutare l'empowerment, individuale e gruppale, in una visione integrata delle varie aree di intervento lungo le dimensioni (self-efficacy, partecipazione, progresso/autonomia) caratterizzanti un percorso riabilitativo del gruppo "Albatros" costituitosi a Palermo ed aperto a 15 soggetti psicotici.
Metodi: si sono predisposte schede di ricognizione rappresentate con un diagramma radar evidenziante aree di miglioramento nelle dimensioni dell'empowerment correlate prevalentemente alla cognizione sociale. Si sono strutturati i seguenti step: 1) identificazione di dimensioni e di relative sottotipologie; 2) strutturazione di schede di ricognizione; 3) rilevazione dei dati; 4) uso dello strumento; 5) valutazione di efficacia dello strumento.
Conclusioni: il costrutto dell'empowerment, attraverso una valutazione proattiva, permette un monitoraggio delle dimensioni indagate e supporta la gestione dei punti di forza e debolezza nei percorsi riabilitativi. I risultati ottenuti nell'experience fanno rilevare la cognizione sociale degli utenti comportante 1) acquisizione e/o riacquisizione di abilità sociali; 2) trasferimento di nuove competenze esterne al setting; 3) minor incidenza di recidive psichiatriche; 4) miglior adattamento nella community.

Bibliografia

La Barbera D, Francomano A, La Cascia C. *Cento fiori nel giardino. Apporti teorici, interventi terapeutici e nuove prospettive nella riabilitazione psico-sociale*. Milano: FrancoAngeli 2007.

Franceschini F, Galetto M, Maisano D. *Indicatori e misure di prestazione per la gestione dei processi. Modelli e tecniche di sviluppo*. Milano: Il Sole 24 Ore 2007.

Piccardo C. *Empowerment. Strategie di sviluppo organizzativo centrate sulla persona*. Milano: Raffaele Cortina Editore 2005.

P32. Impiego e validazione di una batteria testologica per il monitoraggio dei percorsi riabilitativi in soggetti schizofrenici con ipofrontalità corticale

A. Francomano, B. Bonanno, G.B. Maggì, M. Farinaccio, C. Auteri, D. La Barbera

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, Università di Palermo

Introduzione: le indagini neurofunzionali evidenziano nei pazienti schizofrenici una ridotta perfusione del lobo frontale, in particolare durante lo svolgimento di un compito cognitivo che impegna le strutture di tale area. Scopo dello studio è valutare l'eventuale variazione del funzionamento cognitivo attraverso percorsi riabilitativi che necessitano di essere monitorati e validati, grazie all'impiego di una batteria testologica mirata.
Metodi: lo studio sta prendendo in esame una popolazione di 30 soggetti: 15 con diagnosi di schizofrenia reclutati all'interno del gruppo terapeutico-riabilitativo "Albatros" presso l'UO di Recupero Funzionale e Trattamenti Integrati in Psichiatria dell'AOUP di Palermo; 15 reclutati all'interno del DSM non inseriti in un percorso terapeutico-riabilitativo. Lo studio prevede la somministrazione dei test neuropsicologici: Wisconsin Card Sorting Test, Trail Making Test, Gambling Test, Stroop Test, Frontal Assesment Battery, Clock Drawing Test, Mini Mental State Examination.
Risultati: da un'analisi preliminare dei dati relativi ai test somministrati a cadenza quadrimestrale si è osservato un miglioramento delle performance cognitive tra i pazienti inseriti nel gruppo terapeutico-riabilitativo.
Conclusioni: i dati disponibili mostrerebbero una correlazione tra particolari attività terapeutico-riabilitative ed un potenziamento delle funzioni cognitive condizionate dall'ipofrontalismo.

Bibliografia

Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weler R. *Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation*. Schizophr Bull 1999;25:657-76.

Rossi A, Daneluzzo E, Tomassini A, Strugliua F, Cavallaro R, Smeraldi E, et al. *The effect of verbalization strategy on Wisconsin Card Sorting Test performance in schizophrenic patients receiving classical or atypical antipsychotics*. BMC Psychiatry 2006;6:3.

P33. Valutazione del grado di *insight* in pazienti schizofrenici in trattamento con antipsicotici atipici ed inseriti in un gruppo riabilitativo.

A. Francomano, G.B. Maggì, B. Bonanno, G. Trapolino, F. Sciortino, D. La Barbera

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, Università di Palermo

Introduzione: il deficit di insight è una condizione che accomuna i pazienti schizofrenici e ne condiziona la compliance. Scopo dello studio è verificare eventuali variazioni del grado di insight in pazienti inseriti in un gruppo terapeutico riabilitativo.
Metodi: campione di 7 soggetti schizofrenici in terapia con antipsicotici atipici e reclutati dal gruppo terapeutico-riabilitativo "Albatros" UO di Recupero Funzionale e Trattamenti Integrati in Psichiatria-AOUP di Palermo. Test somministrati a T0 (settembre 2008) e a T1 (giugno 2009): Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder (SCID-I); Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS); Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD).
Risultati: i valori medi di insight alla SUMD sono: 3,6 (grado medio-basso) a T0 e 1,86 (grado moderato) a T1. Il miglioramento è leggermente superiore nei soggetti in terapia con olanzapina (miglioramento medio di 1,8) versus i soggetti in terapia con clozapina (miglioramento medio di 1). Il basso grado di insight correla nel 75% dei casi ai sintomi affettivi. Una correlazione è stata trovata tra scarso insight e presenza di sintomi positivi. Il coefficiente di correlazione ρ di Pearson tra il QI totale e i valori di SUMD attuali non mostra alcuna correlazione (r = 0,16).
Conclusioni: emerge che la psicoterapia gruppale garantisce un miglioramento dell'insight in pazienti aderenti alla terapia farmacologica e conferma, alla luce del buon compenso clinico osservato, l'efficacia del trattamento integrato tra psicoterapia e farmacoterapia per il paziente schizofrenico.

Bibliografia

Bellomo A, Di Malta S, Malesevic T, Lasalandra M. *Compliance, deficit cognitivi, insight e trattamento in psichiatria*. Medicina e famiglia 2008;5:8-9.

Monteiro LC, Silva VA, Louza MR. *Insight, cognitive dysfunction and symptomatology in schizophrenia*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008;258:402-5.

P34. La valutazione dell'incidenza del "campo affettivo" nei setting riabilitativi psichiatrici

A. Francomano, L. Fucà, A. Meli, F. Sciortino, D. La Barbera

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione Psichiatria, Università di Palermo

Introduzione: lo studio si propone di valutare l'acquisizione di maggiori competenze autonomiche in utenti di età giovanile-adulta inseriti in un nuovo servizio di riabilitazione psichiatrica, utilizzando prevalentemente il registro emotivo-affettivo della dimensione gruppale che risulta particolarmente significativo nella delicata fase fondativa del gruppo.
Metodi: strutturazione di assessment valutativo centrato sul registro affettivo-emotivo. Valutazione longitudinale di due gruppi di pazienti afferenti all'area dello psicoticismo schizofrenico, di cui uno (15 soggetti) inserito in un programma riabilitativo comprendente diverse attività terapeutiche, di socializzazione ed animazione e trattato sul piano farmacologico con antipsicotici di seconda generazione; l'altro (di 13 pazienti) con proposta esclusiva di trattamento psicofarmacologico.
Per verificare la validità dell'esperienza di lavoro entrambi i campioni sono stati monitorati a tempo T0 e T1, per un periodo di cinque mesi, utilizzando una batteria di test e re-test (Q-LES-Q, SAD, HAM-A, SISST, indici di affettività del Rorschach individuale e sistemico, sociogramma di Moreno).
Risultati e conclusioni: i risultati ad oggi ottenuti indicano un progresso in entrambe le popolazioni, ma le performance migliori si sono registrate nei soggetti fruitori del programma riabilitativo a matrice affettivo-emotiva.

Bibliografia

La Barbera D, Francomano A, La Cascia C. *Cento fiori nel giardino. Apporti teorici, interventi terapeutici e nuove prospettive nella riabilitazione psico-sociale*. Milano: Franco Angeli 2007.

Ba G. *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Milano: Franco Angeli 2003.

P35. Studio sui trasportatori di GABA e glutammato nelle piastrine di soggetti con disturbo bipolare

C. Gesi, M. Abelli, A. Cardini, L. Lari, M. Corsi, I. Pergentini, E. Maltiniti, S. Daniele, E. Da Pozzo, A. Panighini, M. Muti, S. Pini, C. Martini, G.B. Cassano

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

Introduzione: malgrado i sistemi monoaminergici siano i più esplorati nei disturbi dell'umore, recentemente crescente interesse è stato rivolto al ruolo dei neurotrasmettitori acido glutammico (Glu) e γ-aminobutirrico (GABA). Studi di imaging su pazienti con disturbo bipolare (DB) hanno mostrato alterazioni nella densità dei recettori GABAergici e nei livelli di Glu[1,2]. Alcuni farmaci attualmente indicati nel trattamento del DB, sono modulatori di tali sistemi [3], tuttavia non risulta ancora esplorata una possibile alterazione nei trasportatori di GABA e Glu nel DB.
Metodi: 26 pazienti con DB (I o II) e 8 controlli sani sono stati valutati mediante SCID-I e sottoposti a prelievo ematico. Sulle piastrine isolate è stato valutato l'uptake di GABA e Glu.

Risultati: valutazione della fase di DB al momento del prelievo: 26,9% depressiva; 7,7% maniacale; 15,4% mista; 50% eutimica. Uptake del GABA: i soggetti in fase depressiva e maniacale hanno mostrato valori rispettivamente maggiori ($p < 0,01$) e minori rispetto ai controlli. Uptake del Glu: i soggetti in fase maniacale e depressiva hanno mostrato valori rispettivamente maggiori ($p < 0,05$) e minori rispetto ai controlli.
Conclusioni: i dati preliminari suggeriscono come la variazione dell'uptake dei due neurotrasmettitori possa essere messa in relazione con le fasi depressive e maniacali. L'ampliamento del campione si rende necessario per corroborare la correlazione di tali variazioni con la diagnosi di fase del DB.

Bibliografia

[1] Brambilla P, Barale F, Caverzasi E, Soares JC. *Anatomical MRI findings in mood and anxiety disorders*. Epidemiol Psychiatr Soc 2002;11:88-99.

[2] Sanacora G, Mason GF, Krystal JH. *Impairment of GABAergic transmission in depression: new insights from neuroimaging studies*. Crit Rev Neurobiol 2000;14:23-45.

[3] Hahn CG, Gyulai L, Baldassano CF, Lenox RH. *The current understanding of lamotrigine as a mood stabilizer*. J Clin Psychiatry 2004;65:791-804.

P36. Occupazione lavorativa nella schizofrenia: correlati clinici e neuropsicologici e qualità di vita

M. Giugiario, F. Castagna, M. Graffino, C. Mingrone, M. Sigaudo, P. Rocca

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Con l'introduzione della terapia antipsicotica, e in particolare dei farmaci di seconda generazione, un numero crescente di pazienti schizofrenici ottiene la remissione sintomatologica. Tuttavia, la definizione di guarigione implica che debba essere presente anche un buon funzionamento lavorativo, oltre a quello sociale e alla remissione dei sintomi. A tal proposito si è osservato che il tasso di disoccupazione nella schizofrenia rimane piuttosto elevato. Pertanto, si è sviluppato un interesse crescente nell'indagare quali siano i fattori che influenzano il ruolo occupazionale in questi pazienti. Gli studi effettuati hanno dato risultati contrastanti e si sono focalizzati in prevalenza sulle correlazioni esistenti tra sintomatologia, variabili cognitive e funzionamento lavorativo.
Al fine di approfondire ulteriormente tale aspetto abbiamo analizzato un campione di 92 pazienti con diagnosi di schizofrenia secondo i criteri del DSM-IV, in fase stabile di malattia, suddivisi in due gruppi a seconda della presenza o meno di occupazione lavorativa e reclutati presso l'SCDU Psichiatria 1 - AOU San Giovanni Battista e il Dipartimento di Salute Mentale Interaziendale ASL TO 1 - Molinette. È stata indagata nei due gruppi la tipologia di antipsicotici utilizzati, il funzionamento globale (GAF), la gravità di malattia (CGI), la psicopatologia (PANSS), la consapevolezza di malattia (SUMD), la qualità di vita (QLS) e le funzioni cognitive (Stroop Test, CVLT, WSC, TIB). I dati ottenuti mostrano che i pazienti con un'occupazione lavorativa, in maniera significativa, utilizzano maggiormente gli antipsicotici di seconda generazione, hanno una minore gravità di malattia, un migliore funzionamento globale, una maggiore memoria di apprendimento, minori sintomi negativi, una maggiore consapevolezza e attribuzione di malattia ed una più elevata qualità di vita in tutti i suoi domini, compresa la presenza di adeguate relazioni interpersonali e fondamenti intrapsichici. Sembrano dunque esistere interazioni molteplici e complesse tra il funzionamento lavorativo nella schizofrenia e i vari aspetti che caratterizzano la malattia.

Bibliografia

Bond GR, Drake RE. *Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia*. Curr Opin Psychiatry 2008;21:362-9.

Juckel G, Morosini PL. *The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia*. Curr Opin Psychiatry 2008;21:630-9.

P37. IPT: applicazione clinica e risultati preliminari

D. La Torre, V. Carlotta, L. Cortese, N. Leonardi, M. Tricoli

Dipartimento Neuroscienze Scienze Psichiatriche e Anestesiologiche, Università di Messina

L'IPT (Terapia Psicologica Integrata) si propone di integrare la riabilitazione neurocognitiva con la riabilitazione psicosociale in pazienti schizofrenici.
Scopo di questo studio è di valutare l'efficacia del metodo IPT in termini di miglioramento delle funzioni neurocognitive e sociali dei pazienti schizofrenici, indipendentemente dalla durata e dalla cronicità della malattia.
Il gruppo esaminato è costituito da 5 pazienti (età 25-55 anni; 2 F, 3 M) con diagnosi di schizofrenia di tipo residuo secondo i criteri del DSM IV-TR.
Sono stati utilizzati i seguenti criteri di inclusione: QI > 75 e PANSS < 25, stabilizzazione sintomatologica e farmacologica da almeno tre mesi.
Tutti i soggetti sono stati sottoposti al T0 e al T1 (dopo tre mesi) a valutazione neurocognitiva (WAIS-R, WCST, Stroop Test, Fluenza Verbale, TMT-A-B), a valutazione della qualità della vita (Q-LES-Q) ed a valutazione clinica (PANSS).
In questa prima fase dello studio presenteremo i dati preliminari forniti dal confronto tra i risultati ottenuti dalla somministrazione di tre subtest di performance della WAIS (completamento di figure, riordinamento di storie figurate, disegno con cubi), del WCST e della

fluenza verbale, a tre mesi dall'inizio del programma riabilitativo e dopo sei mesi di trattamento.
I risultati ottenuti indicano un miglioramento significativo nell'ambito delle funzioni neurocognitive e sociali ed una discreta stabilizzazione del quadro clinico.

Bibliografia

Davis JM, Chen N, Glick ID. *A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics*. Arch Gen Psychiatry 2003;60:553-64.

Vita A, Cocchi A, Contini A, et al. *Applicazione multicentrica del metodo riabilitativo strutturato IPT (Terapia Psicologica Integrata) per pazienti schizofrenici*. Psichiatr Oggi 2002;15:11-8.

P38. Ereditarietà ed alterazione dell'attività cerebrale associata all'elaborazione emotiva nella schizofrenia

L. Lo Bianco, G. Blasi, A. Di Giorgio, P. Taurisano, L. Fazio, B. Gelao, R. Romano, A. Papazacharias, A. Porcelli, M. Mancini, C. Castellana, M.T. Attrotto, M. Nardini, A. Bertolino

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Diversi studi di neuroimaging hanno riportato un'alterata attività del network cerebrale associato ad elaborazione emotiva nella schizofrenia. Altri studi hanno indicato che il rischio per schizofrenia è spiegato in larga parte da fattori genetici. Scopo di questo studio è valutare tramite risonanza magnetica funzionale (fMRI) se l'alterata attività del network cerebrale emotivo in questo disturbo possa rappresentare un fenotipo ereditabile. Sono stati arruolati 19 pazienti con schizofrenia,18 fratelli non affetti e 31 soggetti di controllo comparabili per una serie di variabili sociodemografiche. Tutti i gruppi sono stati sottoposti a fMRI durante un compito di elaborazione emotiva implicita ed esplicita che prevedeva la visione di volti con differenti espressioni facciali.
L'ANOVA in SPM5 ha mostrato un effetto della diagnosi in corteccia prefrontale tale per cui l'attività in quest'area è risultata minore nel gruppo dei pazienti rispetto a quello di controllo e intermedia nel gruppo di fratelli; ed un'interazione fra diagnosi e compito nel cingolo dove sia nel gruppo di fratelli che in quello di controllo era presente un incremento dell'attività durante l'elaborazione esplicita e una diminuzione durante quella implicita mentre nei pazienti, il pattern di attività in quest'area era opposto.
Tali dati suggeriscono che l'attività alterata del network emotivo associato a schizofrenia potrebbe essere influenzata sia da variabili di stato che di tratto.

P39. Interventi psicoeducativi familiari nel disturbo bipolare tipo I: uno studio in 10 CSM italiani

M. Luciano, V. Del Vecchio, C. De Rosa, C. Malangone, V. Vinci, D. Giacco, H.G. Del Vecchio, A. Fiorillo, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Il disturbo bipolare (DB) è una delle patologie mentali a più alto costo personale e sociale, risultando al sesto posto fra tutte le malattie in termini di disabilità sociale. È stato dimostrato che il contesto familiare esercita un'influenza significativa sull'andamento di questa patologia. Infatti nel DB tipo I, l'intervento psicoeducativo familiare potrebbe: a) favorire l'adesione dei pazienti ai trattamenti farmacologici; b) ridurre le ricadute affettive dei pazienti; c) migliorare il clima familiare. Tuttavia, al momento questo intervento non è diffuso nei servizi di salute mentale italiani.
Pertanto, il Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN ha intrapreso uno studio, finanziato dal Ministero della Salute, in 10 CSM per favorire la diffusione dell'intervento psicoeducativo familiare secondo Falloon nei pazienti con DB tipo I e nei loro familiari.
Lo studio prevede le seguenti fasi: a) sviluppo del materiale informativo e degli strumenti di valutazione; b) formazione di almeno due operatori per centro agli interventi familiari; c) uso dell'intervento in 8 famiglie di pazienti con DB tipo I.
Il gruppo di lavoro è costituito da 26 operatori, di cui 10 psichiatri, 9 psicologi e 5 infermieri. Il 73% è di sesso femminile, con un'età media di 37 (±6,8) anni e con 8 (±6,3) anni di lavoro in psichiatria. Nonostante il 62% degli operatori abbia contatti regolari con i familiari dei pazienti e il 58% abbia partecipato in precedenza ad altri corsi di formazione sugli interventi familiari, solo il 35% di essi li ha utilizzati nella propria pratica clinica.
Per favorire l'utilizzo nella pratica dell'intervento, in questo studio vengono presi in considerazione aspetti legati all'organizzazione dei servizi e ai carichi di lavoro degli operatori.

P40. L'impulsività nei pazienti bipolari ed unipolari con e senza comorbidità ansiosa

E. Maltinti, M. Preve, M. Corsi, I. Pergentini, S. Pini, G.B. Cassano

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

Introduzione: i pazienti con disturbo bipolare (BD) con una comorbidità per disturbo d'ansia sembrano mostrare livelli più alti di impulsività se paragonati a pazienti senza comorbidità ansiosa. Un recente studio identifica la presenza nei pazienti con BD di una comorbidità ansiosa del 52% nel lifetime e del 30,5% nel current. Lo scopo dello studio è indagare l'impulsività nei pazienti

con BD e con depressione maggiore ricorrente (UD) con e senza comorbidità ansiosa.
Metodi: 331 pazienti con BD e UD sono stati valutati attraverso: SCID-P per la diagnosi di asse I, MOOD-SR e PAS-SR per la comorbidità di spettro. La dimensione impulsività è stata estrapolata dal MOOD-SR sulla base della Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11).
Risultati: i pazienti BD con comorbidità ansiosa presentano punteggi significativamente più alti nell'impulsività (p,020) rispetto ai pazienti bipolari senza comorbidità ansiosa. Non emergono differenze significative nel gruppo di pazienti UD con e senza comorbidità ansiosa.
Conclusioni: i pazienti BD eutimici con comorbidità ansiosa presentano livelli di impulsività più elevati, supportando così l'esistenza di una componente stabile di impulsività (trait impulsivity) nel disturbo bipolare. La comorbidità ansioso-bipolare costituisce un'entità unica dal punto di vista clinico, neurobiologico e genetico, che necessita di ulteriori ricerche.

P41. Anomalie dei potenziali evento-correlati durante l'ascolto dicotico nella schizofrenia

E. Merlotti, A. Mucci, U. Volpe, A. Vignapiano, D. Corominas Rabassa, P. Romano, S. Galderisi, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Numerosi studi hanno riportato nella schizofrenia la presenza di anomalie strutturali e funzionali a carico dell'emisfero di sinistra, anche se non sono mancati dati discordanti. Il nostro studio ha esplorato, mediante la tecnica dell'ascolto dicotico, l'eventuale presenza di disfunzioni emisferiche lateralizzate dei potenziali evento-correlati in un campione di pazienti con schizofrenia e di controlli sani. È stata analizzata la componente N100, correlata ai processi di elaborazione sensoriale dello stimolo, con un paradigma di ascolto passivo per escludere l'effetto di deficit dell'attenzione sulle anomalie eventualmente riscontrate. I risultati ottenuti hanno mostrato una lateralizzazione emisferica dell'ascolto dicotico di toni sovrapponibile a quella osservata nei soggetti di controllo. Tuttavia, a differenza dei soggetti sani, nei pazienti non si è osservato l'atteso incremento di ampiezza della N100 all'aumentare dell'intensità della stimolazione sulle derivazioni di sinistra. Tale anomalia non è risultata associata alla psicopatologia né può essere spiegata dalla terapia farmacologica, essendo limitata alle sole derivazioni di sinistra. Tali risultati suggeriscono che nella corteccia uditiva di sinistra dei soggetti con schizofrenia possa esservi uno stato di inibizione funzionale, indipendente dalla psicopatologia o dall'effetto della terapia farmacologica.

P42. Valutazione dimensionale dei disturbi psicotici

M. Milianti, G.J. Massei, F. Milani, L. Piz, A. Oppo, G. Paturzo, G. Vannucchi, F. Raimondi, M. Miniati, A. Sbrana, G.B. Cassano

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

Introduzione: in letteratura si riscontrano sempre più evidenze sulla mancanza di una netta separazione sintomatologica fra schizofrenia e disturbo bipolare. Scopo di questo studio è indagare lo spettro dell'umore e lo spettro delle psicosi in pazienti affetti da disturbo bipolare con sintomi psicotici (DB), disturbo schizoaffettivo (SA) e schizofrenia (SC).
Materiali e metodi: sono stati reclutati 100 soggetti con BD, 55 con SA, 53 con SC secondo diagnosi DSM-IV, valutati con gli strumenti MOODS-SR e PSY-SR, per indagare lo spettro dell'umore e lo spettro delle psicosi.
Risultati: si riscontrano estese aree di sovrapposizione della sintomatologia affettiva fra DB, SA e SC, in particolar modo per quanto concerne la sfera depressiva. Gli aspetti maniacali sono invece quelli che più contribuiscono a distinguere i diversi disturbi. Abbiamo indagato quale profilo dimensionale caratterizzi le tre diagnosi categoriali; utilizzando i punteggi ai domini dello PSY-SR e gli score dei fattori ricavati dal MOODS-SR è stato elaborato un albero decisionale. Punteggi elevati al fattore "Psychomotor activation" differenziano SC dalle psicosi affettive-schizoaffettive, BD si distingue da SA per minori punteggi al dominio "Schizotipia-schizoidia" e maggiori score al fattore "Sociability/extroversion".
Conclusioni: i risultati suggeriscono che, ad un'analisi di spettro, lo score della dimensione maniacale differenzia le psicosi con una forte componente affettiva (BD e SA) dalla schizofrenia.

P43. *Insight*, stili di coping e funzionamento nella schizofrenia stabile

C. Montemagni, N. Birindelli, B. Crivelli, M. Giugiario, M. Graffino, M. Sigaudo, P. Rocca

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

La compromissione dell'insight è considerata uno dei sintomi centrali della schizofrenia. È stato suggerito che la mancanza di insight possa riflettere l'utilizzo di strategie di coping basate sul diniego che proteggerebbero l'individuo dallo stress derivante dalla consapevolezza di avere un disturbo.
Alcuni studi hanno dimostrato una relazione tra migliore insight e qualità di vita oggettiva, altri una relazione inversa tra insight e qualità di vita soggettiva, altri ancora non hanno evidenziato correlazioni tra insight e qualità di vita soggettiva o oggettiva.
Obiettivo della presente ricerca è quello di valutare in un campione di pazienti con schizofrenia stabile la cor-

relazione tra stili di coping, psicopatologia e funzionamento.
Abbiamo condotto una valutazione trasversale su 43 soggetti ambulatoriali reclutati presso la SCDU Psichiatria 1 - AOU San Giovanni Battista e al Dipartimento Salute Mentale Interaziendale ASL 1 - Molinette di Torino, con diagnosi di schizofrenia sulla base della SCID per il DSM-IV, in fase stabile di malattia. Ai pazienti sono stati somministrate scale di valutazione della gravità della sintomatologia (CGI, PANSS, CDSS, Rosenberg Self-Esteem Scale), di funzionamento socio-lavorativo (GAF), della qualità di vita (QLS), della consapevolezza del disturbo mentale (SUMD). Al fine di indagare gli stili di coping prevalenti è stato adottato il CISS, che consente di identificare tre stili di coping: task-oriented (coping operativo), emotion-oriented (coping emozionale) e avoidance-oriented (coping evitante).
I risultati preliminari suggerirebbero che la preferenza per uno stile di coping evitante sarebbe associata a minore insight e peggior funzionamento. Inoltre, maggiore è il punteggio alla sottoscala del coping emozionale peggiore sarebbe il funzionamento come indagato dalla QLS e dalla GAF.

Bibliografia

Meijer SA, Sinne AG, Bijstra JO. *Coping styles and locus of control as predictors for psycological adjustment of adolescents with a chronic illness*. Social Science and Medicine 2002;54:1453-61.

Cooke M, Peters E, Fannon D, Anilkumar APP, Aasen I, Kuipers E, Kumari V. *Insight, distress and coping styles in schizophrenia*. Schizophrenia Research 2007;94:12-22.

P44. Risposta soggettiva al trattamento farmacologico, *insight* e stili di coping in pazienti con schizofrenia

C. Montemagni, C. Mingrone, M. Scalese, S. Zappia, P. Rocca, F. Bogetto

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

La schizofrenia è un disturbo grave che influenza tutti gli aspetti della vita del paziente. Il decorso è generalmente cronico e necessita di un trattamento farmacologico a lungo termine. Uno dei problemi nucleari della terapia farmacologica a lungo termine è la non-compliance, tra le cui cause si riconoscono la risposta soggettiva del paziente al trattamento e la mancanza di insight o consapevolezza di avere un disturbo mentale. Nell'ambito degli stili di coping, quello evitante è stato inversamente correlato all'adesione farmacologica.
Obiettivo del presente studio è indagare la relazione tra riposta soggettiva al trattamento, insight e coping in pazienti ambulatoriali con diagnosi di schizofrenia stabile.
Abbiamo condotto una valutazione trasversale su 43 soggetti ambulatoriali reclutati presso la SCDU Psichiatria 1-AOU San Giovanni Battista e al Dipartimento Salute Mentale Interaziendale ASL 1 - Molinette di Torino, con diagnosi di schizofrenia sulla base della SCID per il DSM-IV, in fase stabile di malattia. 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". Al fine di indagare gli stili di coping prevalenti è stato adottato il CISS, che consente di identificare tre stili di coping: task-oriented (coping operativo), emotion-oriented (coping emozionale) e avoidance-oriented (coping evitante).
I risultati preliminari evidenziano che la preferenza per uno stile di coping evitante sarebbe associata a minore insight e inversamente correlata ad un atteggiamento positivo nei confronti del farmaco, mentre l'adozione di uno stile di coping centrato sul compito non sarebbe correlato all'atteggiamento positivo verso il farmaco.

Bibliografia

Rocca P, Crivelli B, Marino F, Mongini T, Portaleone F, Bogetto F. *Correlations of attitudes toward antipsychotic drugs with insight and objective psychopathology in schizophrenia*. Comprehensive Psychiatry 2008;49:170-6.

Aldebot S, Weisman de Mamani AG. *Denial and acceptance coping styles and medication adherence in schizophrenia*. Journal of Nervous and Mental Disease 2009;197:580-4.

P45. Stabilità della diagnosi ed esito a lungo termine della schizofrenia deficitaria

A. Mucci, G.B. Cassano[*], A. Rossi[**], A. Vita[***], L. De Peri[***], S. Pini[*], P. Stratta[**], S. Galderisi, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN; [*]Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; [**] Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila; [***]Clinica Psichiatrica, Università di Brescia

Le principali carenze oggi evidenziabili nella caratterizzazione della schizofrenia deficitaria (SD) includono la mancanza di un'adeguata documentazione della stabilità della diagnosi nel tempo e l'insufficiente evidenza che questa diagnosi si accompagni ad un esito a lungo termine più sfavorevole rispetto alla schizofrenia non deficitaria (SND). Il presente lavoro ha lo scopo di valutare la stabilità della diagnosi e la prognosi a lungo termine della SD rispetto alla SND.
Lo studio ha previsto una valutazione clinica e neuropsicologica dopo un follow-up di 5 anni in pazienti e controlli sani reclutati in un precedente studio.

La categorizzazione SD/SND, effettuata mediante la Schedule for the Deficit Syndrome, è risultata confermata nell'82% dei pazienti precedentemente diagnosticati come SD e nell'80% di quelli precedentemente diagnosticati come SND. Analogamente a quanto riscontrato nel precedente studio, nei pazienti con SD, rispetto a quelli con SND, è stata osservata una maggiore severità dell'anergia e della dimensione negativa nel suo complesso ed una maggiore compromissione dell'attenzione sostenuta.
In linea con quanto evidenziato da altri gruppi di ricerca, i nostri risultati hanno evidenziato un'elevata stabilità della diagnosi sia nei pazienti con SD che in quelli con SND. La caratterizzazione clinica e quella neuropsicologica hanno mostrato altresì un'elevata riproducibilità ed hanno confermato che il sottotipo deficitario individua un gruppo di pazienti con esito peggiore.

P46. Geni psicosi e cannabis: caratteristiche di un campione siciliano rappresentativo di pazienti al primo episodio psicotico

A. Mulè, C. Bellavia, A. Bruno, A. D'Alessandro, A. Di Caro, V. Di Giorgio, C. Farinella, L. Ferraro, P. Filì, R. Grassia, G. Grillo, C. La Cascia, M. La Placa, F. Marchese, G. Marrazzo, C. Mistretta, M.V. Rumeo, C. Sartorio, L. Sideli, O. Uccello, D. La Barbera

Sezione di Psichiatria, DiNeC, Università di Palermo

Introduzione: è comprovata da tempo un'interazione genetico-ambientale nell'insorgenza della psicosi. Negli ultimi anni, è stata indagata l'esposizione alla cannabis in relazione ad un aumentato rischio (circa il doppio) di insorgenza di schizofrenia. Il nostro progetto di ricerca ancora in fase di svolgimento, svolto in collaborazione con il progetto GAP dell'Institute of Psychiatry, King's College of London, si propone di identificare l'importanza dei fattori di rischio ambientali (in particolare l'uso di cannabis) nell'eziologia dei disturbi psicotici e la loro interazione con i geni di suscettibilità ai disturbi dello spettro psicotico, attraverso il confronto con un gruppo di soggetti sani. Con questo lavoro intendiamo fornire alcuni dati preliminari sulle caratteristiche del campione di soggetti al primo episodio psicotico reclutati dal 2007 ad oggi nell'area della città di Palermo.
Metodi: 42 pazienti affetti da psicosi al primo episodio (età 18-65) afferenti ai Servizi di Salute Mentale di Palermo, sono stati esaminati sul piano clinico e neuropsicologico ed è stato chiesto il consenso informato per l'analisi del DNA per effettuare l'analisi del genotipo in una fase successiva dello studio. Gli strumenti utilizzati per la valutazione clinico-diagnostica, dell'anamnesi familiare, dell'uso di sostanze e del profilo neurocognitivo sono: la "Scale for Clinical Assessment in Neuropsychiatry Intervierview", la "Family Interview for Genetics Studies", la "Positive and Negative Symptoms Scale" (PANSS), il "Social Data Schedule", il "Cannabis Experience Questionnaire" e la "Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised" (WAIS-R).
Risultati: il campione è costituito da 42 soggetti (maschi = 71,4%; femmine = 28,6%) affetti da un disturbo dello spettro psicotico (PANSS μ= 84,58) di età media 26 anni. Tra le variabili socio-demografiche esaminate appaiono interessanti la persistenza della coabitazione col nucleo familiare d'origine (69%) e la percentuale di disoccupati (57,1%). Tra i soggetti al primo episodio, il 60% fa uso di cannabis e il 62,5% mostra familiarità per disturbi psichiatrici. L'analisi qualitativa della WAIS-R evidenzia modalità di funzionamento mentale di tipo psicotico nel 50% dei casi.
Discussione: in attesa di poter confrontare i dati con il gruppo di controllo e di effettuare l'analisi del DNA, è possibile evidenziare come i dati descrittivi preliminari sostengano l'ipotesi di una concomitanza di fattori di rischio di tipo familiare ed ambientale (abuso di cannabis) nella determinazione di un esordio psicotico, in linea con le ipotesi di ricerca.

Bibliografia

Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G, Munk-Jorgensen P. *Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases*. Br J Psychiatry 2005;187:510-5.

Boydell J, van Os J, Caspi A, Kennedy N, Giouroukou E, Fearon P, Farrell M, Murray RM. *Trends in cannabis use prior to first presentation with schizophrenia, in South-East London between 1965 and 1999*. Psychol Med Oct 2006;36:1441-6.

Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. *Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptoms*. Addiction Mar 2005;100:354-66.

P47. Elementi dello spettro psicotico nei vari disturbi mentali ed in una popolazione di controllo

F. Mundo, G.J. Massei, M. Milianti, F. Milani, P. Rucci, G. Paturzo, G. Vannucchi, M.R. Doria, L. Ravani, A. Benvenuti, A. Sbrana, G.B. Cassano

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

Introduzione: sintomi psicotici isolati si riscontrano anche in disturbi non primariamente psicotici e nella popolazione generale. Scopo di questo studio è indagare la distribuzione dei sintomi psicotici in una popolazione di controllo, nei disturbi d'ansia, dell'umore e nelle psicosi schizoaffettive-schizofreniche verificando se esiste una correlazione fra sintomi tipici e tratti temperamentali inquadrabili nello spettro delle psicosi.
Materiali e metodi: sono stati indagati 77 soggetti con schizofrenia/disturbo schizoaffettivo, 59 con disturbo dell'umore psicotico, 98 con disturbo dell'umore non psicotico, 60 con disturbo borderline di personalità, 56 con disturbo di panico e 102 controlli. Lo spettro psicotico è stato valutato mediante lo strumento SCI-PSY.

Risultati: i sintomi dello spettro psicotico si distribuiscono con intensità crescente a partire dai controlli attraverso i disturbi d'ansia e dell'umore fino alle psicosi schizoaffettive-schizofreniche. In soggetti senza diagnosi di disturbo psicotico la presenza life-time di sintomi tipici isolati (ideazione delirante/dispercezioni) è associata a tratti personologici dello spettro psicotico.
Conclusioni: la sistematica ricerca di elementi dello spettro psicotico nei vari disturbi mentali potrà portare ad una più raffinata definizione di fenotipi clinici omogenei.

P48. Percorsi abilitativi in soggetti adulti con autismo: l'esperienza della Farm-Community

A. Narzisi, R. Igliozzi, M. Venturi, C. Gaggioli, M. Innocenti, F. Bini, A. Desideri, G. Rossi, F. Suvini, G. Genchi, A. Lombardini, C. Manetti, U. Caselli

AGRABAH Pistoia, Associazione Genitori per l'Autismo

Introduzione: la Farm-Community residenziale per soggetti adulti con autismo è al centro dell'interesse scientifico. Essa è un'esperienza lavorativa con evidenti risvolti funzionali per i ragazzi e non di meno una risposta al problema sociale del "dopo di noi". L'associazione AGRABAH sta avviando, nel territorio pistoiese, il progetto Farm-Community con una fase preparatoria che ha definito start-up. Lo scopo è di consentire ai ragazzi, con l'aiuto di maestri d'opera, l'apprendimento di tecniche operative nel contesto agricolo. L'obiettivo del presente contributo è di valutare l'outcome dei primi mesi di attività.
Metodi: allo studio preliminare hanno partecipato 5 soggetti (em: 30 anni e 5 mesi; ds: 1,78 mesi) con diagnosi di autismo. L'attività dei ragazzi è stata monitorata attraverso la compilazione quotidiana di una griglia di item appositamente elaborata per esaminare l'andamento dei pattern comportamentali della condizione autistica e quelli direttamente connessi all'apprendimento delle attività agricole svolte.
Risultati: le analisi statistiche preliminari mostrano differenze significative tra T0 e T1 nelle aree: a) comprensione istruzioni verbali (p ,022); b) disagio nel cambiare attività (p ,005); c) ricorda il posto degli attrezzi (p ,018); d) sa individuare gli attrezzi per svolgere le attività (p ,039).
Conclusioni: i risultati preliminari sembrano suggerire l'intervento di start-up un'efficace alternativa abilitativa. Altre implicazioni saranno ampiamente discusse.

P49. Fattori terapeutici non strutturati in SPDC

G. Nigro

SPDC Ivrea, DSM ASL TO4, Piemonte

Introduzione: l'ambiente sociale del reparto può essere visto come un'esperienza emotiva e relazionale, il "therapeutic milieu" secondo Gunderson ed Haigh [1 2].
Gran parte delle interazioni sociali all'interno del reparto non sono strutturate e si svolgono informalmente durante i momenti comuni, i pasti, le visite dei parenti. Gli aspetti emotivi sperimentati dai pazienti possono essere positivi o negativi ed alcuni di questi sono sperimentati dai pazienti come terapeutici.
Metodi: intervista fenomenologia secondo secondo Aspers [3] al momento della dimissione su un campione di 29 pazienti (11 D; 8 M) con diagnosi di psicosi, età media 36,7 anni (20-75).
Risultati: sono stati individuati come fattori emotivi positivi: la compagnia 31% (9 pazienti), la sensazione di essere assistito 27% (8 pazienti), la disponibilità dell'ambiente 21% (6 pazienti), l'apprendere dagli altri 21% (6 pazienti).
Fattori emotivi negativi: limiti alla libertà 35% (10 pazienti), lo sperimentare emozioni negative 28% (8 pazienti).

Fattori terapeutici:

N. pazienti		Fattore terapeutico principale
8	28%	Buone relazioni umane
6	20%	La terapia farmacologia
5	17%	Fattori metafisici: Dio (esistenza di un'entità suprema, guida, perdono degli errori); il tempo (per riflettere, per cambiare)
3	10%	La fiducia nel medico

Conclusioni: la percezione soggettiva del paziente, pur non escludendo l'importanza della terapia farmacologica, attribuisce un'azione terapeutica anche fattori relazionali ed astratti.

Bibliografia

1 Haigh R. *Acute wards: problems and solutions: modern milieux: therapeutic community solutions to acute ward problems*. Psychiatr Bull 2002;26: 380-382.

2 Gunderson JG. *Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus*. Psychiatry 1978;41:327-35.

3 Aspers P. *Empirical Phenomenology An Approach for Qualitative Research Papers*. Social Research Methods Qualitative Series 2004; 9:11.

P50. Correlati endocrini e trattamento antipsicotico: iperprolattinemia

M.F. Pantusa, S. Paparo, A. Salerno

Dipartimento di Salute Mentale ASP-CS, Rogliano

L'iperprolattinemia è di comune riscontro nel trattamento con antipsicotici di prima generazione (FGA) e con alcuni antipsicotici di seconda generazione (SGA),

soprattutto risperidone, paliperidone e amisulpiride. Gli effetti a breve e lungo termine (disfunzioni sessuali, amenorrea, infertilità, osteoporosi) dell'iperprolattinemia incidono fortemente sulla qualità di vita dei pazienti.
Obiettivi: 1) misurare i livelli plasmatici di prolattina in un campione di pazienti psichiatrici in trattamento antipsicotico; 2) confrontare gli effetti degli antipsicotici di prima e seconda generazione sulla prolattinemia.
Materiali e metodi: sono stati arruolati n. 186 pazienti (M/F: 94/92, età media 44,8 ± 12,8 r 20-70 anni), in trattamento antipsicotico da almeno 6 mesi presso il CSM di Rogliano (CS). Sono stati raccolti i dati sociodemografici e clinici e a tutti i soggetti sono stati misurati i livelli plasmatici di prolattina in mUI/ml (valori normali 98-456 mUI/ml; donne in post-menopausa = 50-370 mUI/ml).
Risultati: n. 130 (69,9%) pazienti assumono un SGA, 26 (14,0%) un FGA e 30 (16,1%) sono in trattamento combinato con FGA + SGA. Il 26,9% del campione, senza differenze per sesso, (M/F: 22/28) presenta valori di prolattinemia elevati (valori medi = 989,9 mUI/ml). L'iperprolattinemia è più frequente nel trattamento con SGA (29,2%) rispetto alle altre due tipologie di trattamento (FGA = 23,1%; FGA + SGA = 20%), ma la differenza non è significativa. Rispetto al farmaco utilizzato sono, invece, emerse differenze significative (p = ,000). Il risperidone incrementa i livelli di prolattina nel 60% dei pazienti trattati con questo agente, l'olanzapina nel 28,6%, la quetiapina nel 6,7%, l'aloperidolo nel 33,3%. Nessuno dei 14 pazienti trattati con aripiprazolo presenta iperprolattinemia. Anche i livelli medi di prolattina raggiunti con il risperidone (1069,4 mUI/ml) sono significativamente superiori a quelli raggiunti con quetiapina (200,3 mUI/ml), aloperidolo (367,5 mUI/ml) e olanzapina (500,1 mUI/ml).
Conclusioni: i risultati dello studio indicano che oltre un quarto dei pazienti in trattamento antipsicotico presenta livelli di prolattinemia elevati. L'entità della disfunzione dipende dal farmaco prescritto e il risperidone si conferma come il farmaco che produce l'effetto più robusto sulla prolattinemia.

P51. Remissione sintomatologica della schizofrenia nella pratica clinica: fattori sociodemografici e clinici associati

M.F. Pantusa, S. Paparo, A. Salerno
Dipartimento di Salute Mentale ASP-CS, Rogliano

Premessa: la schizofrenia è una patologia cronica, processuale, che presenta un'estrema eterogeneità nella severità, nel decorso e negli esiti a lungo termine. Nel 2005 Andreasen et al. hanno presentato nuovi criteri standard di outcome per valutarne la remissione sintomatologica, in analogia con quanto accade per altre patologie, psichiatriche e non, nelle quali il trattamento terapeutico è orientato alla "remissione-recupero", piuttosto che alla guarigione.
Obiettivi: due gli obiettivi del presente studio: 1) valutare il tasso di remissione sintomatica in un campione di pazienti ambulatoriali affetti da schizofrenia; 2) correlare la condizione di remissione con le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti.
Materiali e metodi: sono stati arruolati n. 174 pazienti (M/F: 108/66, età media 46,8 ± 13,3 r 18-74 anni), affetti da schizofrenia e sindromi correlate secondo i criteri del DSM-IV TR in trattamento antipsicotico da almeno 12 mesi presso il CSM di Rogliano (CS). Sono stati raccolti i dati sociodemografici e clinici e tutti i soggetti sono stati valutati con la PANSS versione ridotta e la scala per la valutazione del funzionamento globale (VGF).
Risultati: il 48,3% del campione riceve la diagnosi di schizofrenia residua e il 29,3% schizofrenia paranoide. Il DUP (periodo di psicosi non trattata) è di 38,4 ± 95,9 mesi. La durata media di malattia è di 20,8 ± 12,9. Il 57,5% è trattato con un antipsicotico atipico, il 25,3% tipico e il 17,2% riceve un trattamento combinato (atipico + tipico). Il 28,7% risponde ai criteri di remissione sintomatologica alla PANSS ridotta. In accordo con i dati della letteratura la condizione di remissione si associa in modo significativo a: sesso femminile, età media più bassa, minore durata di malattia, migliore scolarità, migliore funzionamento globale, minore DUP e trattamento con antipsicotici di seconda generazione.
Conclusioni: i risultati dello studio confermano quanto riportato in numerosi studi sull'argomento e indicano che sullo stato di remissione influiscono anche fattori estrinseci alla malattia, quali le caratteristiche socio-demografiche e il trattamento psicofarmacologico.

P52. Schizofrenia, farmaci antipsicotici e prolungamento del tratto QTc: uno studio osservazionale su 130 pazienti ambulatoriali

M.F. Pantusa, S. Paparo, A. Salerno
Dipartimento di Salute Mentale ASP-CS, Rogliano

Introduzione: è noto che il trattamento con antipsicotici tipici può portare a gravi aritmie con morte improvvisa. Il meccanismo fisiopatologico alla base di tali eventi consiste in una ritardata ripolarizzazione ventricolare, rilevabile all'ECG come prolungamento dell'intervallo QT. In merito alla potenziale tossicità cardiaca dei farmaci antipsicotici di seconda generazione i pochi studi controllati indicano che anche questi ultimi possono indurre un prolungamento del QT, sebbene la rilevanza clinica del fenomeno non sia stata accertata da studi epidemiologici importanti.
Obiettivi: valutare il tratto QTc (QT corretto per la frequenza cardiaca) in un campione di pazienti ambulatoriali con disturbi dello spettro schizofrenico in trattamento con antipsicotici tipici, atipici o con entrambi da almeno 12 settimane. Lo studio è stato condotto in un Centro di Salute Mentale dell'Italia meridionale (Rogliano-CS).
Metodi: n. 130 pazienti ambulatoriali (M/F: 70/60, età media 45,1 ± 13,9; r 20-79 anni), con una diagnosi di

schizofrenia, disturbo schizofreniforme o schizoaffettivo secondo i criteri del DSM-IV, sono stati valutati con un questionario socio-demografico e clinico e sottoposti a visita cardiologica con ECG e misurazione del tratto QTc.
Risultati: i valori medi di QTc riscontrati nel campione sono stati di 400 ms ± 2,9 (r 330-490) senza differenze per sesso. Il 64,6% presenta un QTc < 420 ms. Il 32,3% (M/F = 24/18) ha un valore di QTc ai limiti alti della norma (QTc compreso tra 420 e 470 ms). Il 3,1% (M/F = 0/4) ha un QTc ≥ 480. Non sono state trovate differenze né in rapporto alla classe di antipsicotico utilizzato, né in rapporto al tipo di trattamento (monoterapia o politerapia).
Conclusioni: il nostro studio indica che la frequenza di un prolungamento del tratto QTc tale da richiedere la sospensione del farmaco è bassa. Non sono stati osservati valori indicanti un alto rischio di aritmie (QTc > 500 ms). Appare, comunque, necessario un accurato monitoraggio dei pazienti che presentano un QTc ai limiti alti della norma.

P53. Sindrome metabolica e trattamento antipsicotico: dati preliminari di uno studio comparativo

M.F. Pantusa, S. Paparo, A. Salerno
Dipartimento di Salute Mentale ASP-CS, Rogliano

Premessa: la sindrome metabolica (SM) si caratterizza per l'aggregazione di più alterazioni metaboliche, ognuna delle quali è di per sé un noto fattore di rischio cardiovascolare. Secondo l'Adult Treatment Program III (ATP III) del National Cholesterol Education Program (NCEP), 2001, la diagnosi di SM può essere posta sulla base della presenza di almeno 3 dei seguenti criteri: colesterolo-HDL < 40 mg/dL nei maschi, < 50 mg/dL nelle donne, trigliceridi a digiuno ≥ 150 mg/dL, glicemia a digiuno ≥ 110 mg/dL, pressione arteriosa ≥ 130/85 mm Hg a riposo, obesità addominale (circonferenza della vita > 102 cm nei maschi e > 88 cm nelle femmine). Studi recenti indicano una maggiore frequenza di SM nei pazienti in trattamento antipsicotico, soprattutto con antipsicotici di seconda generazione.
Obiettivi: valutare la prevalenza di SM in un campione di pazienti ambulatoriali in trattamento con antipsicotici, di prima e/o di seconda generazione, da almeno tre mesi. Come gruppo di controllo è stato utilizzato un campione di pazienti ambulatoriali il cui trattamento farmacologico non prevedeva farmaci antipsicotici.
Metodi: sono stati raccolti i dati sociodemografici e clinici e sono stati rilevati i parametri per la definizione di SM. La diagnosi di SM è stata posta in base ai criteri NCEP-ATP III.
Risultati: sono stati inseriti nello studio n. 208 pazienti (M/F = 104/104, età media: 45,7 ± 13,9) in trattamento con antipsicotici di prima e/o seconda generazione da 36,8 ± 44,2 mesi. Il gruppo di controllo era costituito da n. 118 pazienti (M/F = 30/88, età media: 51,7 ± 15,8) non esposti a farmaci antipsicotici, ma trattati con altre classi di psicofarmaci (AD, BZ, stabilizzatori). La SM è risultata più frequente, ma non in modo significativo, nel gruppo in trattamento antipsicotico rispetto al gruppo di controllo (36,5% *vs.* 27,1%). La prevalenza di SM è, invece, risultata significativamente più elevata, rispetto al gruppo di controllo, tra i maschi in trattamento antipsicotico (32,7% *vs.* 6,7%, p = ,004) ma non tra le femmine (40,4% *vs.* 34,1%, p = ,369). Non sono state trovate differenze di prevalenza in rapporto alla classe di antipsicotico. Tutti i componenti della SM, eccetto la glicemia e i valori pressori, sono stati significativamente più prevalenti nel gruppo in trattamento antipsicotico.
Conclusioni: questi primi dati suggeriscono la necessità di un accurato monitoraggio dei parametri metabolici sia nei pazienti in trattamento antipsicotico, sia nei pazienti in trattamento con altre classi farmacologiche, che possono portare ad aumento del peso.

P54. Stabilizzatori dell'umore e antipsicotici atipici nel trattamento a lungo termine del disturbo bipolare

R.A. Paoli, M. Buoli, D. Primavera*, M. Benedetti, C. Rovera, A.C. Altamura
*UO di Psichiatria, Università di Milano, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano; * Dipartimento di Salute Pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Cagliari*

Introduzione: il trattamento del disturbo bipolare (DB) non comprende solo il trattamento dell'episodio affettivo acuto, ma anche la prevenzione delle ricorrenze. Scopo di questo studio è stato valutare l'efficacia nella prevenzione delle ricorrenze degli stabilizzatori dell'umore o degli antipsicotici atipici da soli o in associazione.
Metodi: 67 pazienti con una diagnosi di DB I e II sono stati valutati retrospettivamente per un periodo di 48 mesi. Le informazioni cliniche e demografiche sono state ricavate dalle cartelle cliniche e da interviste dirette coi pazienti. È stata effettuata un'analisi di sopravvivenza considerando eventi morte un cambio di terapia, una ricorrenza depressiva/espansiva o un ricovero ospedaliero.
Risultati: i pazienti trattati con litio sono risultati sopravvivere di più rispetto a quelli trattati con valproato (Log Rank: $\chi^2 = 3.86$, p = 0,05) che è risultato a sua volta meno efficace rispetto ai pazienti trattati con antipsicotico atipico in monoterapia (olanzapina, quetiapina o risperidone) (Log Rank: $\chi^2 = 4,54$, p = 0,03). La combinazione di litio con un antipsicotico atipico è risultata più efficace rispetto al litio (Log Rank: $\chi^2 = 7,01$, p = 0,008) o agli antipsicotici atipici in monoterapia (Log Rank: $\chi^2 = 8,61$, p = 0,003).
Conclusioni: questi dati indicherebbero che la combinazione di litio con un antipsicotico atipico sarebbe maggiormente efficace nel prevenire ricorrenze depressive o espansive in pazienti affetti da DB.

Bibliografia

Altamura AC, Mundo E, Dell'Osso B, Tacchini G, Buoli M, Calabrese JR. *Quetiapine and classical mood stabilizers in the long-term treatment of Bipolar Disorder: a 4-year follow-up naturalistic study*. J Affect Disord 2008; 110:135-41.

Fountoulakis KN, Vieta E. *Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives*. Int J Neuropsychopharmacol 2008;11: 999-1029.

P55. Outcome a breve termine in pazienti affetti da stato misto

A. Piazzoli, G. de Giorgio, P. Moretti

Sezione di Psichiatria, Psicologia clinica e Riabilitazione psichiatrica, Università di Perugia

Introduzione: lo stato misto è un disturbo dell'umore nel quale sono presenti contemporaneamente manifestazioni psicopatologiche depressive e maniacali.
Materiali e metodi: abbiamo analizzato presso il Servizio di Prevenzione, Diagnosi e Cura di Foligno un campione di 97 pazienti (57 femmine, 40 maschi, età media 30-50 anni) ospedalizzati nel periodo dal 2005 al 2007 e con diagnosi iniziale di disturbo dell'umore.
Tra essi solo 9 avevano un disturbo bipolare in fase mista. Si è voluta analizzare la loro correlazione con alcune variabili: età, sesso, giornate di degenza, tipo di trattamento sanitario (obbligatorio, TSO o volontario, TSV), stagione del ricovero e dimissione contro parere del medico.
Per l'analisi statistica dei dati si è utilizzato l'indice C di Cramer.
Risultati: i pazienti in stato misto sono per lo più donne, di età compresa tra i 30 e i 50 anni. In metà dei casi è stato necessario un TSO, negli altri un TSV. La media di giornate di degenza è stata 2-3. I ricoveri sono avvenuti principalmente in autunno e in primavera, nessuno è stato dimesso contro parere del medico.
Conclusioni: lo stato misto è un sottogruppo del disturbo bipolare più affine alla depressione che alla mania, sia per le caratteristiche epidemiologihe che per quelle relative al ricovero.
Potrebbe quindi rappresentare la modalità d'esordio in fase precoce del disturbo bipolare, sottotipo depressivo.

P56. Correlati neuropsicologici della remissione clinica nella schizofrenia

G. Piegari, P. Bucci, E. Ardizio, S. De Simone, F. De Riso, A. Mucci, S. Galderisi, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Nei pazienti affetti da schizofrenia è stata largamente documentata la presenza di deficit a carico di diversi domini cognitivi. Uno degli aspetti da chiarire è il rapporto tra tali deficit e la remissione clinica della sindrome.
Nel presente studio, la prestazione alla batteria neuropsicologica "Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS)" è stata indagata in pazienti schizofrenici in remissione (R) e non in remissione (NR) sintomatologica. Inoltre, è stata condotta un'analisi delle correlazioni allo scopo di indagare l'associazione della prestazione neuropsicologica con le dimensioni psicopatologiche e con diversi indici di funzionamento psicosociale.
I pazienti R hanno mostrato, rispetto agli NR, una migliore prestazione ai due test che esplorano le funzioni esecutive e al test che esplora la fluenza verbale. Dall'analisi delle correlazioni è emerso che una migliore prestazione ai due test che esplorano le funzioni esecutive è associata ad un migliore funzionamento sociale; inoltre, una migliore prestazione ad uno di questi due test è risultata associata ad una minore gravità della dimensione psicopatologica negativa.
I nostri risultati suggeriscono che le abilità cognitive, in particolare le funzioni esecutive, giocano un ruolo nella remissione clinica della schizofrenia e potrebbero rappresentare un target specifico della riabilitazione neurocognitiva.

P57. La comorbidità ansiosa current e lifetime in una popolazione di pazienti bipolari ed unipolari in fase eutimica

M. Preve, L. Di Paolo, E. Maltinti, M. Corsi, I. Pergentini, S. Calugi, S. Pini, G.B. Cassano

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

Introduzione: la comorbidità ansiosa nel disturbo bipolare è associata a maggiore gravità di malattia, all'abuso di sostanze, a compromissione del funzionamento e peggiore qualità della vita. Lo scopo del nostro studio è investigare la comorbidità ansiosa current e lifetime in una popolazione di pazienti bipolari (BD) ed unipolari (UD) attraverso l'analisi fattoriale del MOOD-SR.
Metodi: 331 pazienti in fase eutimica (H-AMD < 8; YMRS < 6) sono stati valutati attraverso la SCID-P per la diagnosi di asse I, il MOOD-SR, il PAS-SR per la comorbidità di spettro.
Risultati: *Current:* i BD con comorbidità ansiosa (12,1%) presentano punteggi significativamente più alti nei fattori psychomotor activation (p ,021), sociability/extraversion (p ,025) e euphoria (p ,005). Non emergono differenze significative nel gruppo di UD con comorbidità ansiosa (17,6%). *Lifetime:* i BD con comorbidità ansiosa (20,6%) presentano punteggi significativamente più alti nei fattori mixed irritability (p ,036), mentre gli UD con comorbidità ansiosa (25,9%) nei fattori psychomotor activation (p ,015) ed euphoria (p ,032).
Conclusioni: la presenza di comorbidità ansiosa nel lifetime e nel current si presenta come un fattore sta-

bile che molto probabilmente sottende ad un meccanismo neurobiologico comune nel disturbo bipolare e supporta l'esistenza di una distinta diatesi bipolare-ansiosa.

P58. Apprendimento di materiale uditivo verbale nella schizofrenia

M.C. Quattropani, S. Cova

Dipartimento di Scienze Pedagogiche e Psicologiche, Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Messina

Tra i domini del funzionamento cognitivo dei pazienti affetti da schizofrenia, una rilevanza occupano i deficit di memoria, laddove si ravvisa una difficoltà del paziente a produrre un'integrata organizzazione delle informazioni apprese. Al fine di indagare tale dominio sono state strutturate delle prove che prevedono la memorizzazione di liste di parole, sebbene risultati ancor più interessanti sono stati offerti dallo studio della memoria di prosa. Il presente studio è stato condotto, attraverso la somministrazione di una batteria di test aventi lo scopo di indagare la sfera cognitiva, le capacità mnestiche e la comprensione dei soggetti, per osservare se e in che modo la memoria di prosa sia compromessa in soggetti con schizofrenia. La prestazione di un gruppo di 32 soggetti con diagnosi di schizofrenia, è stata confrontata, attraverso un'analisi statistica (Independent-Samples T Test), con quella di altrettanti soggetti di controllo. Le differenze tra i due gruppi, in tutti i test somministrati, sono risultate statisticamente significative, ciò a conferma della nostra ipotesi di ricerca.
Il nostro studio, si propone di essere oltre che un ampliamento del quadro conoscitivo, anche un ausilio alla strutturazione di programmi di riabilitazione neuropsicologica efficaci che vertano sul potenziamento delle abilità cognitive residue dei pazienti, non gravemente compromesse dalla patologia.

Bibliografia

Bazin NT, et al. *Scale for the evaluation of communication disorders in patients with schizophrenia: a validation study*. Schiz Res 2005;77:75-84.

Lee TMC, et al. *Prose memory deficits associated with schizophrenia*. Schiz Res 2006;81:199-209.

P59. Costruzione di un test per la valutazione del "Buffer Episodico"

M.C. Quattropani, P. Parisi

Dipartimento di Scienze Pedagogiche e Psicologiche, Università di Messina

Il modello tricomponenziale della Working Memory (WM) è stato rivisitato nel 2000 da Baddeley con l'introduzione del Buffer Episodico (EB), un sotto-sistema a capacità limitata atto a provvedere all'immagazzinamento temporaneo d'informazioni, conservate in codice multimodale, integrandole attraverso lo spazio e il tempo in una rappresentazione episodica unitaria (gestalt), ponendosi di fatto come un'interfaccia tra la WM e la memoria a lungo termine [1]. L'obiettivo principale del presente lavoro riguarda la messa a punto di uno strumento idoneo per la valutazione del EB. Dopo aver costruito il TEB (Test Episodic Buffer), con alcune direttive di Alan Baddeley, è stato somministrato ad un gruppo di 30 soggetti (10 pazienti con lesioni frontali - 10 pazienti con schizofrenia - 10 controlli normali) per uno studio preliminare, i cui risultati sembrano confermare una correlazione tra basse prestazioni al TEB, lesioni frontali e schizofrenia.

Bibliografia

[1] Baddeley A. *The Episodic Buffer: a new component of Working Memory?* Trends in Cognitive Sciences 2000;4:417-24.

[2] Prabhakaran V, Narayanan K, Zhao Z, Gabrieli J. *Integration of diverse information in a working memory within the frontal lobe*. Nature Neuroscience 2000;3:1.

P60. Valutazione ecologica del linguaggio pragmatico nella schizofrenia

M.C. Quattropani, V. Carlotta, G. Gioffrè

Dipartimento di Scienze Pedagogiche e Psicologiche, Università di Messina

La compromissione frontale nella schizofrenia comporta un deficit nei processi di costruzione della ToM, non correlato con il livello intellettivo dei soggetti. La comprensione delle regole di simbolizzazione e di astrazione del linguaggio, così come richiesto nella comprensione dei proverbi [1], rappresenta un indice della capacità del soggetto d'interpretare il pensiero altrui e di comprendere, attraverso il ragionamento astratto, eventi della vita quotidiana. Questo lavoro intende esplorare le potenzialità di un Test dei Proverbi [2] nella valutazione ecologica del linguaggio pragmatico nella schizofrenia. I punteggi ottenuti dai pazienti indicano, rispetto ad un gruppo di controllo normale, un deficit nelle capacità sia di comprensione del pensiero metaforico complesso sia del linguaggio pragmatico, ma livello intellettivo sovrapponibile. Tali risultati potrebbero confortare l'utilizzo diagnostico-clinico del Test dei Proverbi, anche in relazione alla progettazione di sempre più efficaci trattamenti riabilitativi.

Bibliografia

[1] Brune M, Bodenstein L. *Proverb comprehension reconsid-*

ered 'theory of mind and the pragmatic use of language in schizophrenia. Schiz Res 2005;75.

[2] Quattropani MC, Villardita C. *Lesione emisferica destra ed interpretazione dei proverbi. Un deficit della comprensione verbale o del pensiero astratto?* In: Atti S.I.N., Bologna 1985.

P61. Funzionamento premorboso e risposta al trattamento nei soggetti con schizofrenia di esordio recente: uno studio prospettico con risperidone iniettabile a rilascio prolungato

J. Rabinowitz[1], O. Napryeyenko[2], B. Burba[3], G. Martinez[4], N. Neznanov[5], T. Fischel[6], F.J. Baylé[7], G. Corrivetti[8], E. Smeraldi[9]

[1] Bar Ilan University, Israel; [2] National Medical University, Kiev; [3] Kaunas Medical University, Lithuania; [4] Janssen-Cilag EMEA, Beerse, Belgium; [5] St. Petersburg State Pavlov's Medical University, St. Petersburg, Russia; [6] Geha Psychiatric Hospital; [7] Université Paris-Descartes; [8] Community Mental Health Center, Pontecagnano Faiano, Italy; [9] Department of Clinical Neurosciences, San Raffaele University Scientific Institute, Vita Salute San Raffaele University, Milan, Italy

Obiettivi: lo studio PROPEL ha valutato l'associazione tra funzionamento premorboso e risposta al trattamento antipsicotico con risperidone iniettabile a rilascio prolungato (RRP).
Metodi: studio prospettico, multicentrico, di 6 mesi in soggetti schizofrenici di esordio recente (≤ 2 anni) trattati con RRP (25-50 mg ogni 2 settimane). Il funzionamento premorboso è stato valutato al basale tramite la Premorbid Adjustement Scale (PAS). Le misure di efficacia comprendevano: PANSS, CGI-S, CGI-C, GAF e SF-36.
Risultati: in base ai criteri della PAS, i soggetti sono stati raggruppati in funzionamento premorboso stabile-buono (n = 142), stabile-scadente (n = 116) e deteriorante (n = 36). Il gruppo stabile-buono ha avuto un marcato miglioramento e un miglior funzionamento al basale nella maggior parte delle misure di efficacia. Il punteggio più alto dell'item di funzionamento della PAS globale (eccellente, n = 75; buono, n = 117; discreto, n = 78; scadente, n = 31) ha evidenziato una forte associazione col funzionamento al basale e col miglioramento e con i criteri di remissione dei sintomi della PANSS in accordo con Schizophrenia Working Group sia al basale (40,5, 35,4, 28,0, 10,0%, p = 0,003) che nell'arco di 3/6 mesi dello studio (47,7, 49,3, 29,6, 22,2%, p = 0,006).
Conclusione: nei pazienti psicotici di esordio recente trattati con RRP un funzionamento premorboso buono corrisponde ad un marcato miglioramento nelle valutazioni riportate sia dal clinico che dal paziente.

P62. Efficacia e tollerabilità in soggetti con schizofrenia di esordio recente trattati con risperidone iniettabile a rilascio prolungato

J. Rabinowitz[1], O. Napryeyenko[2], B. Burba[3], G. Martinez[4], N. Neznanov[5], T. Fischel[6], F.J. Baylé[7], G. Corrivetti[8], E. Smeraldi[9]

[1] Bar Ilan University, Israel; [2] National Medical University, Kiev; [3] Kaunas Medical University, Lithuania; [4] Janssen-Cilag EMEA, Beerse, Belgium; [5] St. Petersburg State Pavlov's Medical University, St. Petersburg, Russia; [6] Geha Psychiatric Hospital; [7] Université Paris-Descartes; [8] Community Mental Health Center, Pontecagnano Faiano, Italy; [9] Department of Clinical Neurosciences, San Raffaele University Scientific Institute, Vita Salute San Raffaele University, Milan, Italy

Obiettivi: valutare efficacia e tollerabilità di RRP nel trattamento delle psicosi di esordio recente (≤ 2 anni).
Metodi: studio multicentrico, in aperto in 302 soggetti schizofrenici con psicosi di esordio recente trattati per 6 mesi con dosi flessibili di RRP (25-50 mg ogni 2 settimane). Scale di valutazione: PANSS, CGI-S, GAF, ESRS, SF-36 e segnalazione degli eventi avversi.
Risultati: 86% dei soggetti ha completato lo studio. A fine studio 49,5% dei soggetti assumeva 25 mg, 31,0% 37,5 mg e 19,5% 50 mg. Si è verificato un miglioramento significativo dal basale all'endpoint nei seguenti parametri: PANSS totale (-13 ± 14, $p < 0,0001$), CGI-S (-0,8 ± 1,0, $p < 0,0001$), GAF (10,0 ± 12,5, $p < 0,0001$), SF-36 sintesi componente fisica (3,7 ± 8,7, $p < 0,001$) e sintesi componente mentale (7,7 ± 11,8, $p < 0,001$). All'endpoint sulla base della CGI-C il 12,6% dei soggetti ha avuto un miglioramento notevole, il 26,5% un grande miglioramento, il 37,4% un minimo miglioramento, il 17,3% non ha avuto cambiamenti, il 2,7% un minimo peggioramento e il 3,4% un grande peggioramento. Si è verificata una riduzione del punteggio totale ESRS dal basale (2,0 ± 5,5) all'endpoint (1,0 ± 3,5) ($p < 0,0001$) ed un aumento del BMI di 0,43 ± 1,35 ($p < 0,0001$).
Conclusioni: i soggetti con schizofrenia di esordio recente trattati con RRP hanno mostrato esiti favorevoli nel profilo di efficacia e tollerabilità.

P63. Predittori del benessere soggettivo nelle psicosi affettive e non affettive: risultati preliminari

P. Rizza, M. Maruca*, F. Corasaniti, A. Barberi, D. Chiodo, E. Barbuto, P. De Fazio, C. Segura Garcìa

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia; * Corso di Laurea Specialistica in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Università "Magna Græcia" di Catanzaro*

Introduzione: dati in letteratura suggeriscono che il benessere soggettivo è correlato a farmacoterapia, compliance e outcome in pazienti in terapia antipsicotica. Il

SWN (Subjective Wellbeing under Neuroleptics) si è dimostrato un valido strumento di valutazione dello stato di benessere di tali pazienti. Sono disponibili pochi dati di raffronto tra psicosi affettive e non affettive. Obiettivo dello studio trasversale è valutare le variabili socioanagrafiche e cliniche correlate al SWN in un campione di pazienti ambulatoriali.
Metodi: in pazienti in trattamento antipsicotico è stato valutato il grado di benessere soggettivo mediante SWN e correlato con variabili psicopatologiche (BPRS), temperamentali (TCI-R), di qualità della vita (SF-12) e di adattamento sociale (SASS).
Risultati: dati, relativi ad un campione iniziale di 15 pazienti, analizzati secondo tecniche di regressione lineare multipla con metodologia stepwise dimostrano relativamente a pazienti dello spettro delle psicosi non affettive che valori più alti di benessere soggettivo sono significativamente associati a miglior adattamento sociale e minore dipendenza dalla ricompensa. Nei pazienti con diagnosi di psicosi affettiva, il benessere soggettivo appare correlato positivamente a minore psicopatologia generale e sorprendentemente ad assenza di terapie non farmacologiche.
Conclusioni: i dati preliminari suggeriscono che il SWN riconosce fattori di correlazione diversi nelle sottopopolazioni in esame. Appaiono necessari ulteriori studi per confermare tale evidenza iniziale.

Bibliografia

Naber D. *Subjective effects of antipsychotic drugs and their relevance for compliance and remission*. Epidemiol Psichiatr Soc 2008;17:174-6.

Lambert M, Naber D, Karow A, Huber CG, Köhler J, Heymann J, Schimmelmann BG. *Subjective wellbeing under quetiapine treatment: effect of diagnosis, mood state, and anxiety*. Schizophr Res 2009;110:72-9.

Pollice R, Tomassini A, Malavolta M, Di Giovambattista E, Verni L, Roncone R, et al. *Subjective and psychopathological response in patients under different antipsychotic treatments: are there differences in real clinical practice?* J Biol Regul Homeost Agents 2008;22:83-91.

P64. Associazione di varianti genetiche del recettore dopaminergico D3 con la diagnosi di schizofrenia: uno studio family-based

M. Rizzo, A. Di Giorgio, I. Andriola, M. Attrotto, R. Masellis, G. Ursini, G. Todarello, C. Castellana, G. de Simeis, G. Blasi, G. Caforio, W. Sadee, M. Nardini, A. Bertolino

Università di Bari, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", S. Giovanni Rotondo (FG)

La schizofrenia è una condizione patologica altamente ereditabile, come dimostrano studi effettuati su famiglie, gemelli ed adottati. Varianti polimorfiche (SNP) del gene del recettore dopaminergico D3 modulano il signaling dopaminergico e sono state associate al rischio di sviluppare la malattia.
Scopo del presente studio family-based è valutare l'associazione tra la diagnosi di schizofrenia e la trasmissione di alleli di un blocco aplotipico contenente 3 SNP di DRD3 (rs2134655, 226082, 963468) all'interno di nuclei familiari.
59 TRIOS (composti da paziente con diagnosi di schizofrenia e genitori, da paziente, un genitore e almeno un fratello non affetto o da paziente, genitori e uno o più fratelli non affetti) e 5 SIBLINGS (composti da paziente e fratello non affetto), per un totale di 206 soggetti, sono stati arruolati e genotipizzati per i 3 SNP di DRD3.
Il Transmission Disequilibrium Test (TDT), eseguito tramite il software Helixtree, ha dimostrato un trend (p value = 0,06) per una maggiore trasmissione dell'aplotipo ATG, relativo ai 3 SNP rs2134655, 226082 e 963468 di DRD3. Il TDT non ha rilevato alcuna associazione significativa relativa a ciascun SNP, considerato isolatamente. Il valore di "heritability", definita come la proporzione di varianza del tratto attribuibile al marker, è pari a 0,17.
Nonostante l'esiguità del campione, questi risultati suggeriscono che variazioni polimorfiche nell'ambito di DRD3 potrebbero incrementare la suscettibilità alla schizofrenia.

P65. Deficit cognitivi nei pazienti schizofrenici e nei loro fratelli non affetti

R. Romano, M. Colizzi, B. Gelao, P. Taurisano, L. Fazio, A. Porcelli, A. Di Giorgio, G. Caforio, C. Castellana, V. Perilli, M. Mancini, L. Lo Bianco, A. Papazacharias, G. Ursini, M. Lozupone, G. Todarello, I. Andriola, G. Blasi, M. Nardini, A. Bertolino

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

I pazienti affetti da schizofrenia presentano compromissioni in diverse funzioni cognitive, come Working Memory (WM), funzioni esecutive e attenzione. Questi deficit sono stati riscontrati anche nei loro fratelli non affetti, suggerendo che alcuni fattori cognitivi potrebbero essere relati alla suscettibilità genetica della schizofrenia. Allo scopo di valutare se questi deficit hanno una componente ereditaria sono stati reclutatati 61 pazienti affetti da schizofrenia, 57 fratelli non affetti e 70 controlli sani (NC). Tutto il campione è stato sottoposto all'Nback-task per la misurazione della WM, al Continuous Performance Test per l'attenzione, al Wisconsin Card Sorting Test per le funzioni esecutive e al Trail Making Test (A e B) per la flessibilità cognitiva. Per ogni soggetto è stato calcolato lo z score al fine di ottenere un punteggio della capacità cognitiva globale. In linea con la letteratura, il composite score dei fratelli risulta inferiore rispetto agli NC, ma superiore a quello dei pazienti

($p < 0,00001$). Anche per ciò che riguarda i singoli test cognitivi, i fratelli non affetti ottengono delle performance più basse degli NC, ma più alte rispetto ai pazienti ($p < 0,00001$). I nostri risultati confermano la presenza di un peggioramento della performance nei pazienti rispetto agli NC, e una posizione intermedia dei fratelli. Pertanto le disfunzioni cognitive potrebbero considerarsi come potenziale fenotipo intermedio associato alla schizofrenia.

P66. Sindrome metabolica stratificata per età e sesso in pazienti con disturbo bipolare

V. Salvi, F. Bogetto, V. D'Ambrosio, A. Aguglia, G. Maina

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: aumento di peso, dislipidemia e insulino resistenza concorrono a determinare la sindrome metabolica (SM), fattore di rischio per morbilità e mortalità cardiovascolare. Diversi studi hanno evidenziato tassi di SM più elevati in pazienti affetti da disturbo bipolare che nella popolazione generale [1 2]. Mentre nella popolazione generale l'incidenza di sindrome metabolica aumenta con l'età, il profilo di rischio non è chiaro in pazienti con disturbo bipolare.
Scopo dello studio è valutare la prevalenza di SM in pazienti con disturbo bipolare stratificati per sesso ed età, e determinare i correlati della sindrome metabolica in questi pazienti.
Metodi: sono stati reclutati pazienti con disturbo bipolare, suddivisi in base al sesso e all'età. Sono state rilevate le caratteristiche socio-demografiche e cliniche, gli stili di vita, la comorbidità con disturbi cardiovascolari e diabete. La SM è stata diagnosticata in accordo ai criteri modificati NCEP ATP-III [3].
Risultati: la SM è stata valutata in 200 pazienti, con una prevalenza del 26,5%. Le donne avevano un picco di prevalenza nel gruppo di età > 60 anni, mentre gli uomini avevano una prevalenza elevata già nelle fasce 30-39 e 40-49 anni. I pazienti con SM svolgevano meno attività fisica.
Conclusioni: la SM è altamente prevalente in pazienti italiani affetti da disturbo bipolare. I giovani di sesso maschile sono ad alto rischio di sviluppare la SM. Poiché la SM si associa all'assenza di attività fisica, programmi volti alla modificazione degli stili di vita dovrebbero essere implementati al fine di prevenire la SM in questi pazienti.

Bibliografia

[1] Fagiolini A, Frank E, Turkin S, Houck PR, Soreca I, Kupfer DJ. *Metabolic syndrome in patients with bipolar disorder*. J Clin Psychiatry 2008;69:678-9.

[2] Salvi V, Albert U, Chiarle A, Soreca I, Bogetto F, Maina G. *Metabolic syndrome in Italian patients with bipolar disorder*. Gen Hosp Psychiatry 2008;30:318-23.

[3] Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, et al. *American Heart Association; National Heart, Lung, and Blood Institute. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement*. Circulation 2005;112:2735-52.

P67. Sicurezza, tollerabilità e risposta al trattamento con dosi flessibili di paliperidone a rilascio prolungato in soggetti schizofrenici con esacerbazione acuta

A. Schreiner[1], G.M. Badescu[2], V. Jukic[3], A. Siracusano[4], V. Maciulis[5], D. Hoeben[6], M. Schmauss[7]

[1] EMEA Medical Affairs, Janssen-Cilag GmbH, Neuss, Germany; [2] The Neurology and Psychiatry Clinical Hospital, Craiova, Romania; [3] Clinical Hospital Vrapce, Zagreb, Croatia; [4] UO di Psichiatria, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata, Rome, Italy; [5] Republican Vilnius Psychiatric Hospital, Vilnius, Lithuania; [6] EMEA Medical Affairs, Janssen-Cilag EMEA, Beerse, Belgium; [7] Bezirkskrankenhaus Augsburg, Augsburg, Germany

Obiettivi: esaminare tollerabilità, sicurezza e risposta al trattamento di paliperidone ER dosi flessibili in soggetti schizofrenici con esacerbazione acuta.
Metodi: studio internazionale, in aperto, prospettico, di 6 settimane. Le misure di valutazione comprendevano: la percentuale di responder (miglioramento del 30% alla PANSS, dal basale all'endpoint), CGI-S, la variazione del peso corporeo e la segnalazione degli eventi avversi.
Risultati: 294 pazienti sono stati analizzati (53% maschi, età media di 40,3 ± 12,4 anni) e 80% ha completato lo studio. La dose media di paliperidone ER è stata 7,5 ± 2,1 mg/die. Il 66% dei pazienti ha avuto un miglioramento del 30% alla PANSS totale (IC 95%: 61-72%), con una riduzione del punteggio medio totale della PANSS dal basale all'endpoint di 27,5 ± 20,1 (IC 95%: -29,8 - 25,2, $p < 0,0001$) e una rapida insorgenza d'azione (giorno 2). La percentuale di soggetti valutati almeno come marcatamente ammalati in base alla CGI-S si è ridotta dal 74,1 al 19,7%. L'aumento medio di peso corporeo dal basale all'endpoint è stato di 0,6 kg (IC 95%: 0,29-0,98).
Conclusione: questo studio supporta i dati di studi recenti controllati nei quali paliperidone ER a dosi flessibili ha dimostrato di essere sicuro e ben tollerato e associato a una significativa risposta clinica in soggetti schizofrenici con esacerbazione acuta.

P68. Studio con dosi flessibili di paliperidone a rilascio prolungato in soggetti con schizofrenia non acuti e trattati precedentemente con risperidone orale

A. Schreiner[1], B. Millet[2], P. Rocca[3], M. Franco[4], D. Hoeben[5], M. Lahaye[6], M.V. Ivanov[7], M. Kotler[8]

[1] Medical & Scientific Affairs, Janssen-Cilag EMEA, Neuss, Germany; [2] CH Guillaume Régnier, Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie Adulte, Rennes, France; [3] SDCU Psichiatria I AOU S. Giovanni Battista Torino-Molinette, Turin, Italy; [4] Servicio de Psiquiatría, Hospital Provincial Rodríguez Chamorro, Zamora, Spain; [5] Medical & Scientific Affairs, Janssen Pharmaceutica N.V., Beerse, Belgium; [6] Janssen-Cilag Netherlands B.V., Tilburg, Netherlands; [7] St Petersburg Scientific Research Psychoneurological Institute n.a. V.M. Bekhterev of Roszdrav, Department of Biological Therapy of Mentally Diseased Patients, St Petersburg, Russia; [8] Beer Yaakov-Ness Ziona Mental Health Center, Beer Yaakov, Israel

Obiettivo: esaminare tollerabilità, sicurezza e risposta al trattamento di paliperidone ER dosi flessibili in soggetti con schizofrenia non acuti che abbiano cambiato il precedente trattamento a causa di mancata efficacia con risperidone orale.
Metodi: analisi ad interim di uno studio in aperto, internazionale, prospettico di 6 mesi. Valutazioni di efficacia e tollerabilità: PANSS, CGI-S, soddisfazione del paziente nei confronti del trattamento, ESRS e variazione di peso corporeo.
Risultati: 81 soggetti sono stati inclusi e 84% ha completato i 6 mesi dello studio. La dose media modale di paliperidone ER è stata 6 mg/die. Il 64,2% dei soggetti ha avuto un miglioramento della PANSS totale all'endpoint ≥ 20%. Il punteggio medio totale della PANSS si è ridotto significativamente di -11,8 ± 19,6 (IC 95%: -16,1 - -7,5, $p < 0,0001$). La percentuale di soggetti valutata con la CGI-S come lievemente ammalata o meno è aumentata dal 23,4 al 48,2% all'endpoint. All'endpoint Il 67,5% dei soggetti ha valutato la soddisfazione al trattamento come 'buona' o 'molto buona'. I sintomi extrapiramidali valutati con ESRS si sono ridotti significativamente da 2,9 ± 4,3 a 1,5 ± 3,1 ($p < 0,0001$). La variazione media del peso corporeo è stata di 0,96 ± 3,96 kg ($p = 0,066$).
Conclusione: questi dati supportano i recenti risultati di studi randomizzati e controllati: paliperidone ER a dosi flessibili è risultato sicuro, ben tollerato ed efficace nei pazienti precedentemente trattati senza successo con risperidone orale.

P69. Riabilitazione equestre nei disturbi dello spettro schizofrenico: prodromi, esordi e psicosi non cronicizzate

S. Seripa, S. Falavolti, C. Celozzi, D. Sadun

Azienda ASL RMF, Dipartimento di Salute Mentale

Nonostante siano numerose le esperienze indicanti l'efficacia delle Equine-Facilitated Therapy in svariati ambiti della patologia neuropsichiatrica dell'età evolutiva, quasi del tutto assenti sono studi specificatamente inerenti le potenzialità riabilitative nelle patologie schizofreniche. Le particolarità del rapporto umano-equino, soprattutto gli aspetti comunicativi connessi, le necessità di comprensione e dialogo con un altro da sé diverso non solo e non tanto per appartenenza di genere, quanto per diverso approccio ai cospecifici ed all'ambiente in quanto preda (e non predatore come noi umani), rendono possibile definire uno stile di intervento specifico, di tipo meta- cognitivo, ipoteticamente attivo su alcune specifiche aree della disfunzionalità dei pazienti schizofrenici soprattutto in fase d'esordio. Inoltre, il contesto equestre consente di declinare gli interventi riabilitativi anche su ambiti differenti (sportivo, gruppale, occupazionale) tradizionalmente utilizzati nei comuni protocolli riabilitativi dei nostri DSM. Peculiare è anche il fatto che in questo settore sono possibili anche interventi di tipo formativo (groom, mascalcia, selleria) con una continuità originale tra riabilitazione ed inserimento lavorativo.
Lo studio ha coinvolto 6 pazienti afferenti a 2 CSM della ASL RMF, valutati in T0 e Tfin con una batteria testo logica (BPRS, VGF, PANSS ad 8 item, Q-Les-Q, TCQ, Matacognition Questionnaire) e monitorati anche per altri parametri quali accessi in urgenza ai CSM, ricoveri, comparativamente ai 24 mesi antecedenti l'anno di studio. Il protocollo di lavoro è stato standardizzato implementando funzioni tecnico-addestrative e riabilitative in modo da costituire un Format replicabile in altre realtà e contesti. Lo studio è stato finanziato dalla Fondazione CARICIV ed ha ottenuto il supporto e patrocinio della Federazione Italiana Sport Equestri (FISE) con utilizzo dello stesso protocollo nelle attività della sua sezione di riabilitazione equestre.
I dati testologici verranno riportati nel poster.

P70. Sindrome neurolettica maligna atipica

N. Serroni, D. De Berardis, D. Campanella, L. Serroni, A.M. Pizzorno, A. D'Agostino, A. Carano, F.S. Moschetta, A. Serroni

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Teramo

Gli autori in questo lavoro descrivono un caso di sindrome neurolettica atipica o frustra.
Caso clinico: un uomo 24 anni fu ricoverato presso il nostro SPDC presentando un quadro clinico caratterizzato da marcata rigidità muscolare, diaforesi, tremore e disorientamento spazio-temporale, incoerenza e frammentazione del pensiero, difficoltà del linguaggio il tutto in apparentemente assenza di un focus infettivo. Il paziente era sonnolente, disorientato, con buone condizioni generali, rigidità a ruota dentata e perdita del riflesso gabellare, intenso arrossamento del viso, marcata poliuria, tachicardia, lieve rialzo febbrile (t 37,3°). Dopo alcune ore dal ricovero presentava un episodio critico con contrazioni tonico cloniche e sottoposto d'urgen-

za a TAC cerebrale con esito negativo. L'anamnesi era positiva solo per disturbo dello spettro schizofrenico e il dato più evidente era la somministrazione nella giornata precedente di neurolettico depot (Haldol decanoas 150 mg fl 1).
I risultati delle analisi di laboratorio,eseguiti in urgenza, furono i seguenti: 20.900 leucociti (78% neutrofili), VES 46 mm/1h; proteina C-reattiva 16 mg/l, GOT 323 U/l, GPT 68 U/l, LDH 1729 U/l, CK 29.600 U/l, CK-MB 23 U/l, mioglobinemia 2280 U/L, funzionalità renale, ormoni tiroidei, studio di coagulazione, analisi delle urine, risultarono nella norma. L'emogasanalisi mostrò una parziale insufficienza respiratoria con alcalosi respiratoria.
Sospettando una sindrome neurolettica maligna (NMS), vennero sospesi tutti i farmaci psichiatrici e il paziente fu trasferito presso il reparto di anestesia e rianimazione.
Durante la degenza presso questo reparto fu eseguita l'intubazione orotracheale con ventilazione meccanica e fu sottoposto a intensa perfusione di liquidi e somministrazione endovenosa giornaliera di urato-ossidasi [1 flacone al giorno (1000 U) e di carnitina cloridrato (3 g/die)] e dantrolene alla dose di 1 mg/kg, valutando il livello di CPK, fino a raggiungere i 10 mg/kg. È da segnalare che durante il ricovero in rianimazione il paziente è stato sempre apiretico.
Successivamente, il decorso fu favorevole con scomparsa dei sintomi neurologici e risoluzione dei sintomi clinici. In dimissione, dopo 9 giorni di ricovero venne prescritta solo terapia con clonazepam, in attesa di eventuale nuova terapia neurolettica.
Commento: la sindrome neurolettica maligna è una condizione pericolosa per la vita del paziente associata al trattamento con farmaci neurolettici.Requisiti minimi per una appropriata diagnosi di NMS sono la presenza di una serie di segni, che dovrebbe includere almeno la triade ipertemia, rigidità ed aumentata concentrazione serica della creatin-fosfochinasi, associata al trattamento con neurolettici. La presenza dei seguenti sintomi (oltre quelli della suddetta triade): coscienza alterata, segni di alterata funzionalità autonomica (es. variazioni pressorie o ipertensione, tachicardia e sudorazione), leucocitosi, polinucleosi, aumento degli enzimi epatici, supporta ulteriormente la diagnosi. Nel caso in esame la febbricola (non oltre i 37,3°), la tachicardia,la rigidità e i disturbi della coscienza hanno avuto una durata di poco superiore alle 24 ore mentre i valori ematochimici della CPK, mioglobina, LDH,Transaminasi sono aumentati progressivamente sino alla IV giornata dopo la somministrazione del NL depot per poi scendere progressivamente e normalizzarsi a distanza di una settimana. La mancanza di uno dei criteri principali quale l'ipertemia prolungata e l'evoluzione positiva di molti dei sintomi nelle 24 ore pone in dubbio la diagnosi di NMS e sembra più corretto prendere in considerazione che nel nostro caso trattasi di una forma frusta o atipica (ANMS).

P71. Applicazione dell'elettroencefalogramma nello studio delle disfunzioni cognitive nella schizofrenia

M. Sigaudo, T. Mongini, A. Pollo, E. Carlino, S. Vighetti, F. Benedetti, P. Rocca, F. Bogetto

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Secondo le teorie patofisiologiche attuali, i deficit cognitivi, riscontrati nei pazienti affetti da schizofrenia, sono dovuti ad una situazione di alterata connettività fra diverse aree cerebrali. Queste teorie fanno capo alla cosiddetta "ipotesi della disconnessione" secondo cui il nucleo patologico fondamentale della schizofrenia è un controllo alterato della plasticità sinaptica, che si manifesta in un'integrazione funzionale anomala tra diversi sistemi neuronali (disconnettività). Il nostro studio si propone di indagare la connettività attraverso l'analisi di tracciati EEG registrati in pazienti affetti da schizofrenia ed in soggetti sani.
Metodi: abbiamo effettuato una registrazione elettroencefalografica ad alta risoluzione in 13 pazienti affetti da schizofrenia in fase stabile di malattia (DSM-IV-TR), afferenti presso l'SCDU Psichiatria 1-AOU San Giovanni Battista di Torino e in 14 soggetti sani. Tutti i pazienti erano in trattamento con antipsicotici di seconda generazione. L'EEG è stato registrato durante due condizioni basali (occhi chiusi ed occhi aperti) e durante l'esecuzione di un test cognitivo. I tracciati sono stati poi analizzati con metodiche di analisi lineare e non lineare.
Risultati: entrambe le metodiche di analisi hanno evidenziato differenze statisticamente significative tra i pazienti con schizofrenia ed i soggetti sani nel paragone tra le condizioni basali ed il compito cognitivo. Inoltre, il pattern di connessione cerebrale, indagato tramite la Mutual Information (MI) è risultato differente tra i due gruppi: i pazienti mostrano, infatti, un minor grado di connettività tra le diverse aree rispetto ai controlli.
Conclusione: i nostri risultati preliminari suggeriscono che l'analisi non lineare dei tracciati elettroencefalografici può costituire un valido strumento per studiare le alterazioni della connettività presenti nei soggetti affetti da schizofrenia e per esplorare i meccanismi fisiopatologici del disturbo.

Bibliografia

Breakspear M. *The nonlinear theory of schizophrenia*. Aust N Z J Psychiatry 2006;40:20-35.

Friston KJ. *The disconnection hypothesis*. Schizophr Res 1998;30:115-25.

P72. Remissione a lungo termine nella schizofrenia e nel disturbo schizoaffettivo: risultati dello studio di prevenzione delle recidive con risperidone iniettabile a rilascio prolungato verso quetiapina

E. Smeraldi[1], R. Cavallaro[2], V. Folnegovic Smalc[3], L. Bidzan[4], M. Emin Ceylan[5], A. Schreiner[6], A. Lex[7]

[1] Department of Clinical Neurosciences, San Raffaele University Scientific Institute, Vita Salute San Raffaele University, Milan, Italy; [2] University Department of Psychiatry, Psychiatric Hospital Vrapče, Zagreb, Croatia; [3] Psychiatry Department Medical University Gdańsk, Poland; [4] Bakirköy State Neuropsychiatry Hospital, 4th Psychiatry Clinic, Istanbul, Turkey; [5] Janssen-Cilag Medical Affairs EMEA, Neuss, Germany

Obiettivi: mostrare i dati di remissione a lungo termine dello studio di confronto di prevenzione delle recidive (ConstaTRE) condotto in pazienti stabili trattati con RRP o con quetiapina.
Metodi: soggetti clinicamente stabili con schizofrenia o con disturbo schizoaffettivo, trattati precedentemente con risperidone, olanzapina o antipsicotici convenzionali orali e che necessitavano di un cambiamento di terapia, sono stati randomizzati a RRP (25, 37,5 o 50 mg ogni 2 settimane) o a quetiapina (dose iniziale 300-400 mg/die) e trattati per 24 mesi con valutazioni di efficacia e di tollerabilità. I criteri di remissione sono stati definiti come il raggiungimento ed il mantenimento di sintomi lievi o inferiori per almeno 6 mesi (Andreasen et al., 2005).
Risultati: sono stati inclusi nell'analisi di efficacia 327 pazienti randomizzati a RRP e 326 a quetiapina. Hanno presentato recidiva 54 pazienti trattati con RRP (16,5%) e 102 con quetiapina (31,3%) ($p < 0,001$). Il 51% dei pazienti trattati con RRP ed il 39% di quelli con quetiapina ha raggiunto la remissione completa ($p = 0,003$) che si è mantenuta fino alla fine del trattamento nel 44% dei soggetti con RRPe nel 31% con quetiapina. La tollerabilità è stata simile fra i 2 gruppi.
Conclusione: nei soggetti stabili affetti da schizofrenia o da disturbo schizoaffettivo è più probabile che si verifichi la remissione in coloro che passano all'utilizzo di RLAI piuttosto che a quetiapina.

P73. Valutazione dell'intelligenza premorbosa in persone con disturbo schizofrenico: uno studio controllato

P. Stratta, I. Riccardi[*], P. Bucci[**], A. Mucci[**], A. Rossi[*]

Dipartimento di Salute Mentale, L'Aquila; [*] Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università dell'Aquila e Dipartimento di Neuroscienze 'Villa Serena' (PE); [**] Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Introduzione: il Test di Intelligenza Breve (TIB) misura il quoziente intellettivo attuale nei soggetti normali ed il quoziente intellettivo premorboso in persone con deficit cognitivo sia di origine neurologica (es. esiti di trauma cranico, demenza) che psichiatrica, in particolare il disturbo schizofrenico. I deficit di queste condizioni non sembrano infatti pregiudicare alcuni aspetti dell'intelligenza, in particolare quelli correlati all'abilità di lettura, in quanto capacità altamente praticata e consolidata. Pertanto, il vocabolario residuo di queste persone sarebbe un indicatore del funzionamento mentale premorboso.
Scopo dello studio è verificare l'efficacia del TIB nel rilevamento del QI premorboso, in persone con disturbo schizofrenico attraverso il confronto con un gruppo di controllo.
Materiali e metodi: il TIB è stato somministrato ad un campione di 107 persone con disturbo schizofrenico ed 87 soggetti normali. Il funzionamento cognitivo attuale è stato valutato con la Weschler Adult Intelligence Scale (WAIS).
Risultati: si evidenziano differenze significative fra i due campioni di studio sia nelle valutazioni TIB che WAIS. Non si apprezzano invece differenze tra gli indici TIB e WAIS nel gruppo di controllo, al contrario che nel campione clinico in cui i punteggi TIB sono significativamente superiori a quelli WAIS.
Conclusioni: il TIB è un possibile indicatore di intelligenza premorbosa delle persone con disturbo schizofrenico. I risultati sono coerenti con le attese e con quanto riportato in letteratura.
La presenza di differenze significative fra il TIB del gruppo di controllo e del campione clinico indica che le abilità di lettura e di vocabolario siano già deficitarie prima dell'esordio del disturbo.

P74. Teoria della Mente e metacognizione nella schizofrenia

P. Stratta, E. Daneluzzo[*], I. Riccardi[**], A. Rossi[*]

Dipartimento di Salute Mentale, L'Aquila; [*] Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila e Dipartimento di Neuroscienze 'Villa Serena' (PE); [**] Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università de L'Aquila

Introduzione: le abilità della Teoria della Mente (ToM) sembrano formare una gerarchia di stati mentali all'interno dello stesso costrutto. Se così fosse, una capacità di comprensione di intenzionalità superiore non potrebbe essere possibile in caso di fallimento di una capacità di comprensione inferiore.
Materiali e metodi: abbiamo esaminato 50 persone con schizofrenia utilizzando compiti di ToM di primo e secondo ordine e metacognizione. Risultati. Inaspettatamente abbiamo osservato un 13% dei soggetti con una scarsa performance al compito di ToM di I e corretta a quello di II ordine respingendo l'ipotesi di una gerarchia tra le abilità di ToM. Ulteriore analisi dei dati ha permesso di rilevare una associazione tra prestazioni ToM ed accuratezza e monitoraggio metacognitivo.
Conclusioni: una modificazione del livello di attivazione

o di attenzione in presenza di interazioni sociali, caratteristiche intrinseche dei compiti ToM di secondo ordine, potrebbe favorire un rimedio di una disfunzionale allocazione di capacità cognitive. In tal caso più che stati mentali gerarchicamente ordinati, l'intenzionalità di primo e secondo ordine potrebbero rappresentare costrutti differenti. Il paradigma della ToM può essere utile nella comprensione della dissociazione di abilità metacognitive, suggerendo l'esistenza di una rete interconnessa di diversi costrutti come risposta alla pressione evolutiva adattiva verso adeguate comprensione e gestione della complessità sociale.

P75. "Decision making" e "jumping to conclusion"in un campione di soggetti con sintomi psicotici

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

*Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università de L'Aquila; * Dipartimento di Salute Mentale, ASL 04 - L'Aquila; ** Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila*

Introduzione: obiettivo del presente studio è valutare la capacità di decision making, intesa come capacità decisionale ed abilità nel modulare la percezione della ricompensa e della punizione al fine di effettuare scelte vantaggiose e la tendenza al "jumping to conclusion", intesa come tendenza a prendere decisioni prematuramente, misurati rispettivamente con l'Iowa Gambling Task (IGT) ed il Beads Test in un campione di soggetti con sintomi psicotici.
Materiali e metodi: lo studio è stato condotto su 15 soggetti con diagnosi DSM-IV di schizofrenia, disturbo schizoaffettivo e disturbo delirante, afferenti consecutivamente ad una struttura assistenziale.
Un campione di controllo di 15 soggetti è stato reclutato dalla popolazione generale.
Risultati: il campione clinico e quello di controllo differiscono significativamente nella loro performance all'IGT ($t = ,783$; $p < ,001$), in quanto il primo opera scelte meno vantaggiose ottenendo punteggi più bassi, ed al Beads Test ($t = 2,68$; $p < ,001$) in quanto il primo tende a prendere decisioni prematuramente.
Conclusioni: i nostri risultati evidenziano un deficit della capacità di decision making in soggetti con sintomi psicotici attivi e supportano l'ipotesi che tali soggetti tendono a richiedere meno informazioni prima di prendere una decisione.

Bibliografia

Bechara A, Damasio AR, Damasio H, Anderson SW. *Insensivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex*. Cognition 1994;50:7-15.

Van Dael F, Versmissen D, Janssen I, Myin-Germeys I, van Os J, Krabbendam L. *Data gathering: biased in psychosis?* Schizophrenia Bullettin 2006;32:341-51.

GIOVEDÍ 18 FEBBRAIO 2010 — ORE 13,50-15,50
SALA: POSTERS SESSION

SECONDO GRUPPO

Disturbo Depressivo – Disturbi d'Ansia – Disturbo Ossessivo Compulsivo – Disturbi della Condotta Alimentare – Alessitimia – Psicopatologia legata a Stress – Psicosomatica – Disturbi Somatoformi – Psichiatria e Medicina Generale

P76. Duloxetina *vs.* citalopram nei pazienti depressi con parziale/assente risposta agli antidepressivi: uno studio randomizzato, in singolo cieco, placebo-controllato

A. Albano, M. Buoli, S. Bortolussi, F. Colombo, L. Oldani, B. Dell'Osso, A.C. Altamura

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

Introduzione: circa il 12-34% dei pazienti con episodio depressivo maggiore (EDM) in trattamento con antidepressivi standard mostra una risposta parziale [1] (definita come riduzione dei punteggi totali alla Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) compresa tra il 25 e il 50%) o assente (riduzione inferiore al 25%) [2]. Il presente studio ha lo scopo di valutare l'efficacia dell'augmentation con duloxetina (60 mg/die) o con citalopram e.v. (20mg/die) *vs.* placebo, in un campione di pazienti con risposta parziale o assente agli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), o agli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina e noradrenalina (SNRI).
Metodi: sono stati selezionati 30 pazienti con diagnosi di EDM e con parziale/assente risposta agli SSRI o SNRI,

assegnati casualmente all'augmentation con duloxetina (n = 10), citalopram (n = 10) o placebo (n = 10) per 5 giorni, durante i quali hanno mantenuto il loro abituale trattamento con SSRI o SNRI. Le variabili demografiche e cliniche sono state analizzate usando i test per le variabili dicotomiche o quello per le variabili continue one-way ANOVA.
Risultati: tutti i pazienti hanno completato lo studio mostrando una buona tollerabilità. Si è osservato un miglioramento significativo dei punteggi totali della Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) a favore della duloxetina (effetto trattamento: F = 4,86, p = 0,016), rispetto al citalopram (Bonferroni: p = 0,05) e al placebo (Bonferroni: p = 0,05).
Conclusioni: l'augmentation con duloxetina ha dimostrato una maggiore efficacia rispetto al citalopram e.v. e al placebo, e potrebbe essere utile in pazienti depressi con risposta parziale o assente agli SSRI /SNRI. Sono necessari studi futuri su un campione più ampio per confermare tali risultati.

Bibliografia

[1] Fava M, Davidson KG. *Definition and epidemiology of treatment-resistant depression*. Psychiatr Clin North 1996;19:179-200.

[2] Altamura AC, Dell'Osso B, Buoli M, Bosi M, Mundo E. *Short-term intravenous citalopram augmentation in partial/nonresponders with major depression: a randomized placebo-controlled study*. Int Clin Psychopharmacol 2008;23:198-202.

P77. L'impatto degli episodi depressivi brevi sull'outcome dei disturbi dell'umore: un anno di follow-up

A. Albano, M. Buoli, S. Bortolussi, F. Colombo, L. Oldani, B. Dell'Osso, A.C. Altamura

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

Introduzione: la depressione breve ricorrente (DBR) è un disturbo caratterizzato da episodi depressivi brevi [EDB] (presenza di almeno 5 sintomi depressivi tra quelli indicati nei criteri del DSM-IV per l'episodio depressivo maggiore [EDM]), che si verificano una volta al mese nell'arco dell'anno, di durata inferiore alle due settimane. In questo studio è stata analizzata la ricorrenza degli episodi depressivi brevi e la loro relazione con il disfunzionamento socio-lavorativo, in pazienti con diagnosi di disturbo depressivo maggiore (DDM) o disturbo bipolare (DB).
Metodi: lo studio include un campione di 70 pazienti (13 maschi e 57 femmine) con diagnosi di DDM (n = 47) o DB (n = 23), in accordo con i criteri del DSM-IV. Nell'anno di follow-up i pazienti sono stati valutati mensilmente per la presenza di EDB, abuso di sostanze/alcol, ideazione e comportamento suicidario, attraverso la somministrazione della Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) e la scala sulla qualità di vita (SF-36). È stata usata la regressione logistica per esaminare l'influenza degli EDB sull'outcome dei disturbi dell'umore.
Risultati: il campione è apparso omogeneo in termini di variabili cliniche e demografiche. La regressione logistica ha mostrato come la presenza di EDB fosse un fattore predittivo dell'incidenza di EDM nell'anno di follow-up (p = 0,007).
Conclusioni: secondo i risultati di questo studio preliminare, la presenza di EDB potrebbe peggiorare l'outcome nei pazienti affetti da disturbi dell'umore, costituendo un fattore prognostico negativo.

Bibliografia

Angst J, Gamma A, Pezawas L, Ajdacic-Gross V, Eich D, Rössler W, et al. *Parsing the clinical phenotype of depression: the need to integrate brief depressive episodes*. Acta Psychiatr Scand 2007;115:221-8.

Carta MG, Altamura AC, Hardoy MC, Pinna F, Medda S, Dell'Osso L, et al. *Is recurrent brief depression an expression of mood spectrum disorders in young people? Results of a large community sample*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2003;253:149-53.

P78. Terapia integrata nel trattamento della fobia sociale mediante gruppi cognitivo-comportamentali

A.C. Altamura, P. Spicuglia, V. Losmargiasso, M. Zinni, A. Oliva, G. Tacchini, A. Bielli

Clinica Psichiatrica, Università di Milano, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

La fobia sociale è un disturbo molto frequente la cui prevalenza oscilla tra il 3 e il 13% a seconda della situazione sociale specifica esaminata e della popolazione indagata. Tale disturbo comporta un elevato costo sanitario a causa del conseguente ridotto funzionamento socio-lavorativo. Le situazioni sociali o prestazionali temute sono evitate o sopportate con intensa ansia. L'evitamento, l'ansia anticipatoria ed il disagio interferiscono notevolmente sul funzionamento sociale e lavorativo del soggetto. La sintomatologia primaria (sintomi ansiosi) e quella secondaria (sintomi depressivi) hanno una grave ricaduta sulla qualità di vita del paziente (Andrews 2003). In letteratura (Clark e Wells 1995; Rapee e Heimberg 1997) i fattori cognitivi sono considerati particolarmente importanti nella genesi e nel mantenimento della fobia sociale. Nel nostro centro abbiamo effettuato un trattamento integrato per il disturbo della fobia sociale. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a terapia farmacologica per la gestione della sintomatologia depressiva e inseriti in un gruppo cognitivo-comportamentale finalizzato alla gestione dell'ansia e alla ristrutturazione cognitiva (protocollo di G. Andrews).

Metodi: i pazienti reclutati per lo studio sono valutati all'inizio e nel tempo sino a 6 mesi dalla fine del trattamento. La valutazione è avvenuta attraverso colloqui clinici e la somministrazione di una batteria testale (HAM-A, HAM-D, BSPS, DISS, Assertivity Scale, SF36 Health Survey).
Conclusioni: dai dati emerge un miglioramento della percezione soggettiva e della salute e una buona diminuzione dei punteggi alle scale somministrate nei 2/3 dei pazienti.

P79. Le consulenze psichiatriche in oncologia ed ematologia. Indagine sugli aspetti di collegamento, gestione dei bisogni e interventi clinici effettuati

C. Barbagallo, S. Zuanon, E. Mattiussi, P. Perozzi, M. Balestrieri

Clinica di Psichiatria, AOUD Santa Maria della Misericordia, Udine

Negli ultimi anni le consulenze effettuate dalla Clinica psichiatrica di Udine nei reparti di Oncologia e Ematologia dell'Azienda ospedaliero-universitaria sono state numerose, in linea con i dati riportati in letteratura [1].
Alcune similitudini inerenti alle caratteristiche cliniche delle patologie trattate e alle dinamiche relazionali hanno indirizzato il nostro interesse verso le consulenze effettuate in tali sedi.
Per l'analisi è stata predisposta una scheda per rilevare i dati clinici e i bisogni riscontrabili nel paziente, nel suo contesto e nei reparti.
Tra i dati considerati (l'indagine ha riguardato il 2009), accanto a quelli clinico-anamnestici, vi sono:

- principale motivazione della richiesta;
- bisogni maggiori riscontrati nel paziente, nel reparto e in altri soggetti coinvolti;
- tipologia di intervento psichiatrico programmato.

Lo studio vuole approfondire alcuni aspetti del collegamento tra clinica e tali reparti, come la prevalenza di richieste di consulenza psichiatrica che sottendono a problemi reattivi-situazionali e del personale, direttamente legati a difficoltà nella gestione di pazienti particolarmente complessi.
L'analisi del lavoro porta a varie considerazioni atte a perfezionare la procedura delle richieste di consulenze, individuando i problemi-bisogni,specie nel caso di utenze così complesse.

Bibliografia

[1] Gala C, Rigatelli M, De Bertolini C, Ruolo G, Gabrielli F, Grassi L. *A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry in Italy*. Gen Hosp Psychiatry 1999;21:310-7.

P80. Secondi messaggeri nel disturbo ossessivo-compulsivo

S. Baroni, M. Picchetti, G. Consoli, F. Golia, M. Catena Dell'Osso, G. Giannaccini, D. Marazziti

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

Introduzione: l'ipotesi patogenetica più accredita dell'eziopatogenesi del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) si basa su alterazioni del sistema serotoninergico, tuttavia anche altri neurotrasmettitori, in particolare la noradrenalina, la dopamina e i secondi messaggeri potrebbero essere coinvolti; le informazioni disponibili sono comunque ancora molto scarse.
Con la nostra ricerca ci siamo proposti di valutare l'attività dell'adenilato ciclasi (AC) sia basale che dopo stimolazione con isoprenalina (ISO), una catecolamina sintetica che ha proprietà di agonista sui recettori β_1-/β_2-adrenergici, in presenza e in assenza di α- e β- antagonisti, nelle membrane piastriniche di soggetti affetti da DOC e in soggetti sani di controllo.
Metodi: sono stati inseriti nello studio 20 pazienti affetti da DOC, diagnosticati secondo i criteri del DSM-IV, e 20 soggetti sani di controllo; la gravità della sintomatologia è stata valutata mediante la Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS).
Risultati: i risultati hanno evidenziato che l'attività dell'AC sia basale che dopo stimolazione con isoprenalina, e la curva dose-risposta della ISO in presenza di concentrazioni dell'agonista comprese tra 0,1 nM e 10 μM, non presentavano differenze nei due gruppi. Tuttavia nei pazienti affetti da DOC i valori di EC_{50} e quelli di Emax erano rispettivamente più bassi e più alti rispetto ai soggetti di controllo.
Conclusioni: questi dati suggeriscono una maggiore sensibilità dei recettori piastrinici β-adrenergici nei pazienti con DOC che potrebbe riflettere (o determinare) un'alterazione dei sistemi dei segnali intracellulari mediati dall'AMP_c e relative chinasi. In conclusione, nel DOC le alterazioni dei secondi messaggeri potrebbero essere correlate con quelle dei sistemi catecolaminergici e ciò potrebbe portare a nuove strategie terapeutiche soprattutto nei pazienti resistenti, che non rispondono ai farmaci serotoninergici.

Bibliografia

Westenberg HG, Fineberg NA, Denys D. *Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: serotonin and beyond*. CNS Spectr 2007;2:14-27.

Marazziti D, Baroni S, Masala I. *Platelet alpha2-adrenoreceptors in obsessive-compulsive disorder*. Neuropsychobiology 2004;49:81-3.

Marazziti D, Perez J, Cassano GB. *Is obsessive-compulsive disorder caused by a second- messenger imbalance?* CNS Spectr 2001;6:206-9.

P81. Caratteristiche socio-demografiche e cliniche di un campione di pazienti affetti da depressione resistente al trattamento psicofarmacologico

B. Berti, F. Luchini, N. Bartolommei, A. Litta, V. Lombardi, S. Elmi, F. Casamassima, L. Lattanzi, G.B. Cassano

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

Introduzione: una sindrome depressiva che non risponde ad un trattamento adeguato per dose e durata viene definita "resistente". Riportiamo i dati preliminari relativi alle caratteristiche clinico-demografiche di un gruppo di pazienti con depressione resistente, unipolare e bipolare, ricoverati presso la Clinica Psichiatrica di Pisa nell'arco di 12 mesi.
Metodi: il campione attuale è composto dai primi 46 pazienti (15 unipolari e 31 bipolari) degli 80 che saranno reclutati secondo il protocollo del nostro studio.
Risultati: il campione è costituito prevalentemente da soggetti di sesso femminile, coniugati, non occupati, con livello d'istruzione medio e resistenza di stadio III al trattamento antidepressivo (secondo i criteri di Thase e Rush); in un'alta percentuale di casi si riscontra familiarità positiva per disturbi psichiatrici. Tra le caratteristiche cliniche principali, i soggetti inclusi nello studio riportano sempre un esordio depressivo, frequentemente sintomi melanconici, elevata incidenza di comorbidità d'ansia e durata protratta dell'episodio depressivo indice. La prevalenza di comportamenti anticonservativi in anamnesi è maggiore tra i pazienti affetti da disturbo bipolare.
Conclusioni: le caratteristiche del nostro campione di depressi resistenti risultano sovrapponibili a quelle riportate in letteratura. Il presente studio contribuisce a definire meglio la resistenza agli antidepressivi confrontando al riguardo il disturbo bipolare con la depressione unipolare.

Bibliografia

Thase ME, Rush AJ. *When at first you don't succeed: sequential strategies for antidepressant non responders*. J Clin Psychiatry 1997;58:23-9.

Kornstein SG, Schneider RK. *Clinical features of treatment-resistant depression*. J Clin Psychiatry 2001;62:18-25.

Souery D, Papakostas GI, Trivedi MH. *Treatment-resistant depression*. J Clin Psychiatry 2006;67:16-22.

P82. Funzioni cognitive nella bulimia nervosa: ruolo di variabili neuroendocrine, cliniche e di personalità

P. Bucci, A. Mucci, L. Bellodi[*], G.B. Cassano[**], P. Santonastaso[***], S. Erzegovesi[*], A. Favaro[***], M. Mauri[**], P. Monteleone, S. Galderisi, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN; [*] Dipartimento di Scienze Psichiatriche, Università Vita-Salute, Istituto Scientifico S. Raffaele di Milano; [**] Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; [***] Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Studi neuropsicologici condotti in soggetti con disturbi del comportamento alimentare (DCA) hanno riportato pattern eterogenei di compromissione cognitiva e, in alcuni studi, nessuna disfunzione.
Nel presente lavoro, in un gruppo di 83 pazienti con Bulimia Nervosa (BN) non in trattamento ed uno di 77 Controlli Sani (CS), sono stati valutati i seguenti domini neuropsicologici: attenzione, funzioni esecutive e apprendimento sia incidentale che associativo. Inoltre, sono stati misurati i livelli plasmatici di cortisolo e 17β-estradiolo e sono stati somministrati il Cloninger's Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R), la Eating Disorder Inventory-2 e la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale.
Non è stata riscontrata alcuna compromissione delle funzioni cognitive nelle pazienti con BN rispetto ai CS. I livelli plasmatici di cortisolo e l'item "autodirezionalità" del TCI-R sono risultati associati ad un migliore apprendimento associativo, mentre il 17β-estradiolo ha mostrato un'influenza negativa su tale dominio cognitivo; l'item "dipendenza dalla ricompensa" del TCI-R è risultato associato ad un peggiore apprendimento incidentale; la sintomatologia depressiva ha mostrato un'influenza negativa sulla prestazione al Wisconsin Card Sorting Test.
I nostri risultati hanno evidenziato un'assenza di compromissione dei domini neuropsicologici indagati nelle pazienti con BN. L'influenza di variabili neuroendocrine, cliniche e di personalità potrebbe spiegare le discrepanze nei profili neurocognitivi descritti in questa popolazione di pazienti.

P83. Impiego della DESI nell'identificazione precoce delle manifestazioni depressive in gravidanza: dati preliminari

F. Caglioti, M. Sirianni, P. De Fazio, C. Segura Garcia, A. Iuliano[*], R. Noia[*], F. Zullo[*]

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scuola di Specializzazione in Psichiatria e [*] Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia, Università "Magna Grecia" di Catanzaro

Il presente studio è collegato al Progetto MIUR 2004-2006, art. 23 - Internazionalizzazione, finanziato con

grant n. IIO4CE4398, "La stadiazione della depressione maggiore" e coordinato dal prof. A. Amati.
Introduzione: la depressione in gravidanza risulta più frequente e meno documentata della depressione postpartum, nonostante rappresenti un fattore di rischio nei confronti di quest'ultima. Obiettivo del presente studio è identificare e quantificare eventuali manifestazioni depressive nel corso della gravidanza, mediante l'impiego di DESI (Depression Early Staging Inventory, A. Amati 1996-2004), un nuovo strumento di valutazione, che viene comparato a strumenti di consolidata applicazione.
Metodi: depressione e ansia sono state valutate in 60 primipare (età m = 30 ± 5 anni) reclutate consecutivamente presso l'UO di Ginecologia e Ostetricia dell'Università "Magna Graecia" di Catanzaro mediante somministrazione di DESI, HDRS, BDI, EPDS e STAI-Y1. I dati vengono presentati con statistica descrittiva, studio delle correlazioni di Spearman, alpha di Cronbach, analisi fattoriale.
Risultati: DESI e BDI sono risultati più sensibili rispetto agli altri strumenti di riferimento nel rilevare la variabilità clinica di manifestazioni depressive nel corso dei trimestri di gravidanza e nell'individuare correlazioni tra sintomi depressivi e fattori di rischio. Nell'ultimo trimestre sono stati anche riscontrati sintomi cognitivi ed alterazioni relazionali L'età del campione correla positivamente con l'ansia e negativamente con la depressione. Il maggior rischio per lo sviluppo di sintomi depressivi si addensa nelle età estreme. La reliability del DESI, valutata mediante alpha di Cronbach, è risultata 0,89. All'analisi fattoriale sono stati estratti 10 fattori che spiegano il 76,24% della varianza.
Conclusioni: si conferma l'elevata affidabilità di DESI, che si è dimostrato in grado di rilevare la presenza di sintomi depressivi in gravidanza e di documentarne le variazioni. Nei limiti del campione, lo strumento, è risultato superiore alle altre scale nel rilevare sintomi sottosoglia e le correlazioni in presenza di fattori di rischio.

Bibliografia

Reulbach U, Bleich S, Knörr J, Burger P, Fasching PA, Kornhuber J, Beckmann MW, Goecke TW. *Pre-, Peri- and Postpartal Depression.* Fortschr Neurol Psychiatr 2009;77:708-13.

Freeman MP. *Managing depression during pregnancy.* J Clin Psychiatry 2009;70:e25-182.

Marchesi C, Bertoni S, Maggini C. *Major and minor depression in pregnancy.* Obstet Gynecol 2009;113:1292-8.

P84. Profilo psicopatologico di un gruppo di pazienti obesi sottoposti a R.Y. Gastric-Bypass e S.A. Gastric-Banding

A. Calderone, A. Armani, A. Romano, P.F. Calabrò, S. Augusto, M. Mauri

Dipartimento di Psichiatria NFB, Università di Pisa

Obiettivi: valutare l'effetto del profilo psicopatologico nella riduzione del BMI a 6, 12, 24 mesi dopo chirurgia bariatrica in un campione di pazienti gravemente obesi.
Metodi: 259 pazienti sono stati valutati usando la Structured Diagnostic Interview for Mental Disorders for axis I-II (SCID I-II) e le versioni self-report delle interviste cliniche strutturate per gli spettri dei disturbi di panico (SCI-PAS), dell'umore (SCI-MOODS), dell'alimentazione (SCI-ABS), ossessivo-compulsivo (SCI-OBS), social-fobico (SCI-SHY). 157 pazienti sono stati candidati al Swedish-Adjustable Gastric-Banding (SAGB) e 102 al Roux-en-Y Gastric-Bypass (RYGBP).
Risultati: il 34,7% del campione ha incontrato i criteri per almeno un disturbo lifetime di asse I: depressione (19,3%), panico (8,9%), fobia sociale (5,4%), Binge-Eating (9,7%). I disturbi di personalità prevalenti sono stati: l'ossessivo-compulsivo (15,8%) e l'evitante (6,2%).
I candidati a RYGBP hanno mostrato punteggi significativamente più alti nella sintomatologia di spettro rispetto ai candidati al SAGB. Malgrado un peggiore profilo psicopatologico, i pazienti RYGBP hanno raggiunto una maggiore diminuzione del BMI in confronto ai pazienti SAGB.
Nei pazienti SAGB, a 6 mesi, le variabili predittrici negative erano il dominio "ritmicità" nello SCI-MOODS (β = -0,192) e "paura di perdere il controllo" nello SCI-PAS (β = -0,208). A 12 mesi, i predittori negativi erano il dominio "paura di perdere il controllo" nello SCI-PAS (β = -0,394), "fobie specifiche" nello SCI-SHY (β = -0,308) e "ipercontrollo" (β = -0,394) nello SCI-OBS. L'unico predittore positivo era il dominio "ripetitività" nello SCI-OBS a 24 mesi (β = 0,224).
Conclusioni: alcuni domini sono predittori negativi della perdita di peso nei candidati al SAGB; l'unico predittore positivo è il dominio "ripetitività" nello Spettro Ossessivo-Compulsivo. Noi ipotizziamo che i sintomi di spettro possano influire sul risultato della chirurgia bariatrica nel SAGB ma non nel RYGBP.

Bibliografia

Goossens L, Braet C, Van Vlierberghe L, Mels S. *Loss of control over eating in overweight youngsters: The role of anxiety, depression and emotional eating*. Eur Eat Disord Rev 2008.

Lykouras L. *Psychological profile of obese patients*. Digestive Dis 2008;26:36-9.

P85. L'alessitimia nello spettro panico: considerazioni psicopatologiche su dati preliminari di uno studio sperimentale

A. Carano[*,**], S. Nassini[**], V. Matera[**], D. De Berardis[*], E. Totaro[*], C. Silvestrini[*], M. Farano[*], R.M. Salerno[*], F.M. Ferro[*]

[*] *Istituto di Psichiatria, Università di Chieti;* [**] *Dipartimento di Salute Mentale di Civitanova Marche*

Introduzione: le persone con disturbo di panico (DP) hanno l'inclinazione a focalizzare l'attenzione sul-

la componente somatica dell'emozione che spesso in quanto tale è misconosciuta o inespressa. Alcuni autori hanno, pertanto, supposto una forte associazione tra disturbi appartenenti allo spettro panico e costrutto alessitimico (Andrew 2003).
Nonostante le posizioni circa l'origine primaria o secondaria dell'alessitimia rispetto al DP siano ancora contrastanti, il rilievo di tratti alessitimici potrebbe rendere più articolato il trattamento dei soggetti con DP. La *Practice Guideline for the treatment of Patients with Panic Disorder* dell'APA (1998) identifica la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e la farmacoterapia come efficaci nel DP. Scopo del presente lavoro è valutare le possibili correlazioni ed influenze tra le dimensioni alessitimiche e le caratteristiche legate alla psicopatologia dello spettro panico rilevati prima e dopo trattamento farmacologico e psicoterapeutico.
Materiali e metodi: abbiamo inserito nello studio soggetti affetti da DP con e senza agorafobia, diagnosticati secondo i criteri del DSM-IV (APA 1994), afferenti presso l'ambulatorio dedicato ai disturbi dell'umore dell'Ospedale Civile di Civitanova Marche nel corso degli ultimi due anni, e un gruppo di controllo composto da soggetti sani. Tutti i partecipanti sono stati valutati con la seguente batteria di test autocompilati, di scale di valutazione e di interviste semistrutturate all'inizio (T0) e alla fine del trattamento della durata media di sei mesi (T1): STAI Y1 e Y2, SCL-90, BPRS versione 4.0, MSPS, SF-36, DISS e TAS. La TAS è suddivisa in tre fattori: Fattore 1) "difficoltà a identificare le emozioni"; Fattore 2) "difficoltà a esprimere le emozioni"; Fattore 3) "pensiero operatorio". Il campione totale è di 33 soggetti (8 uomini e 25 donne), età media 33,6 aa. (d.s. = 9,2), scolarità media 13,6 aa. (d.s. = 3), età media d'esordio della malattia 29 aa. (d.s. = 9,67), media della durata della malattia 4,5 aa. (d.s. = 3,78). Nel campione totale abbiamo individuato due sottogruppi: un gruppo che ricevevano un trattamento psicoterapico e farmacologico (CBT + farmaci) e un gruppo di soggetti trattati solo con terapia farmacologica.
Risultati: nel campione totale le caratteristiche socio-demografiche e cliniche rispetto al sesso evidenziano differenze statisticamente significative nell'età media d'esordio della malattia (ANOVA: df = ; f = 4,5; p = 0,04) più elevata nelle donne rispetto agli uomini. Nei due sottogruppi diagnostici differenze statisticamente significative vi sono nella durata media di malattia più alta nel sottogruppo DP con agorafobia. Nel campione totale di soggetti con DP in entrambi i sottogruppi diagnostici, indipendentemente dal tipo trattamento, vi è a fine intervento un miglioramento statisticamente significativo in tutte le scale e in tutti i loro domini. Al T0 i soggetti dei due sottogruppi con DP mostrano, rispetto ai controlli sani, punteggi più alti al Fattore 1, al Fattore 2 e al punteggio totale alla TAS. Il sottogruppo dei soggetti che ricevevano un trattamento CBT + farmaci si differenziava dai soggetti sani per un punteggio più elevato al Fattore 3 (p = 0,016). Al T1 vi è un miglioramento statisticamente significativo riguardo i livelli di alessitimia, nei punteggi del Fattore 1, del Fattore 2 e nel punteggio totale. Inoltre nel campione totale di soggetti con DP persistono punteggi più alti statisticamente significativi rispetto ai controlli sani come evidenziato dai valori nel Fattore 1 e nel punteggio totale alla TAS, mentre non ci sono più differenze nel Fattore 2 e 3 rilevate al T0 (t-test per campioni appaiati).
Conclusioni: i risultati dello studio, seppure preliminari, sono in linea con i dati riportati in letteratura e indicano la presenza di elevati livelli di alessitimia, rilevata dai punteggi totali medi alla TAS, nei soggetti con DP con e senza agorafobia confrontati con quelli del gruppo di controllo. Inoltre, dallo studio risulta che i soggetti affetti da DP hanno maggiori difficoltà ad identificare e ad esprimere le emozioni rispetto ai controlli. Relativamente alla caratteristica modalità di pensiero orientato all'esterno "pensiero operatorio" dei soggetti alessitimici si ritrova solo nei soggetti affetti da DP con agorafobia, facendo ipotizzare, in accordo con la letteratura, che la presenza di agorafobia sia più frequentemente associata a determinate caratteristiche di personalità che potrebbero influire sul decorso e sulla durata della malattia.

Bibliografia

Bankier B, Aigner M, Bach M. *Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder and depression*. Psychosomatics 2001;42:235-40.

Delle Chiaie R. *Disturbi somatoformi di natura cardiovascolare nel Panico*. 9° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia, Roma 2004. Giorn Ital Psicopat 2004;10.

P86. Fattori predittivi del drop-out terapeutico nel trattamento di pazienti con disturbo del comportamento alimentare

A. Carano[*,**], S. Nassini[**], V. Matera[**], D. De Berardis[*], E. Totaro[*], C. Silvestrini[*], M. Farano[*], R.M. Salerno[*], F.M. Ferro[*]

[*] *Istituto di Psichiatria, Università di Chieti;* [**] *Dipartimento di Salute Mentale di Civitanova Marche*

Introduzione: lo studio ha lo scopo di valutare i fattori predittivi del drop-out nel trattamento di pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare (DCA) che intraprendono un trattamento ambulatoriale.
Metodo: il campione è costituito da 90 pazienti afferenti, dal 2004 ad oggi, all'ambulatorio per il trattamento integrato dei DCA presso il Centro per la Cura dell'Obesità e dei Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Ospedale Clinicizzato di Chieti. Il campione reclutato per lo studio presentava una distribuzione diagnostica (DSM IV-TR) così rappresentata: AN 33,4%, BN 23,2%, BED 23,4%, DCA NAS 20%. I pazienti sono stati sottoposti ad una intervista diagnostica semistrutturata, al colloquio clinico e alla somministrazione dell'EDI-2.

Tabella I.

%	Drop-out precoce	Drop-out senza miglioramento	Drop-out dopo miglioramento	Non drop-out
AN	3,3	5,6	7,8	16,7
BN	4,4	4,4	4,5	9,9
NAS	4,5	1,1	4,4	10,0
BED	5,6	2,2	4,4	11,2
TOT	17,8	13,3	21,1	47,8

Tra i soggetti drop-out sono state individuate tre diverse tipologie nelle rispettive categorie diagnostiche: 1) drop-out dopo miglioramento; 2) drop-out senza miglioramento; 3) drop-out precoce, valutati secondo i criteri previsti dallo studio.

Risultati: la percentuale totale di drop-out è stata del 52,2%, distribuita per patologia come dettagliato in Tabella I. Dai dati emersi si evidenzia una percentuale significativa del 7,8% di pazienti con AN che abbandonano il trattamento dopo miglioramento e del 5,6% di pazienti con BED che presentano drop-out precoce. Il controllo al MMPI-2 di questo gruppo di pazienti, ha evidenziato dati significati alla scala TRT con punteggi di T medio = 63.

Conclusioni: i dati percentuali più significativi riguardano gruppi di pazienti affetti da AN e BED che presentano tipologie diverse di drop-out: il comune denominatore è l'atteggiamento negativo nei confronti del trattamento e al trattamento psicologico in particolare. Questo gruppo di pazienti è stato inoltre valutato, nell'ambito del colloquio e dell'intervista di bassa motivazione, risultando questo un rilevante fattore di predittività di drop-out.

Bibliografia

Morlino M, Di Pietro G, Tuccillo R, Galietta A, Bolzan M, Senatore I, et al. *Drop-out rate in eating disorders: could it be a function of patient - therapist relationship?* Eat Weight Disord 2007;12:e64-7.

Campbell M. *Drop-out from treatment for the eating disorders: a problem for clinicians and researchers*. Eur Eat Disord Rev 2009;17:239-42.

P87. Obesità, psicopatologia e qualità della vita

A. Carano[*,**], D. De Berardis[*], A. Crisoliti[**], E. Totaro[*], S. Ramacciotti[**], S. Nassini[**], R.M. Salerno[*], F.M. Ferro[*]

[*] *Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università di Chieti;* [**] *Dipartimento Salute Mentale di Civitanova Marche*

Introduzione: i costrutti di soddisfazione di vita, qualità della vita e sensazione soggettiva di benessere hanno notevoli implicazioni nel campo della psicologia della salute e della psicopatologia e sono stati estesamente studiati negli ultimi decenni. Alcuni studi hanno evidenziato che il basso livello di soddisfazione di vita nei soggetti obesi è influenzato dal livello d'ansia, da caratteristiche di tipo nevrotico quali isteria e depressione e dall'atteggiamento del paziente obeso nei confronti del cibo e dell'alimentazione. I risultati indicano quindi che nel soggetto obeso, oltre al grave eccesso ponderale e agli handicap correlati a tale condizione, sono rilevanti gli aspetti psicopatologici, che hanno un ruolo fondamentale nel determinare l'atteggiamento nei confronti della percezione della propria qualità di vita. Lo scopo dello studio è stato quello di valutare la qualità della vita in un campione di pazienti obesi, afferenti al Centro per la Cura dell'Obesità dell'Ospedale Clinicizzato di Chieti, messi a confronto con un campione di soggetti normopeso appaiati per sesso, età, stato civile e titolo di studio; conseguentemente di valutare se i livelli di qualità di vita percepiti dai soggetti, sia obesi che non obesi, sono influenzati dalla presenza o meno di comorbidità psichiatrica.

Materiali e metodi: la ricerca è stata condotta su un campione costituito da 293 pazienti, 48 maschi e 245 femmine, messo a confronto con un campione di convenienza di pari numerosità costituito da soggetti normopeso appaiati per sesso, età, stato civile e titolo di studio.

L'inquadramento diagnostico di asse I e II è stato effettuato rispettivamente tramite la SCID I e la SCID II. Per la valutazione della qualità della vita è stata utilizzata la scala WHOQoL.

Risultati: sono state riscontrate differenze significative tra i due gruppi di soggetti obesi e normopeso nell'area fisica, rapporti sociali e psicologica della WHOQoL, con punteggi medi più bassi, indicativi di una peggiore qualità di vita, nei soggetti obesi rispetto ai normopeso. Analizzando i punteggi medi alle quattro aree della WHOQoL nel campione di soggetti obesi e nel campione di soggetti normopeso in base alla presenza/assenza di una diagnosi di asse I, lifetime e in atto, e di asse II, sono stati riscontrati punteggi medi più bassi, indicativi di una peggiore qualità della vita, alle quattro aree sia nei sottogruppi di pazienti obesi che nei soggetti normopeso che presentavano una comorbidità psichiatrica di asse I e/o asse II.

Conclusioni: i risultati del nostro studio concordano con i dati di letteratura secondo cui, nei soggetti obesi, il basso livello di soddisfazione di vita è influenzato soprattutto dalla presenza di un quadro psicopatologico clinicamente rilevante. Nel nostro campione, infatti, analogamente a quanto riscontrato in letteratura, sembrerebbe che la percezione di benessere nei soggetti obesi sia in gran parte mediata dalla presenza o meno di un disagio psichico, pur riscontrandosi in ogni caso, dal confronto dei due gruppi di obesi e non obesi in assenza di comorbidità, una peggiore qualità di vita negli obesi rispetto ai normopeso. Un'adeguata valutazione psicopatologica, al fine di identificare e trattare adeguatamente, eventuali disagi emotivi o veri e propri disturbi mentali in questa categoria di pazienti, potrebbe migliorarne il decorso, la prognosi, e la qualità della vita.

Bibliografia

Tuthill A, Slawik H, O'Rahilly S, Finer N. *Psychiatric co-morbidities in patients attending specialist obesity services in the UK*. QJM 2006;99:317-25.

Huang IC, Frangakis C, Wu AW. *The relationship of excess body weight and health-related quality of life: evidence from a population study in Taiwan*. Int J Obes 2006;30:1250-9.

P88. Trattamento aggiuntivo con aripiprazolo nel disturbo ossessivo-compulsivo resistente agli SSRI: considerazioni cliniche e farmacocinetiche

A. Carano[1 2], S. Nassini[2], D. De Berardis[1], N. Serroni[3], V. Matera[2], S. Moschetta[4], R.M. Salerno[1], F.M. Ferro[1]

[1] Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università di Chieti; [2] Dipartimento Salute Mentale di Civitanova Marche; [3] Dipartimento di Scienze Biomediche, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" di Chieti; [4]Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Ospedale Civile "G. Mazzini", ASL Teramo

Introduzione: gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI), come indicato dalla letteratura, sono i farmaci di prima scelta nel trattamento farmacologico del disturbo ossessivo compulsivo (DOC). Tuttavia dal riscontro della pratica clinica emerge che una percentuale variabile tra il 40-60% dei pazienti non risponde al trattamento con questi farmaci in monoterapia. Diversi studi clinici hanno acclarato recentemente l'efficacia terapeutica degli antipsicotici atipici nel trattamento delle cosiddette forme resistenti del DOC.
Metodi e scopi: scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'utilità clinica di un trattamento aggiuntivo con aripiprazolo (a dosaggio di 10-15 mg/die) in pazienti con DOC resistente al trattamento monoterapico con escitalopram (dosaggio medio 10 mg/die), inoltre è stata valutata attentamente la possibilità di eventuali interazioni farmacocinetiche tra queste due molecole. Hanno partecipato allo studio 27 soggetti, 15 femmine e 12 maschi, di età compresa tra i 26 e i 57 anni, con diagnosi di DOC secondo il DSM IV che trattati con escitalopram fino a 20 mg/die, da almeno 3 mesi, non avevano presentato un miglioramento clinicamente significativo dei sintomi ossessivo-compulsivi, quantificato come una riduzione di almeno il 35% del punteggio totale alla Yale - Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Tutti i pazienti hanno ricevuto un trattamento aggiuntivo con aripiprazolo 10 mg/die, per 12 settimane.
Risultati: la valutazione psicopatologica è stata effettuata in condizioni basali e dopo 2, 4, 8 e 12 settimane dall'inizio del trattamento aggiuntivo con la Y-BOCS e con la Clinical Global Impression (CGI). Hanno completato lo studio 20 soggetti (1 ha abbandonato lo studio dopo la seconda settimana di trattamento con aripiprazolo per riferita insonnia) presentando all'overtime una riduzione della media dei punteggi alla Y-BOCS da 27,1 ± 5,1 a 20,1 ± 4,8 ($p < 0,001$). Nello specifico 13 (65%) pazienti hanno mostrato una diminuzione del 35% del punteggio alla Y-BOCS.
Conclusioni: questi dati indicano che il trattamento aggiuntivo con aripiprazolo può migliorare in misura significativa la sintomatologia ossessivo-compulsiva in soggetti con DOC con scarso insight e resistente al trattamento con SSRI, suggerendo un possibile coinvolgimento del sistema dopaminergico nella genesi di tali sintomi e dimostra anche la mancanza di interazioni farmacocinetiche tra aripiprazolo ed escitalopram.

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 Neurosi 2005;30:187-93.

P89. L'utilizzo del bupropione in un campione di soggetti affetti da anoressia nervosa

A. Carano[* **], D. De Berardis[*], E. Totaro[*], C. Silvestrini[*], R. Santacroce[*], D. Campanella[*], S. Nassini[**], R.M. Salerno[*], F.M. Ferro[*]

[*] Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università di Chieti; [**] Dipartimento Salute Mentale di Civitanova Marche

Introduzione: le recenti riletture fenomenologiche circa i disturbi della condotta alimentare considerano l'anoressia nervosa una sindrome epifenomeno di un sottostante disturbo di asse I e/o di asse II. Nella pratica clinica è comune il riscontro di una elevata comorbidità tra disturbi ansioso-depressivi e disturbi della condotta alimentare, talvolta i sintomi depressivi possono precedere anche di molti mesi la manifestazione dell'anoressia nervosa, così come la problematica alimentare può rappresentare per molto tempo l'unica dimensione visibile di una depressione conclamata (Ivarson et al. 2000).

Scopo del presente studio è quello di valutare gli effetti a breve termine del bupropione nel recupero del peso e di un tono dell'umore più stabile in un campione di soggetti affette da anoressia nervosa.
Metodi: presso l'ambulatorio dedicato ai disturbi del comportamento alimentare del Centro Obesità dell'Ospedale Clinicizzato di Chieti è stato reclutato un campione di 26 soggetti affette da anoressia nervosa (sottotipo restrittivo e/o purgativo, DSM IV-TR). Le partecipanti che hanno dato il loro consenso al trattamento farmacologico con bupropione (150 mg/die) sono state sottoposte preliminarmente ad una valutazione clinico-psicopatologica mediante un approfondito esame obiettivo, controllo del peso e dell'indice di massa corporea, nonché ad una batteria testistica comprendente una intervista clinica semistrutturata, la Eating Disorders Inventory II (EDI II), SCL-90, Toronto Alexithymia Scale (TAS) e la Beck Depression Inventory (BDI). La valutazione testistica è stata effettuata all'inizio del trattamento (T0), a distanza di 3 mesi (T1), e dopo 6 mesi (T2).
Risultati: la durata media di malattia in anni del campione reclutato era di 1,6 (d.s. 0,7), l'età media di 19,3 (d.s. 2,6) e l'Indice di Massa Corporea medio (BMI) di 15,5 (d.s. 2,1). Dieci soggetti hanno presentato almeno un fenomeno di "spotting" alla valutazone a 3 mesi, mentre 13 soggetti (50% del campione) hanno manifestato una ripresa del ciclo mestruale. Tale risultato appare in linea con l'aumento del BMI rispetto alla valutazione iniziale dopo il follow-up a 3 e 6 mesi (T0: 15,5 ± 2,1; T1: 16,7 ± 2,8; T2: 18,1 ± 2,3; t-test per campioni appaiati $t = 3,70$, d.f. 13, $p = 0,06$ al T1 e $t = 3,70$, d.f. 34, $p < 0,001$ al T2). Inoltre le pazienti dopo 6 mesi di trattamento hanno mostrato un significativo miglioramento della sintomatologia depressiva ($p < 0,001$) con una diminuzione dei punteggi alla subscala "depressione" dell'SCL-90 e della BDI, rispetto alla valutazione iniziale.
Conclusioni: questi dati stimolano alcune importanti considerazioni. Il fenomeno del rifiuto dei trattamenti psicofarmacologici è ampiamente diffuso tra le pazienti anoressiche in quanto attribuiscono a questi un possibile fattore "ingrassante" (Steel, 2000). Somministrando loro una molecola come il bupropione, che in nessun modo induce un aumento dell'appetizione, questi favorisce un miglioramento della componente depressiva correlata al disordine alimentare e conseguentemente una maggiore compliance alle cure.

Bibliografia

Ivarson T, Rastam M, Wentz E et al. *Depressive disorders in teenage-onset anorexia nervosa: a controlled longitudinal, partly community-based study*. Compr Psy 2000:41;398-403.

P90. Qualità della vita e sintomi dello spettro dell'umore in pazienti con epatite C cronica in trattamento con Interferon

M. Carlini, J.V. Bizzarri, C. Carmassi, P. Rucci, P. Landi, M. Catena Dell'Osso

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

La letteratura, ad oggi, non fornisce dati univoci sulla relazione tra qualità della vita (QoL) nei pazienti HCV+ e trattamento con interferone (IFN). Tale discrepanza potrebbe essere legata all'eterogeneità dei campioni che possono aver incluso pazienti con una comorbidità psichiatrica lifetime o in atto al momento della valutazione. La QoL è stata indagata in 49 pazienti HCV+ con anamnesi negativa per disturbi psichiatrici o abuso di sostanze, tramite l'SF-36 prendendo in esame 6 mesi di trattamento con IFN. Inoltre, è stata valutata la prevalenza di depressione maggiore (DM) e il suo impatto sulla QoL durante il trattamento con IFN.
Al baseline la QoL dei pazienti HCV+ era simile a quella della popolazione generale. Sei pazienti hanno sviluppato DM durante il trattamento con IFN mostrando una riduzione del punteggio alla SF-36 nel primo mese e un ritorno ai valori iniziali verso il quinto mese di trattamento. Per i pazienti che non sono andati incontro a DM c'è stato un modesto decremento del punteggio alla SF-36 nelle prime 2 settimane e un rapido ritorno ai valori registrati al baseline.
Isolando i pazienti che sono andati incontro a DM, si è visto che solo in questi la terapia con IFN ha causato un decremento significativo del punteggio alla SF-36. Probabilmente la sintomatologia depressiva IFN-indotta è stata la causa principale dello scadimento della QoL che è tornata ai livelli riscontrati al baseline dopo terapia antidepressiva e dopo la sospensione dell'IFN.

P91. Ritmicità, funzioni vegetative e suicidalità in pazienti con disturbo post-traumatico da stress

C. Carmassi, M. Catena Dell'Osso[*], D. Cesari, L. Faravelli, A.I. Maremmani, V. Ricca[**], P. Rucci[***], A. Ciapparelli, L. Dell'Osso

Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; [*] Dipartimento di Psicologia, [**] Dipartimento di Neuropsichiatria, Università di Firenze; [***] Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Bologna

Studi epidemiologici e clinici riportano evidenze crescenti di un'associazione tra alterazioni della ritmicità e delle funzioni vegetative e un aumentata suicidalità in pazienti bipolari. Tuttavia, ad oggi non sono riportati studi su pazienti con PTSD. Obiettivo del presente studio è quello di indagare tali associazioni.
65 pazienti con PTSD, senza comorbidità per disturbo bipolare, sono stati valutati mediante SCID/P e Mood

Spectrum-Self Report versione lifetime (MOODS-SR), questionario per lo spettro dell'umore che comprende un dominio per le alterazioni della ritmicità e delle funzioni vegetative (ritmicità, sonno, appetito/peso, funzione sessuale, sintomi fisici). La suicidalità (ideazione e/o tentativi) è stata esplorata mediante 6 item specifici del MOODS-SR.
Attraverso modelli di regressione logistica è emersa un'associazione significativa tra il punteggio al domino ritmicità e funzioni vegetative ed un'aumentata suicidalità nell'arco della vita, confermata per tutti i sottodomini con l'ideazione suicidaria mentre solo i cambiamenti nell'appetito/peso erano associati con il numero di tentativi di suicidio (OR = 2,099 95% CI 1,148-3,841).
I risultati di questo studio suggeriscono l'importanza di esplorare alterazioni della ritmicità e delle funzioni vegetative in pazienti con PTSD in assenza di comorbidità per disturbo bipolare per identificare fenotipi a più elevata suicidalità.

P92. Alessitimia e DCA: indagine preliminare in un campione di pazienti ambulatoriali

M. Caslini, G. Garghentini, E. Pini, L.E. Zappa, M. Clerici

Ambulatori Specialistici per i Disturbi Alimentari, Clinica Psichiatrica, Università di Milano-Bicocca

L'alessitimia correla con i tratti psicologici fondamentali dei DCA secondo un modello di causalità complesso e l'alto tasso di ricaduta dei pazienti è relazionabile al deficit di regolazione affettiva. La letteratura non giunge a conclusioni univoche circa l'utilità del costrutto in campo clinico, sulle influenze degli usuali approcci di trattamento e sulla necessità di sperimentare approcci alternativi con eventuali modifiche dei setting classici. Scopo di questa indagine preliminare, svolta su 125 pazienti con DCA mediante la somministrazione delle scale TAS20, SCL-90 e EDI-2, è stato valutare la presenza dell'alessitimia e la sua correlazione con variabili epidemiologiche, caratteristiche psicologiche, gravità sintomatologica, e con le dimensioni psicopatologiche generali. I risultati attestano la presenza di alessitimia nel 38% del campione, sottostimando rispetto alla letteratura di riferimento; tipi diversi di DCA non si differenziano per la presenza di alessitimia. TAS20 non correla con variabili epidemiologiche. La diagnosi in asse II risulta predittiva per la presenza di alessitimia, sostenendola come uno dei deficit evolutivi alla base dei problemi di regolazione nei DP. TAS20 correla con EDI-2, in particolare con le sottoscale relative alla corporeità e agli aspetti relazionali, e con il livello di psicopatologia generale all'SCL-90, confermando l'alessitimia come dimensione transnosografica nelle patologie della disregolazione affettiva.

P93. Prevalenza dei disturbi d'ansia e dell'umore e utilizzo dei farmaci nella popolazione generale: studio retrospettivo di coorte

L. Cavallo, M.M. Loiacono, S. Calò, G. Di Sciascio

Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari

Introduzione: il Global Burden of Disease dell'OMS sottolinea che i disturbi mentali rivestono un'importanza crescente sia per numero di soggetti colpiti, sia per carico di disabilità che per costi socio-economici. Scopo dello studio è stimare la prevalenza dei disturbi mentali nella popolazione generale sulla base dei fattori sociodemografici, del consumo di psicofarmaci, dell'utilizzo di servizi sanitari e della percezione del benessere psicofisico.
Metodo: strumenti utilizzati: Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR-Non Patient Edition; Hamilton Depression Rating Scale; Mood Disorder Questionnaire; Short Form Health Survey 12.
Risultati: è stato valutato un campione di 815 soggetti appartenenti alla popolazione generale, di cui 651 hanno partecipato allo studio. Di questi 64 presentavano un quadro psichiatrico sottosoglia e 43 soddisfavano i criteri diagnostici del DSM IV TR per disturbo psichiatrico (disturbi d'ansia, disturbi dell'umore).
Conclusioni: i soggetti con diagnosi sottosoglia presentano una compromissione della qualità di vita con differenze rispetto alla zona di appartenenza (urbana/rurale). L'utilizzo di psicofarmaci risulta spesso inappropriato rispetto alla presenza/assenza di diagnosi. Il medico di medicina generale rappresenta il principale prescrittore di farmaci psicotropi.

P94. Un approccio dimensionale al *Binge Eating Disorder*

F. D'Amato, S. Cimmarosa, F. Micanti

Dipartimento di Neuroscienze e Comportamento, Area Funzionale di Psichiatria, Unità Psicoterapia, Napoli

Introduzione: il Binge Eating Disorder (BED) è incluso nel DSM-IV tra gli EDNOS come diagnosi provvisoria. Diversi studi hanno dimostrato che il sintomo binge, fondamentale ma non esaustivo per la diagnosi di BED, è associato ad altre dimensioni psicopatologiche. Il nostro studio valuta l'associazione tra BED e le dimensioni psichiatriche di ansia, depressione e impulsività in pazienti con obesità grave.
Metodo: 250 pazienti con BMI > 40 sono stati sottoposti ad una intervista semistrutturata e a una indagine psicometrica comprendente: Binge Eating Scale (BES), Beck Depression Inventory-BDI, State-Trait-Anxiety Inventory-STAI-Y, Barratt Impulsiveness Scale, version11-BIS, Eating Disorder Inventory-2- EDI2. I pazienti sono stati quindi suddivisi in due gruppi: 70 Bingers (BES > 18) e 180 Non Bingers (BES < 18).

Risultati: i due gruppi non mostrano differenze statisticamente significative in base al BMI. Al contrario i Bingers presentano scores significativamente più alti rispetto ai Non Bingers ai questionari BES, BDI, STAI-Y, BIS-11 e a tutte le subscale dell'EDI-2 tranne per "perfezionismo" e "paura di maturità".
Conclusioni: all'interno della popolazione degli obesi esistono chiare differenze tra pazienti con e senza BED non dipendenti dal BMI. Il BED si configura come una sindrome complessa i cui aspetti multidimensionali richiedono un trattamento psichiatrico/psicoterapeutico specifico prima di qualsiasi approccio chirurgico e per una migliore compliance alla dieta.

P95. *Night Eating-Syndrome* nell'obesità grave: caratteristiche psicopatologiche

F. D'Amato, S. Cimmarosa, F. Micanti

Dipartimento di Neuroscienze e Comportamento Area Funzionale di Psichiatria Unità Psicoterapia, Napoli

Introduzione: la Night Eating Sindrome (NES) è caratterizzata da iperfagia notturna, insonnia, anoressia diurna. Pur di rilevanza clinica tra i pazienti obesi, le sue caratteristiche psicopatologiche non sono ancora ben definite. Scopo del nostro studio è valutare l'associazione tra NES e tratti ansiosi, depressivi, impulsivi in soggetti con obesità grave.
Metodo: è stato confrontato un gruppo di 15 "Night-Eaters" con un gruppo-controllo (gorging, snacker), tutti con BMI > 40 e tutti sottoposti ad una intervista semistrutturata e a una batteria di test autosomministrati, tra cui: Beck Depression Inventore (BDI), State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI-Y), Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11).
Risultati: il gruppo con NES ha mostrato risultati statisticamente più elevati rispetto al gruppo controllo (gorging, snacker) ai test BDI, STAI-Y, BIS-11.
Conclusioni: in accordo ad altri studi, la NES mostra una comorbidità psichiatrica con disturbi d'ansia, impulsività e depressione. Definire con maggiore specificità tale sindrome è necessario sia per una corretta diagnosi differenziale con altri comportamenti alimentari con maggiori livelli di impulsività e distress psicopatologico (nibbling, binge), sia per delineare un adeguato iter terapeutico che esclude l'intervento nutrizionale o chirurgico come scelta prioritaria. Il trattamento della NES predilige un approccio psicofarmacologico-psicoterapeutico per la risoluzione delle componenti psicopatologiche e favorente poi il processo di dimagrimento.

P96. Qualità della vita: confronto tra pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo e con disturbo bipolare

V. D'Ambrosio, U. Albert, A. Aguglia, G. Maina

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

Introduzione: recenti studi hanno messo in luce in che misura la qualità di vita (QoL) dei pazienti con patologie psichiatriche, quali depressione maggiore, schizofrenia, disturbo bipolare (DB) e disturbi d'ansia, sia compromessa [1 2]. Gli studi condotti sui pazienti con DOC, hanno dimostrato la presenza di una QoL ridotta rispetto ai controlli sani [2]. Anche i pazienti con DB presentano una QoL compromessa, in particolare i pazienti con DB II rispetto ai pazienti con DB I [3]. Scopo dello studio è valutare se vi siano differenze in termini di QoL, tra i pazienti con DOC e i pazienti con grave patologia affettiva come il DB.
Metodi: il campione è costituito da pazienti con DOC e pazienti con DB eutimici afferiti consecutivamente presso il nostro servizio dal gennaio 2007 al dicembre 2008; sono state somministrate un'intervista semistrutturata per le caratteristiche socio-demografiche e cliniche e la Short Form-36 (SF-36) per la valutazione della QoL.
Risultati: sono stati reclutati 151 con DOC e 105 pazienti con DB (44 DB-I e 61 DB-II). I tre gruppi analizzati presentano differenze significative a tutte le sottoscale della SF-36: in particolare l'indice di salute mentale è significativamente inferiore nei pazienti con DOC (27,9 ± 12,3) rispetto ai pazienti con DB I (37,9 ± 11,7) e ai pazienti con DB II (32,3 ± 13,3, $p < 0,01$).
Conclusioni: i pazienti con DOC presentano una QoL gravemente compromessa e in misura maggiore rispetto a pazienti con DB. In aggiunta si conferma che i pazienti con DB II in eutimia hanno una QoL peggiore rispetto ai pazienti con DB I.

Bibliografia

1 Brissos S, Dias VV, Carita AI, Martinez-Aran A. *Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: clinical and neurocognitive correlates*. Psychiatry Research 2008;160:55-62.

2 Albert U, Maina G, Bogetto F, Chiarle A, Mataix-Cols D. *Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder*. Comprehensive Psychiatry 2009, in press.

3 Maina G, Albert U, Bellodi L, Colombo C, Faravelli C, Monteleone P, et al. *Health-related quality of life in euthymic bipolar disorder patients: differences between bipolar I and II subtypes*. Journal of Clinical Psychiatry 2007;62:207-212.

P97. Aggiunta di memantina alla terapia corrente con donepezil in pazienti con demenza di Alzheimer: effetto sui sintomi psicologici e comportamentali associati alla demenza

D. De Berardis[1 2], N. Serroni[1], L. Olivieri[1], A. Carano[1], D. Campanella[2], M. Caltabiano[2], C. Ranalli[2], F. Addona[3], F.S. Moschetta[2], R.M. Salerno[1], G. Martinotti[4], L. Janiri[4], M. Di Giannantonio[1]

[1] Dipartimento di Scienze Biomediche, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" Chieti; [2] Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Ospedale Civile "G. Mazzini", ASL Teramo; [3] Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Campobasso; [4] Istituto di Psichiatria, Università Cattolica del S. Cuore, Roma

Obiettivo: è stato dimostrato in alcuni studi che la memantina può essere efficace nel trattamento dei sintomi psicologici e comportamentali (BPSD) nei pazienti affetti da demenza tipo Alzheimer (AD). Lo scopo dello studio è stato quello di valutare se l'aggiunta di memantina alla terapia con donepezil poteva risultare efficace nel controllo dei BPSD in pazienti con AD moderata grave.
Metodi: sono state valutate retrospettivamente le cartelle cliniche di 21 pazienti con AD in trattamento presso l'UVA di Teramo. Le scale impiegate erano: Mini Mental State Evaluation (MMSE), ADL (Activity of Daily Living), IADL (Instrumental Activity of Daily Living) e NPI (Neuropsychiatric Inventory).
Risultati: l'aggiunta di memantina alla terapia con donepezil 10 mg ha esitato in un miglioramento lieve ma significativo ai punteggi MMSE, ADL e IADL. L'effetto sui sintomi psicologici e comportamentali è stato sorprendentemente netto e marcato così come evidenziato dalla diminuzione dei punteggi della NPI nel corso della terapia ($p < 0,001$). L'efficacia della terapia combinata è stata soprattutto notata nella dimensione agitazione/aggressività.
Conclusioni: la terapia con memantina è stata in grado di provocare un miglioramento netto dei BPSD. Tale miglioramento è sembrato essere progressivo e netto con buona efficacia soprattutto sulla dimensione aggressività/agitazione che normalmente rappresenta il cluster sintomatologico che è più fonte di stress non solo per il paziente, ma anche per il caregiver. È possibile anche ipotizzare che il positivo effetto osservato in questo caso sulle funzioni cognitive (miglioramento all'MMSE) possa comunque aver condotto a un miglioramento dei sintomi psichici e comportamentali associati alla demenza.

P98. Alessitimia e disturbo dell'immagine corporea in un campione di giovani ragazze affette da disturbo da attacchi di panico: risultati preliminari

D. De Berardis[1 2], A. Carano[1], N. Serroni[2], D. Campanella [2], L. Olivieri[2], M. Caltabiano[2], C. Ranalli[2], F. Addona[3], M. Cavuto[4], F.S. Moschetta[2], R.M. Salerno[1], G. Martinotti[5], L. Janiri[5], M. Di Giannantonio[1]

[1] Dipartimento di Scienze Biomediche, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" di Chieti; [2] Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Ospedale Civile "G. Mazzini", ASL Teramo; [3] Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Campobasso; [4] IASM, L'Aquila; [5] Istituto di Psichiatria, Università Cattolica del S. Cuore, Roma

Obiettivo: valutare le relazioni tra alessitimia e disturbo dell'immagine corporea in un campione di giovani ragazze affette da disturbo da attacchi di panico (DAP).
Metodi: sono state valutate 44 ragazze di età media pari a 23.4 anni, rivoltesi per la prima volta a specialisti psichiatri per il trattamento del DAP. Sono state impiegate le seguenti scale di valutazione: Panic Attack and Anticipatory Anxiety Scale, Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Body Shape Questionnaire (BSQ), Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ), Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D).
Risultati: le pazienti alessitimiche mostravano punteggi più alti a tutte le scale impiegate rispetto alle pazienti non alessitimiche. Alti punteggi alla BSQ e alla ACQ, unitamente a più alti punteggi alle sottoscale Difficulty in Identifying Feelings (DIF) e Difficulty in Describing Feelings (DDF) della TAS-20 erano significativamente associati a maggiore gravità del DAP così come alla presenza di agorafobia.
Conclusioni: i risultati del presente studio mostrano che la presenza di un disturbo dell'immagine corporea in ragazze affette da DAP risulta rilevante ed è associato a una maggiore gravità dello stesso disturbo. Nel poster gli autori discutono le limitazioni e le future direzioni di ricerca.

P99. Studio clinico e neurobiologico in pazienti affetti da Gioco d'azzardo Patologico

L. Dell'Osso, E. Da Pozzo, C. Carmassi, M. Picchetti, A. Panighini, M. Carlini, S. Daniele, D. Cesari, M.L. Trincavelli, C. Conversano, D. Marazziti, C. Martini

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

Il Gioco d'azzardo Patologico (GAP) è una condizione psicopatologica assimilabile alla tossicodipendenza. Da un punto di vista neurobiologico, alcuni studi hanno evidenziato nel GAP il coinvolgimento di diversi sistemi neurotrasmettitoriali, tra cui il sistema dopaminergico, reputato responsabile degli aspetti compulsivi della dipendenza. Il recettore A_{2A} dell'adenosina ($A_{2A}AR$), nor-

malmente co-espresso con il recettore D_2 della dopamina in specifiche aree cerebrali, è coinvolto nella sindrome da astinenza da oppiacei. Inoltre, l'antagonismo o la delezione di A_{2A}AR *in vivo* riduce l'auto-assunzione di etanolo, oppiacei e psicostimolanti.
La valutazione dei parametri di binding di A_{2A}AR (affinità e densità recettoriali) è stata effettuata su un campione di soggetti affetti da GAP (n = 7) e su soggetti sani (n = 20), mediante binding radioattivo in saturazione condotto su preparati piastrinici. I risultati preliminari hanno messo in evidenza un aumento altamente significativo dell'affinità recettoriale (Student t-test, $p < 0.0005$) nei soggetti affetti da GAP rispetto ai controlli sani.
Tali dati, sebbene da ampliare in termini di campionamento numerico, confermano che A_{2A}AR possa essere coinvolto nella dipendenza del gioco d'azzardo patologico, dove sembrerebbe presente un'aumentata funzionalità di tale recettore.

P100. Il disturbo depressivo e l'ipotiroidismo subclinico: uno studio caso-controllo

B. Demartini, L. Islam, O. Gambini, S. Scarone
Facoltà di Psichiatria DMCO, Università di Milano

Numerosi studi hanno valutato l'associazione esistente tra ipotiroidismo e sintomatologia di tipo depressivo. Pochi, invece, si sono occupati di valutare i sintomi propri del disturbo depressivo nei soggetti ipotiroidei subclinici.
Il nostro studio si pone i seguenti obiettivi: verificare l'associazione tra dati clinici di ipotiroidismo subclinico e sintomi di tipo depressivo; quali sintomi di tipo depressivo prevalgono, in riferimento alla fattorializzazione di Cleary e Guy (1977) della HAM-D; se la terapia sostituiva con T4 è sufficiente affinché si manifesti la completa remissione della sintomatologia depressiva.
Nello studio abbiamo incluso 100 pazienti ipotiroidei subclinici e 100 pazienti eutiroidei e privi di altra patologia (gruppo di controllo sano). Tutti i pazienti sono stati valutati mediante le scale dei disturbi depressivi HAM-D e MADRS.
I risultati ottenuti hanno dimostrato un'associazione statisticamente significativa tra ipotiroidismo subclinico e sintomi depressivi. La fattorializzazione di Cleary e Guy ha inoltre evidenziato che i sintomi più rappresentati sono l'ansia, i sintomi propri dei disturbi cognitivi e quelli dei disturbi del sonno. Infine la terapia sostitutiva con levotiroxina risulta insufficiente, nella popolazione selezionata, perché si attui la completa remissione della sintomatologia depressiva.

P101. Comorbidità psichiatrica, sintomatologia dolorosa e qualità di vita in 167 pazienti fibromialgiche

I. Di Noi, G. Consoli, L. Bazzichi, D. Marazziti, C. Carmassi, G. Ciampa, L. Amendola, L. Dell'Osso
Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

La fibromialgia (FM) è una patologia reumatica caratterizzata da dolore cronico, da un'alta prevalenza di disturbi psichiatrici e da una grave compromissione della qualità di vita (HRQoL). In questo studio abbiamo valutato la prevalenza della comorbidità psichiatrica in 167 pazienti con FM e confrontato la HRQoL dei pazienti con e senza comorbidità psichiatrica lifetime e/o current. Abbiamo infine valutato l'impatto dei disturbi psichiatrici sulla sintomatologia dolorosa.
Sono state consecutivamente reclutate 167 donne con FM, diagnosticata secondo i criteri dell'American College of Rheumatology. La diagnosi psichiatrica è stata effettuata tramite SCID-I, mentre HRQoL e sintomatologia dolorosa sono state valutate con il Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (MOS SF-36) ed il Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ).
È risultata un'elevata percentuale di disturbi psichiatrici lifetime (n = 135; 80,8%) e current (n = 74, 44,3%). I pazienti con comorbidità psichiatrica lifetime e/o current hanno riportato una peggiore HRQoL. I pazienti con almeno un disturbo psichiatrico in atto mostravano una maggiore percezione del dolore. Inoltre, i pazienti con depressione maggiore, rispetto a quelli con disturbi d'ansia, presentavano una maggiore HRQoL e una maggiore percezione del dolore.
I disturbi psichiatrici, in particolare la depressione maggiore, risultano molto frequenti e comportano un ulteriore aggravamento di HRQoL e percezione del dolore dei pazienti con FM.

Bibliografia

Bazzichi L, Rossi A, Giuliano T, De Feo F, Giacomelli C, Consensi A, et al. *Association between thyroid autoimmunity and fibromyalgic disease severity*. Clin Rheumatol 2007;26:2115-20.

Häuser W, Bernardy K, Uçeyler N, Sommer C. *Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis*. JAMA 2009;301:198-209.

P102. Effetto coorte nell'età di esordio dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa

A. Favaro, G. Zanuttigh, M. Nuti, P. Galli, V. Giannunzio, M.F. Patuzzi, P. Santonastaso
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Introduzione: tra i clinici che si occupano di anoressia nervosa (AN) emerge spesso l'idea che i casi ad esordio precoce siano in aumento, nessuno studio però ha fino-

ra analizzato l'esistenza di un effetto coorte nell'età di esordio dell'AN e della bulimia nervosa (BN). Il nostro studio ha lo scopo di esplorare i cambiamenti dell'età di esordio.
Metodi: il campione è costituito da 1666 soggetti con AN lifetime e 793 soggetti con BN senza pregressa AN. Tutti i pazienti sono afferiti consecutivamente presso il Centro Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare di Padova nel periodo tra il 1985 e il 2008.
Risultati: l'età di esordio più frequente è 16 anni nell'AN e 17 anni nella BN. Analizzando l'andamento dell'età di esordio secondo l'anno di nascita (effetto coorte) si osserva una progressiva e significativa diminuzione dell'età di esordio nelle generazioni più recenti. Per esempio, nelle pazienti nate tra il 1970 e il 1981, l'età di esordio media passa da 18,6 a 16,8 nell'AN, e da 18,5 a 17,1 nella BN. Un modello di regressione per analizzare i predittori dell'età di esordio mostra un effetto significativo dell'età al menarca, del livello socio-economico e del numero di fratelli/sorelle.
Conclusioni: l'età di esordio di AN e BN sta diminuendo significativamente nelle generazioni più giovani. Le implicazioni scientifiche di questo studio sono molto importanti per la comprensione dell'eziopatogenesi dei disturbi alimentari. Gli studi futuri dovranno confermare i nostri risultati e chiarire le implicazioni prognostiche e cliniche di questi cambiamenti.

P103. La stimolazione transcranica a correnti dirette nel trattamento della depressione grave farmacoresistente

R. Ferrucci[1 5], M. Bortolomasi[4], M.Vergari[1 2], L.Tadini[1 2], Mario Giacopuzzi[4], S. Barbieri[2], A. Priori[1 3 5]

[1] Centro Clinico per le Neuronanotecnologie e la Neurostimolazione; [2] UO di Neurofisiologia Clinica, [3] UO di Neurologia, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano; [4] UO di Psichiatria, Ospedale Villa Santa Chiara, Verona; [5] Dipartimento di Scienze Neurologiche, Università di Milano

Introduzione: la stimolazione transcranica con correnti dirette (tDCS) è una metodica di stimolazione cerebrale non invasiva che consiste nell'applicazione sullo scalpo di corrente continua di bassa intensità non percepibile dal soggetto stimolato. L'indicazione psichiatrica più rilevante della tDCS è la malattia depressiva, tale metodica si è infatti rivelata efficace in pazienti con depressione lieve/moderata. In questo studio abbiamo valutato l'effetto della tDCS in un gruppo di pazienti affetti da depressione maggiore grave e farmaco resistente.
Metodogia: il campione è composto da 14 pazienti affetti da depressione maggiore grave e farmaco resistente. Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad un trattamento con tDCS (corteccia prefrontale dorsolaterale), somministrato due volte al giorno a distanza di 4 h, per 5 giorni consecutivi (intensità di corrente: 2 mA per la durata di 20 minuti). Tutti i soggetti sono stati valutati in quattro tempi con la Beck depression Inventory (BDI), la Hamilton Depression Rating Scale e la Visual Analogue Scale (VAS): prima dell'inizio del trattamento (T0), alla fine dei 5 giorni di trattamento (T1), dopo 1 settimana (T2) e dopo 1 mese dalla fine del trattamento (T3).
Risultati: dopo cinque giorni di trattamento la metodica ha prodotto un miglioramento significativo del 30% in entrambe le scale (BDI $p = 0,001$; HDRS $p = 0,017$), che si è mantenuto per 4 settimane.
Conclusioni: la tDCS può essere una strategia terapeutica complementare ed adiuvante nella malattia depressiva.

P104. Alessitimia e dimensioni di personalità nei disturbi dell'alimentazione

R. Giangaspero, A. Catucci, O. Todarello

DH per i Disturbi del Comportamento Alimentare, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari

Introduzione: sia la pratica clinica che la letteratura evidenziano la presenza di alessitimia nei pazienti con disturbo dell'alimentazione. Diversi studi hanno esaminato le relazioni tra il costrutto dell'alessitimia e le dimensioni di personalità, utilizzando il modello di personalità a cinque fattori (NEO-FFI; Costa & McCrae 1985).
Nel presente studio, in un campione di soggetti con disturbo dell'alimentazione viene indagata la relazione tra alessitimia e dimensioni di personalità, utilizzando il modello dimensionale a sette fattori di Cloninger (1994).
Metodi: ad un campione di 44 soggetti, con disturbo dell'alimentazione secondo i criteri diagnostici del DSM IV-TR, è stata somministrata la TAS-20 e il TCI.
Risultati: sono state riscontrate correlazioni significative tra alessitimia e dimensioni del temperamento, in particolare un'associazione positiva con l'evitamento del danno e una negativa con la dipendenza dalla ricompensa, e una correlazione significativa negativa con l'autodirezionalità, tra le dimensioni del carattere.
I risultati della ricerca risulterebbero in linea con il costrutto dell'alessitimia; infatti individui con elevati punteggi sulla scala dell'alessitimia mostrano una maggiore inclinazione all'essere timorosi, apprensivi e al vivere meno intensamente l'esperienza positiva delle emozioni (alta HA), scarsa espressione emotiva e distacco nelle relazioni sociali (bassa RD), scarsa abilità nell'identificazione e raggiungimento dei propri scopi ed immaturità caratteriale (bassa SD).

P105. Percorsi farmacoterapici e psicoterapici in pazienti con disturbi d'ansia

M.G. Guarneri, B. Bonanno, G.B. Maggì, A. Landi, D. La Barbera

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, Università di Palermo

Introduzione: i disturbi d'ansia rappresentano una delle principali aree nosografiche della psichiatria dove diverse tipologie di intervento si integrano nella gestione del paziente. Scopo dello studio è valutare sia gli aspetti epidemologici dei disturbi d'ansia, sia quanto un trattamento integrato (farmacoterapico e psicoterapico) possa migliorare la risposta clinica. L'idea portante di questa relazione è che psicofarmacoterapia e psicoterapia agiscono entrambe, sebbene con meccanismi diversi, su una comune base neurotrasmettitoriale, non trascurando l'aspetto psicodinamico ed il significato simbolico che il farmaco può assumere per tali pazienti.
Metodi: è stata impiegata una scheda di valutazione contenente: dati socio-anagrafici, anamnesi psicopatologica, comorbilità con patologie organiche, diagnosi, trattamento farmacologico e/o psicoterapico, frequenza e durata degli interventi. È stata presa in considerazione una popolazione costituita da pazienti con disturbo d'ansia seguiti presso l'UO di Psichiatria dell'AOUP di Palermo (ambulatorio, DH o ricovero ordinario) da gennaio a giugno 2009.
Risultati: una valutazione preliminare dei dati ottenuti sembra mettere in luce una prevalenza di pazienti con diagnosi di DAP, GAD e di DOC. Il trattamento d'elezione risulta essere la terapia integrata: in prevalenza SSRI e benzodiazepine associate ad un modello di psicoterapia psicoanalitica di sostegno (psicoterapie brevi).
Conclusioni: da una prima analisi dei risultati sembrerebbe che il trattamento integrato con farmacoterapia e psicoterapia favorisca una precoce e maggiore efficacia clinica nonché una percentuale minore di recidive.

Bibliografia

Nandi A, Beard JR, Galea S. *Epidemiologic heterogeneity of common mood and anxiety disorders over the lifecourse in the general population: a systematic review*. BMC Psichiatry 2009;9:31.

Amati A, Bogetto F, Casacchia M, Cassano GB. *Linee Guida per la terapia dei Disturbi d'Ansia. Consensus Conference*. Giornale Italiano di Psicopatologia 2001.

P106. Duloxetina: studio sulle variazioni del peso corporeo e modificazioni della sfera sessuale

G. Janiri, A. Brogli

UO di Psichiatria, Università di Modena e Reggio Emilia

Lo scopo dello studio è quello di rilevare modificazioni di peso corporeo e della sfera sessuale di pazienti sottoposti a trattamento con duloxetina nel range da 60 a 90 mg.
È stato preso in esame un campione costituito da 57 soggetti con diagnosi di "disturbo depressivo" in trattamento con D per un periodo di sei mesi.
I pazienti sono stati contattati telefonicamente a cadenza stabilita: sono state registrate le variazioni del peso corporeo, e chiesto loro se avessero percepito modificazioni nell'ambito alcuni ambiti della vita sessuale: desiderio, eccitazione, orgasmo.
I risultati sono elaborati in un database mediante il programma di analisi statistica KyPlot.
Le comparazioni tra i gruppi di dati ordinati temporalmente sono stati valutati con il Test di Wilcoxon.
È stato riscontrato un incremento ponderale medio di circa 0,5 kg; un picco rilevante di circa 1 kg è stato osservato nel corso della settima settimana di trattamento, con, a partire dalla settimana successiva, un decremento significativo.
Tutti i parametri esaminati della sfera sessuale hanno mostrato incremento del desiderio, eccitamento e orgasmo, con una significatività statistica rilevante ($p < 0,001$).
Possiamo dedurre dai risultati ottenuti che l'effetto terapeutico della duloxetina risulta efficace nel superamento dell'anedonia dello stato depressivo e l'aumento del desiderio sessuale riscontrato, è da attribuire probabilmente alla risoluzione dello stato depressivo.

P107. Attività corticale durante carichi crescenti di attenzione nella sclerosi multipla: uno studio di fMRI

M. Lasaracina[*], R. Romano[*], A. Papazacharias[*], P. Taurisano[*], L. Fazio[*], A. Di Giorgio[* **], T. Popolizio[**], M. Nardini[*], G. Blasi[*], M. Trojano[*], A. Bertolino[*]

[*] *Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari;* [**] *Dipartimento di Radiologia, IRCCSS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG)*

I pazienti con sclerosi multipla presentano una compromissione delle capacità attentive. Studi precedenti hanno suggerito che le aree cerebrali particolarmente implicate nella fisiologia del controllo e nell'orientamento dell'attenzione sono la corteccia prefrontale dorsolaterale (DLPFC) e la corteccia parietale. Lo scopo di questo lavoro è quello di studiare i correlati patofisiologici associati a carichi crescenti di attenzione nella sclerosi multipla. Tredici soggetti sani (3 maschi; età media ± SD 29 ± 9,3) e tredici pazienti (3 maschi; età media 28 ± 8,8) comparabili per caratteristiche sociodemografiche sono stati sottoposti a risonanza magnetica funzionale a 3T durante l'esecuzione di un compito parametrico di controllo attentivo. A fronte di assenza di differenze comportamentali, l'analisi in SPM5 dei dati di imaging ha mostrato un'interazione fra carico attentivo e diagnosi in corteccia prefrontale dorsolaterale. L'analisi del segnale BOLD estratto da tale area cerebrale ha evidenziato un incremento lineare dell'attività nei soggetti

sani, mentre esso era non lineare nei pazienti. Questi dati suggeriscono una precoce saturazione della risorse neuronali associate a controllo attentivo in pazienti con sclerosi multipla.

P108. L'uso degli antidepressivi in 6 regioni italiane, risultati preliminari

M.E. Lecca, E. Aguglia, A. Bocchetta, M. Balestrieri, F. Caraci, M. Casacchia, L. Dell'Osso, G. Di Sciascio, F. Drago, M.C. Hardoy, M.F. Moro, P.L. Morosini, M. Nardini, C. Faravelli, G. Palumbo, M.G. Carta

Università di Cagliari e AIFA FARM54S73S Project Group

Introduzione: l'obiettivo è valutare l'adeguatezza delle prescrizioni degli AD in campioni di popolazione generale di diverse aree italiane attraverso interviste condotte da clinici.
Metodi: studio condotto da intervistatori clinici, sul campioni della popolazione generale adulta, estratti random dopo stratificazione per sesso e età dai registri anagrafici di 7 province in 6 regioni italiane. Totale 4999 soggetti estratti; 3398 intervistati (68%, 75,5% fra le femmine e 59,8% fra i maschi).
Strumenti: questionario sul consumo di psicofarmaci; intervista clinica strutturata in accordo con il DSM-IV (SCID-NP) in una versione modificata (ANTAS); Mood Disorders Questionnaire, SF-12.
Risultati: la prevalenza lifetime di DDM risulta 4,3% nei maschi e 11,5% nelle femmine; 3,4% dei maschi e 2,8% delle femmine sono risultati positivi al MDQ, di questi circa un terzo assumeva antidepressivi. Nelle due settimane precedenti l'intervista 159 soggetti (4,7%; 2,9% fra i maschi e 5,9% fra le femmine) hanno assunto ogni giorno AD. Nel campione con diagnosi DDM lifetime 16 maschi (38%) e 61 femmine (57%) assumevano AD.
Conclusioni: la prevalenza del DDM risulta inferiore a quella osservata in Italia in studi che hanno utilizzato intervistatori laici e strumenti strutturati. Oltre il 4% della popolazione generale assume AD, in accordo con i dati IMS del Report sullo stato della salute in Europa (UE 2005), di questi oltre il 2% non ha diagnosi lifetime di depressione maggiore. La prevalenza del DB (3%) è in accordo con analoghi studi internazionali.

Bibliografia

The State of Mental Health in Europe. Luxembourg: DG Health and Consumer Protection 2005.

de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Scarpino V, Reda V, Serra G, et al. *Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006;41:853-61.

P109. Dopo il trapianto di fegato: aspetti neuropsicologici e psicosociali

A. Lenzi, O. Damiani, E. Maltinti, F. Simonetti, G. Biancofiore*, M. Elisei*, F. Filipponi*

*Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; * Centro Trapianti AOUP*

Lo scopo di questa ricerca è valutare la qualità di vita e le capacità cognitive dei pazienti sottoposti a trapianto di fegato (Centro Trapianti AOUP). Sono stati arruolati 168 soggetti: 77 trapiantati da oltre tre anni (A) e 43 trapiantati da meno di un mese (M), con gruppo di controllo di 48 soggetti (C). Sono stati somministrati test neurocognitivi e scale in auto-valutazione per depressione (BDI), ansia (STAI-Y) e qualità della vita (SF-36). Non differenze alla BDI, tutti i pazienti hanno riportato punteggi inferiori nei test cognitivi e maggiore ansia di stato. Il gruppo A presenta all'SF-36 punteggi inferiori nei fattori che esplorano il funzionamento fisico, sociale e l'emotività, nessuna differenza nei domini "salute", sia generale che mentale. La ricerca conferma la maggioranza dei dati presenti in letteratura. Esiste un deterioramento cognitivo, piuttosto grave, di cui il soggetto trapiantato non sembra avere coscienza: pensa di avere una salute fisica e mentale comparabile ai controlli, ma percepisce, oltre ad un maggiore dolore, un livello inferiore di autonomia e di funzionamenti lavorativo, sociale ed emotiva. Concludendo, i pazienti mostrano alti livelli di ansia che non sembrano incidere sulla qualità della vita. Si ritiene indispensabile approfondire lo studio delle cause del decadimento cognitivo, che inficia il funzionamento lavorativo e sociale.

P110. Trattamento della depressione nel paziente anziano: effetti sul profilo cognitivo e sulla qualità della vita

A. Lenzi, F. Simonetti, R. Mazzoni, E. Maltiniti, C. Cozzupoli, F. Lazzerini

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

Gli studi epidemiologici mostrano che i disturbi depressivi sono molto frequenti anche nella popolazione anziana e si associano a una significativa disabilità. La depressione ha, tra le manifestazioni cliniche, anche un decadimento cognitivo che può compromettere la qualità di vita. L'antidepressivo ideale dovrebbe migliorare le funzioni cognitive oltre che l'umore ed i sintomi fisici. Questo studio correla il profilo cognitivo con la qualità della vita in una popolazione di pazienti anziani depressi trattati con antidepressivi. Abbiamo arruolato 38 pazienti di età superiore ai 65 anni, in terapia con antidepressivi e 15 controlli sani, somministrando test neurocognitivi e scale di valutazione per depressione (BDI) e qualità della vita (SF-36). Gli anziani depressi

riportano punteggi peggiori nella maggior parte delle aree cognitive esplorate. Le performance cognitive non sono correlate all'età ma all'entità della sintomatologia depressiva, la quale si esprime maggiormente nella componente somatica e volitiva. I risultati ottenuti suggeriscono che i pazienti anziani trattati con antidepressivi presentano un deterioramento cognitivo maggiore rispetto alla popolazione sana della stessa fascia di età.

P111. Tiner (supplemented treatment neuromuscular relaxant emotional): a new method for the treatment of disorders of mild associated with Psoriasis

A. Lera

DSM Teramo, Psychiatry Unit, Hospital of Giulianova

Introduction: we submitted a study twenty female subjects, aged between 30 and 57, with the mood disorder mild, associated with Psoriasis. Half of them were treated with Tiner (method of psychobody relaxation) evaluating the possible positive role in the emotional state and about the reduction of psoriatic skin manifestations.
Methods: all subjects were undergoing psychological evaluation before the study recruitment addressed concerning the use of the Hamilton Test D (criterion of choice was to have all'HAM-D scores of 8 to 10 and then not have been subjected to treatment with antidepressants and / or the mood stabilizers). The study group (ten subjects) was submitted to sex months to Tiner sessions (weekly), with subsequent sessions of maintenance for a further three months (every two weeks), while the control group (in number) will not treatment.
Results: at the end, both (study group and control group) were subjected to daily psychological, with a decrease of 3 points in 28%, to 2 points in 27%, by 1 point in 23%, and the situation unchanged in 22% of cases, the comparison between the 'HAM-D and the initial verification compared with subjects Tiner. Has been also been a significant reduction in psoriatic skin manifestations. In the control group, however has been not revealed any increase in the comparison between the 'HAM-D and the initial verification. In subjects Tiner, there was an improved emotional state.
Conclusions: in conclusion, improved the affective performance (assessed through the 'HAM-D) in the group under study Tiner, with a budget unchanged in the control group. The Tiner, seem to play a positive role on the emotional dimension of female subjects suffering from disorders of mild, associated with Psoriasis. The latter condition seems to draw psychosomatic benefit from treatment with Tiner.

	HAM-D	HAM-D
Pazient group	Baseline	9 months
28%	8-10	3 points
27%	8-10	2 points
23%	8-10	1 points
22%	8-10	Unchanged

P112. Effetti dei sintomi sottosoglia nel disturbo di panico e nel disturbo d'ansia generalizzato: un'analisi trasversale

L. Lietti, L. Oldani, G. Camuri, B. Benatti, E. Catenacci, V. Vecchi, B. Dell'Osso, C. Bressi, A.C. Altamura

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

Introduzione: recenti studi hanno dimostrato l'importanza dei sintomi sottosoglia psichiatrici come predittori negativi di outcome nei pazienti affetti da disturbi d'ansia e dell'umore. Scopo di questo studio è stato valutare, nei pazienti affetti da disturbo d'ansia generalizzato (GAD) e disturbo di panico (DP), gli effetti di sintomi sottosoglia in comorbidità.
Metodo: sono stati reclutati 29 pazienti, affetti da GAD (n = 14) o DP (n = 15), secondo i criteri del DSM-IV-TR (SCID-I), a cui sono state somministrate le seguenti scale di valutazione: Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), Clinical Global Impression (CGI), Sheehan Disability Scale (SDS). Sono stati quindi confrontati pazienti che presentavano in comorbidità sintomi sottosoglia dello spettro ansioso o depressivo con pazienti senza tale comorbidità, utilizzando il test t-student.
Risultati: i pazienti affetti da DP con sintomi sottosoglia dello spettro ansioso mostravano un'età d'esordio del DP maggiore ($t = -2,53$; $p = 0,025$) e un punteggio più alto alla SDS ($t = -2,33$; $p = 0,037$), rispetto ai pazienti senza tale comorbidità. Risultati analoghi non si sono riscontrati nei soggetti affetti da GAD, i quali, tuttavia, mostravano un punteggio significativamente maggiore alla HAM-A ($t = 3,02$; $p = 0,010$), alla MADRS ($t = 3,31$; $p = 0,006$) e alla CGI ($t = 3,05$; $p = 0,009$), se presenti in comorbidità sintomi depressivi sottosoglia.
Conclusioni: i sintomi sottosoglia sembrano influenzare negativamente il funzionamento sociale e familiare nei pazienti affetti da DP.

Bibliografia

Altamura AC, Montresor C, Salvadori D, Mundo E. *Does comorbid subthreshold anxiety affect clinical presentation and treatment response in depression? A preliminary 12-month naturalistic study*. Int J Neuropsychopharmacol 2004;7:481-7.

Lecrubier Y. *Refinement of diagnosis and disease classification in psychiatry*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008;258:6-11.

P113. Il trattamento del gioco d'azzardo patologico: variabili psicopatologiche e psicoterapeutiche. Uno studio espidemiologico

A. Matinella, F. Picone*, S. Scardina*, L. Sideli, D. La Barbera

*Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo; *Servizio per le Tossipendenze, ASL 6, Palermo*

Introduzione: il Gioco d'Azzardo Patologico assume un ruolo rilevante nell'ambito delle nuove dipendenze, con un impatto significativo sulla spesa sanitaria e sui costi sociali. Da recenti ricerche è emerso che in Italia la percentuale di giocatori si aggira intorno al 3% della popolazione con preoccupanti picchi dello 8% tra i giovani. I risultati delle meta-analisi segnalano che una ridotta percentuale di giocatori entra in trattamento e che l'astinenza è di fatto l'unica possibilità terapeutica reale. I trattamenti non farmacologici presentano un'efficacia complessivamente superiore rispetto a quelli farmacologici.
Metodi: è stato condotto uno studio epidemiologico su 114 pazienti consecutivi afferenti all'Ambulatorio del SerT di Palermo D.S. 13, con diagnosi di Gioco d'Azzardo Patologico secondo i criteri del DSM IV. Oltre ai dati demografici sono state registrate la distribuzione nelle classificazioni di Guerreschi, di Blaszczynski e Nower, e di Prochaska, la comorbilità, il tipo di psicoterapia praticata.
Risultati: la presa in carico si è conclusa favorevolmente per il 38% dei pazienti, il drop out ha interessato il 44% mentre il 18% è ancora in trattamento. Il 70% dei soggetti della nostra casistica hanno praticato un trattamento psicoterapeutico, di cui il 51% terapia di coppia, il 23% terapia individuale, il 29% familiare. Analizzando i casi di drop-out si osserva che la fascia di età più compliante è quella tra 36 e i 45 anni (28% di drop-out), quelle più resistenti sono, invece, le fasce estreme (57% sia per la fascia 16-25 che per quella 56-65). Relativamente alle tipologie di gioco, i giocatori d'azione risultano meno compliant alla terapia, con una percentuale di adesione del 35% contro il 51% dei giocatori per fuga. Facendo riferimento alla tipologia di Blaszczynski, il tipo impulsivo antisociale mostra una percentuale di abbandono superiore a quella del sottotipo bisognoso emotivamente e di quello condizionato dall'esterno è (54 *vs.* 43 *vs.* 33%). Il range di durata delle terapie concluse favorevolmente presenta una durata mediamente superiore a quelle interrotte precocemente (6,7 *vs.* 4,2 mesi); mettendo in relazione questi dati con la scala motivazionale di Prochaska si registra che solo il 21% dei soggetti nella fase di mantenimento declinano la terapia, mentre esiste una forte percentuale di abbandono nella fase di precontemplazione (87%). La terapia che si è dimostrata più efficace nel determinare il successo terapeutico è quella di coppia, con il 73% di soggetti che hanno conseguito l'astinenza (*vs.* 45% t. individuale e 58% t. familiare).
Conclusioni: nonostante la complessità psicopatologica del GAP le percentuali di successo terapeutico registrate nel campione sono da ritenersi soddisfacenti. La ricerca ha messo in luce le variabili psicopatologiche e psicoterapeutiche che possono ostacolare e favorire la presa in carico. Ci è possibile individuare un profilo del giocatore che più difficilmente aderisce alla terapia: si tratta di un giocatore motivato dal bisogno di provare sensazioni forti, caratterizzato da una personalità con tratti impulsivi e antisociali e che tende a minimizzare le proprie difficoltà, rifuggendo da ogni cambiamento. Lo studio segnala che l'intervento sul singolo individuo può non essere bastevole. La terapia familiare e di coppia sembrano più efficaci in relazione al fatto che la dipendenza può essere considerata una risposta a delle dinamiche relazionali disfunzionali e che il giocatore d'azzardo patologico può assumere un ruolo di stabilizzatore dell'omeostasi familiare.

Bibliografia

Leung KS, Cottler LB. *Treatment of pathological gambling, Current Opinion*. Psychiatry 2009;1:69-74.

Blaszczynski AP, Nower L. *A pathways model of problem ad pathological gambling*. Addiction 2002;97:487-9.

P114. Il counselling come trattamento aggiuntivo nei disturbi depressivi nella medicina generale: risultati di uno studio controllato

M.F. Moro, M.C. Hardoy, S. Adamo, A.L. Floris, D. Atzori, P. Mameli, M.E. Lecca, M.G. Carta

Centro per la Terapia e la Ricerca in Salute Mentale, Università di Cagliari

Introduzione: lo scopo del lavoro è verificare l'efficacia di un intervento integrato (counselling più trattamento standard) verso solo trattamento standard, in sofferenti di disturbi depressivi nel setting della medicina generale.
Metodo: studio controllato in soggetti con disturbi depressivi (diagnosi DSM-IV). Trattamenti: terapia standard gestita dal MMG verso terapia standard + programma di counselling strutturato. Follow-up a sei mesi. Valutazioni all'inizio (t0), 3 mesi (t1) e 6 mesi (t2) con BDI, CGI, WHQOL. Counselling condotto da 4 psicologi secondo manuale strutturato (Dalgard 2006).
Soggetti segnalati dai MMG: casi tutti da 4 MMG, controlli da altri 10 MMG dopo mathcing (sesso, età, BDI).
Risultati: 42 casi/42 controlli (selezionati da 69), 28 femmine, età 14-68. Diagnosi casi: episodio depressivo maggiore (EDM) in depressione maggiore (DM) 5; EDM in disturbo bipolare (DB) 8; disturbo dell'adattamento con umore depresso (DAUM) 21; distimia 8. Controlli: EDM in DM 5; EDM in DB 4; DAUM 21; distimia 12. La sintomatologia depressiva (BDI) migliora nei 2 gruppi a t1, il miglioramento è incrementato a t2, a t2 risulta più marcato nel gruppo sperimentale ($p < 0,001$). Il giudizio

migliora nel solo gruppo sperimentale a t2 ($p < 0,05$). La qualità della vita (punteggio WHQOL) migliora nel solo gruppo sperimentale a t2 ($p < 0,01$).
Discussione: il counselling come terapia aggiuntiva in pazienti depressi afferenti al MMG migliora la sintomatologia depressiva ma anche la qualità della vita e il benessere generale

Bibliografia

Balestrieri M, Carta MG, Leonetti S, Sebastiani G, Bellantuono C. *Recognition of depression and appropriateness of antidepressant treatment in Italian primary care*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004;39:171-6.

Dalgard OS. *A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway Clinical Practice and Epidemiology*. Mental Health 2006;2:15.

P115. Rapporto tra lutto complicato e spettri dell'umore e panico-agorafobico in un campione di soggetti con disturbi d'ansia e dell'umore

M. Muti, S. Pini, M. Abelli, C. Gesi, L. Lari, M. Corsi, I. Pergentini, E. Maltinti, A. Cardini, GB. Cassano

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

Introduzione: recenti studi suggeriscono una relazione tra lutto complicato (CG), disturbo bipolare e disturbo di panico. Al fine di chiarire i rapporti tra queste entità nosologiche abbiamo confrontato in un campione di soggetti con disturbi d'ansia e dell'umore, le caratteristiche cliniche dei soggetti con e senza CG.
Metodi: il campione è costituito da 369 pazienti psichiatrici con disturbi d'ansia e dell'umore (SCID-I). Il CG è stato valutato con la scala in auto-valutazione Inventory of complicated grief (ICG > 25); sono stati inoltre valutati gli spettri dell'umore e dell'ansia rispettivamente con il MOOD-SR e con il PAS-SR.
Risultati: il lutto complicato è presente nel 25% del campione e non risulta essere associato alle comuni diagnosi di asse I; tuttavia emerge una correlazione altamente significativa tra CG e rispettivamente il punteggio totale e i vari domini del MOOD-SR. Allo stesso tempo il lutto complicato presenta una correlazione altrettanto significativa con il punteggio totale ed i vari domini del PAS-SR.
Conclusioni: tali dati confermano una relazione tra CG, spettro panico e spettro dell'umore. In particolare i soggetti con sintomi dello spettro panico e dell'umore sembrano presentare una maggiore vulnerabilità agli eventi di perdita e allo sviluppo di un lutto complicato.

P116. Scompenso cardiaco congestizio e comorbidità con i disturbi depressivi e d'ansia: effetti a lungo termine del trattamento psichiatrico sulla mortalità

L. Palagini[*], F. Cetani, C. Gentili, O. Bernini, G. Nelli, S. Vincenzi, C. Passino[**], M. Emdin[**], M. Guazzelli

[*] *Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa;* [**] *Centro Nazionale Ricerche, CNR, Pisa; Cattedra di Psicologia Clinica, Università di Pisa*

La comorbidità per i disturbi d'ansia e dell'umore incrementa di 2-3 volte i tassi di mortalità nello Scompenso Cardiaco Congestizio (SCC). Per valutare l'effetto del trattamento dei disturbi psichici sulla mortalità nello SCC sono stati valutati 94 pazienti (FE < 40%, NHYA classe I-V) a T0 mediante SCID, HAM-A per l'ansia e HAM-D per la depressione. I pazienti con comorbidità (gruppo P) sono stati trattati con SSRI e valutati dopo 3 (T1), 6 (T2), 12 (T3), 24 (T4) e 36 mesi (T5). A T0 il 53% presentava un disturbo psichico: 17% depressione maggiore (DM), il 21% depressione NAS (DN), il 35% un disturbo d'ansia (DA); i pazienti sono stati trattati con citalopram 20 ± 5 mg/die, sertralina 60 ± 20 mq/die, paroxetina 15 ± 5 mq/die. A T5 si è avuta la remissione nel 70% dei pazienti con DM, nel 75% dei pazienti con DN e nell'80% dei pazienti con DA in trattamento con citalopram 25 ± 5 mg/die, sertralina 60 ± 25 mq/die, paroxetina 15 ± 3 mq/die e non vi erano differenze significative nei tassi di mortalità tra questo gruppo e il gruppo NP (a T0 Gruppo P *vs.* NP non differenze significative per variabili socio-demografiche, cliniche, ormonali, classe NHYA, EF, IMC, Tipo B peptide). I risultati di questo studio sembrano indicare che il trattamento con SSRI nello SCC non incrementa i tassi di mortalità e sembra anzi ridurre gli effetti negativi che il disturbo psichico può avere sulla sopravvivenza nello SCC.

P117. Rapporto tra ansia di separazione dell'adulto e lutto complicato in un campione di 554 soggetti con disturbi d'ansia e dell'umore

I. Pergentini, M. Muti, S. Pini, M. Abelli, C. Gesi, L. Lari, M. Corsi, E. Maltinti, A. Cardini, GB. Cassano

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

Introduzione: sebbene il disturbo d'ansia di separazione sia da sempre considerato tipico dell'infanzia, recenti studi epidemiologici indicano come tale disturbo si presenti frequentemente anche nell'adulto (SEPAD).
Abbiamo studiato frequenza e caratteristiche cliniche del SEPAD, analizzando in particolare i suoi rapporti con il lutto complicato (CG).

Metodi: il campione è costituito da 554 pazienti con disturbi d'ansia e dell'umore (SCID-I). La diagnosi di SEPAD è stata effettuata con la SCI-SAS, il lutto complicato valutato con l'Inventory of complicated grief (ICG), lo spettro bipolare con il MOOD-SR.
Risultati: il SEPAD è presente nel 36,6% del campione; i pazienti con SEPAD mostrano valori maggiori nel punteggio totale dell'ICG. Inoltre il SEPAD è l'unica diagnosi che correla con la presenza di CG (ICG > 25). Per approfondire questo rapporto abbiamo confrontato soggetti con SEPAD e CG con soggetti con SEPAD senza CG. Nei pazienti con SEPAD, la presenza del CG non sembra influenzare la frequenza di altre diagnosi di asse I; tuttavia pazienti con SEPAD e CG riportano punteggi superiori in vari domini dello spettro bipolare.
Conclusioni: il SEPAD si riscontra con elevata frequenza nei pazienti psichiatrici adulti e correla con la presenza di un lutto complicato. Inoltre la presenza di CG in soggetti con SEPAD si associa a sintomi di spettro bipolare suggerendo come il rapporto SEPAD-CG possa essere mediato da questa sintomatologia sottosoglia.

P118. Disturbi del comportamento alimentare e disturbi di personalità: applicazione del defence Style Questionnaire-40 per la valutazione degli stili difensivi in un campione di pazienti afferenti al DSM dell'AOS Gerardo di Monza

E. Pini, L.E. Zappa, M. Caslini, M. De Coppi, M. Clerici

Dipartimento di Psichiatria, Università di Milano-Bicocca

Scopo: dall'analisi della letteratura e dall'esperienza nel trattamento dei DCA si riscontra in un'ampia percentuale di casi la diagnosi in comorbidità di disturbo di personalità. Scopo dello studio è quello d'individuare e descrivere gli stili difensivi che caratterizzano i due gruppi psicopatologici con l'obiettivo di delineare un profilo difensivo che possa accomunarli o differenziarli.
Materiali e metodi: lo studio è stato condotto nel DSM dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza e si è basato sulla somministrazione e analisi del Defence Style Questionnaire-40 (Farma T. Cortinovis I. 2000). Il campione è composto da 40 soggetti con DCA e da 40 soggetti con DP; su di esso si è proceduto all'analisi statistica dei dati.
Risultati e conclusioni: dall'analisi dei risultati emerge una significatività statistica nell'utilizzo di meccanismi di difesa di tipo immaturo e nevrotico nel campione clinico, tuttavia, né i pazienti con DCA né i pazienti con DP sembrano caratterizzati da uno stile difensivo proprio e specifico. Nel confronto tra DCA e DP si riscontra una differenza significativa negli item: annullamento, aggressione passiva e somatizzazione, meccanismi utilizzati in maniera significativamente maggiore dai pazienti con DP. Questi risultati ci fanno ipotizzare che il DCA possa essere interpretato come un meccanismo di difesa esso stesso, o uno stile difensivo, che caratterizza e rende specifico il quadro psicopatologico complesso di questi pazienti.

P119. Considerazioni scaturite dall'osservazione e cura di 140 pazienti con diagnosi di fibromialgia

S. Pirone, L. Marcantonio[*], A. Perretti[*], G. Alinovi

Dipartimento di Neuroscienze e Comportamento, Area Didattico-Scientifica di Psicoterapia; [*] Dipartimento di Scienze Neurologiche, Università "Federico II" di Napoli

In circa due anni abbiamo visitato un campione di 140 pazienti, prevalentemente donne, con età compresa fra i 20 ed i 55 aa., afferite al nostro ambulatorio per la diagnosi ed il trattamento della fibromialgia (Fm), presso l'Università "Federico II" di Napoli. Nel 1987 American Medical Association ha riconosciuto la Fm come malattia vera e potenziale causa di disabilità cronica. Pur manifestandosi con un vasto quadro sintomatologico invalidante caratterizzato da intensi dolori diffusi al tutto il soma, difficoltà nel movimento, affaticabilità cronica, disturbi del sonno, non si è riusciti, fino a questo momento, ad individuare un'etiologia certa. Lo studio del nostro campione ha evidenziato, in maniera sempre più evidente, non solo la necessità di un inquadramento nosografico più puntuale di questa sindrome, ma anche l'importanza di una strategia integrata tra farmacoterapia e supporto psicoterapico. Il paziente tipo da noi valutato è solitamente una donna già visitata da vari e diversi specialisti, sfiduciata per i numerosi insuccessi terapeutici vissuti. In queste pazienti il sintomo costante è il dolore, con una sofferenza psichica che accompagna lo "stato di dolore" ma non con quella componente emozionale inconscia, caratteristica del disturbo di conversione. Ciò comporta per lo psichiatra la capacità di contattare non solo la sfera emozionale e gli aspetti psicodinamici della patologia ma anche la necessità di doversi districare agevolmente con tematiche del campo reumatologico oltre che neuropsichiatrico.

P120. Correlati neurovegetativi e psicometrici nell'Alessitimia

E. Pistorio, V. Messina[*], P. Lo Iacono[**], M. Luca[***], G. Nicolosi[***], C. Calandra[****]

Specialista in Psichiatria, Dottore di Ricerca in Medicina Neurovegetativa; [*] Medico in formazione specialistica, Scuola di Specializzazione di Psichiatria, Università di Catania; [**] Medico-Chirurgo; [***] Laureanda in Medicina e Chirurgia; [****] Direttore UO Psichiatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Gaspare-Rodolico", Policlinico di Catania

Introduzione: a personalità umana presenta correlazioni cerebrali che esercitano diverse influenze sui processi biologici [1]. Obiettivo del nostro studio è stato quello di

verificare se ci sia una correlazione tra la alessitimia, il sistema neurovegetativo e la psicopatologia.
Materiali e metodi: abbiamo arruolato 48 pazienti, ai quali abbiamo somministrato dei test psicometrici e di personalità, che abbiamo correlato con dati relativi ai test cardiovascolari, effettuati con l'ausilio di un elettrocardiografo e di uno sfigmomanometro.
Risultati: lo studio ci ha consentito di focalizzare meglio le ancora poco chiare correlazioni tra l'alessitimia, la psicopatologia ed alcune variabili neurobiologiche.
Conclusioni: gli aspetti che abbiamo indagato sono alquanto controversi, ma abbiamo certamente ottenuto una interessante evidenza di disregolazione autonomica in soggetti alessitimici, peraltro già evidenziata in altri studi [2].

Bibliografia

[1] Koech S, Remppis A, Sammuler D, Jentschke S, Mietchen D, Fritz T, et al. *A cardiac signature of emotionality*. Eur J Neurosci 2007;2611: 3328-38.

[2] Infrasca R. *Alexithymia, neurovegetative arousal and neuroticism. An experimental study*. Psychother Psychosom 1997;66:276-80.

P121. Depressione e ansia: relazioni con il metabolismo lipidico

E. Pistorio, V. Messina, M. Luca, C. Calandra

UO Complessa Clinica Psichiatrica, AOU Policlinico "G. Rodolico" di Catania

Introduzione: numerosi studi evidenziano l'importanza di colesterolo e trigliceridi nell'individuare uno stato depressivo o ansioso. Ipotizziamo che una disregolazione del Sistema Nervoso Autonomo (SNA), modulando il metabolismo lipidico, determini un incremento di colesterolo rispetto ai trigliceridi nella depressione e un aumento di trigliceridi rispetto al colesterolo nell'ansia. Scopo del lavoro è mettere in relazione colesterolo e trigliceridi con depressione, ansia e probabili disautonomie.
Metodi: utenti, afferenti alla nostra Unità Operativa e ad un ambulatorio di medicina di base, totalizzando alla HAM-D un punteggio ≥ 9 o allo STAI > 35, venivano sottoposti alla batteria di test di Ewing, per valutare il SNA, e al dosaggio di colesterolo e trigliceridi. È stata, inoltre, formulata diagnosi secondo i criteri del DSM-IV-TR.
Risultati: il campione è composto da 155 soggetti, 95 pazienti (32 uomini, 63 donne, età media 46,0 ± 15,0) e 60 controlli (36 uomini, 24 donne, età media 50,5 ± 10,8). Nei disturbi d'ansia e disturbi depressivi non si riscontrano differenze significative nel colesterolo, ma in entrambi i valori sono più elevati rispetto ai controlli (ansia: $p < 0,01$; depressione: $p < 0,01$). I trigliceridi, nel disturbo d'ansia, sono significativamente superiori (depressione: $p < 0,005$; controllo: $p < 0,005$). Nel grado di disautonomia, tra i pazienti psichiatrici, è emersa una differenza significativa rispetto ai controlli ($p < 0,001$).
Conclusioni: tali osservazioni rappresentano la base per ulteriori studi, nella speranza di perfezionare marker biologici che siano di ausilio nell'accertare la diagnosi.

Bibliografia

Kreier F, Fliers E, Voshol PJ, Van Eden CG, Havekes LM, Kalsbeek A, et al. *Selective parasympathetic innervation of subcutaneous and intra-abdominal fat – functional implications*. J Clin Invest 2002;110:1243-50.

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.

P122. Burning Mouth Sindrome: un modello etiopatogenetico

M.G. Ravel[1], D. Adamo[2], G. Loiarro[3], M. Piantadosi[3], F. Macinante[3], V. Schiavone[4], G. Ventrella[4], F. Kusmann[1], A. Pollio[5], C. Zarrelli[5], E.B. De Notaris[3], M. Morlino[3]

[1] Dipartimento di Neuroscienze; [2] Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche; [3] Area Didattico-Scientifica di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze; [4] Dipartimento di Neuroscienze; [5] Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche, AOU "Federico II", Napoli

La Burning Mouth Sindrome (BMS) è una patologia caratterizzata da bruciore alla bocca, ad andamento cronico, in assenza di lesioni locali o patologie sistemiche. Sintomi associati sono xerostomia, disgeusia e parestesie orali.
Al fine di valutare l'incidenza di patologie di interesse psichiatrico in un popolazione affetta da BMS e di fornire un modello etiopatogenetico del disturbo, sono stati arruolati 53 soggetti affetti e 51 volontari sani, ai quali sono state somministrate diverse scale di valutazione (McGill P.Q., SCL90R, STAI-Y, Ham-D, SCID).
L'analisi statistica dei dati ottenuti suggerisce un modello etiopatogenetico della BMS.
La BMS potrebbe insorgere in soggetti che presentino un tratto ansioso. Le caratteristiche ansiose e la tendenza alla somatizzazione potrebbero essere associate ad una sintomatologia depressiva; tale ipotesi è in accordo con la psicopatologia classica che descrive la stabilità del sintomo ansioso su quello depressivo (tendenza del soggetto ansioso a mantenere le caratteristiche del disturbo invariate nel tempo, con la possibilità di associazione in comorbilità di un disturbo depressivo, piuttosto che sviluppo di un disturbo d'ansia in un soggetto depresso non ansioso). Il risultato dell'analisi di regressione sembra suffragare tale ipotesi. Attraverso un meccanismo di somatizzazione, l'ansia potrebbe essere espressa a livello somatico come dolore in soggetti che abbiano sviluppato un disturbo depressivo (dolore in funzione della depressione).

P123. Duloxetina e bupropione in pazienti con disturbo depressivo maggiore resistente agli SSRI

S. Rigardetto, G.F. Asinari, N. Bertetto, G. Maina

Servizio per i disturbi depressivi e d'ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: duloxetina e bupropione sono entrambi antidepressivi efficaci e di vasto impiego clinico [1], anche in casi di precedente non risposta a trial farmacologici [2]. Dalla letteratura scientifica emergono a nostra conoscenza scarsissimi dati relativi al confronto tra l'efficacia della duloxetina e del bupropione. Una recente meta-analisi [3] che ha valutato gli antidepressivi di nuova generazione non ha riscontrato differenze tra i due farmaci in termini di efficacia. Scopo del presente studio è confrontare i due trattamenti per quanto concerne l'efficacia in pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore (DDM) non responsivo agli SSRI.
Materiali e metodi: sono stati reclutati nello studio soggetti affetti da DDM resistente agli SSRI, ovvero che avevano già effettuato almeno due trattamenti con due diversi SSRI, corretti per tempi e dosi, senza beneficio clinicamente significativo. I pazienti sono stati assegnati a due gruppi di trattamento, uno con bupropione 300 mg/die ed uno con duloxetina 120 mg/die ad opera di un primo specialista psichiatra. Sono stati in seguito valutati in condizioni di cieco singolo, al baseline (T0), a 2 settimane (T1), a 4 settimane (T2) e a 6 settimane (T3). Per la valutazione, oltre al colloquio clinico, sono state somministrate le scale HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale) e GAF (Global Assessment of Functioning).
Risultati e conclusioni: sono stati reclutati 46 pazienti, 25 dei quali hanno assunto duloxetina e 21 bupropione. Entrambi i trattamenti sono risultati efficaci in una parte del campione senza differenze statisticamente significative tra i due gruppi (tassi di risposta a T2: duloxetina 64%, bupropione 71,4%; a T3: 64 e 71,4%).

Bibliografia

1 *National Institute for Clinical Excellence (NICE). Depression: management of depression in primary and secondary care*. London: National Institute of Clinical Excellence 2007.

2 *CME Institute, Academic highlights*. J Clin Psychiatry 2009;70:273-80.

3 Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G et al. *Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressant: a multiple treatments meta-analysis*. Lancet 2009,373:746-58.

P124. Fattori di rischio per lo sviluppo della depressione in gravidanza

M. Rossi, R. Rossi*, C. Bellantuono**

*Università Politecnica delle Marche, Sezione di Psichiatria, Ancona; *ASUR Marche, Z.T. 13, Ospedale "Mazzoni", Ascoli Piceno; **Clinica di psichiatria, Università Politecnica delle Marche, Sezione di Psichiatria, Ancona*

Scopo: la gravidanza per la donna è un periodo di grandi cambiamenti che coinvolgono diverse sfere quali: la relazione di coppia, il proprio ruolo, i rapporti con la famiglia d'origine, l'immagine corporea. Rappresenta quindi una fase di grande sviluppo emotivo che non sempre è preparata ad affrontare.
Scopo del presente lavoro è quello di identificare sia la frequenza che alcuni fattori di rischio della depressione in gravidanza. I fattori socio-demografici e clinici studiati sono stati: l'età, la posizione lavorativa, lo stato civile, la scolarità, l'anamnesi psichiatrica e l'anamnesi riproduttiva.
Materiali e metodi: abbiamo studiato alcuni fattori psicosociali e clinici in un campione costituito da: 487 gestanti che arrivavano alla nostra osservazione al momento del controllo ecografico, al 1°, 2°, 3° trimestre di gravidanza.
Alle pazienti, che avevano firmato il consenso informato, sono stati somministrati:
1) un questionario con domande di carattere generale che indagava: l'età, la posizione lavorativa, lo stato civile, la scolarità, l'anamnesi psichiatrica e l'anamnesi riproduttiva;
2) il Test di Edimburgo (EPDS: Edimburg Postnatal Depression Scale) nella versione italiana [1].

A seconda del punteggio del test, considerando come cut-off (12/13), le pazienti sono state suddivise in probabilmente depresse, (coloro che avevano totalizzato un punteggio maggiore ed uguale a 13) e probabilmente non depresse (coloro che avevano totalizzato un punteggio minore di 12) [4]. All' interno di questi gruppi sono state studiate le associazioni tra i fattori di rischio e la depressione in gravidanza attraverso l'analisi bivariata usando il test di Pearson del Chi-quadrato ed il t- Student per analizzare le variabili continue.
Risultati: in gravidanza.
Fattori statisticamente non significativi:
La probabile prevalenza della depressione nel campione analizzato è del 5,97% (n = 487).
Conclusioni: la prevalenza della depressione nel campione analizzato (n = 487), è del 5,97%, più bassa rispetto a quella riscontrata in letteratura in quanto abbiamo scelto un cut-off piuttosto alto (12/13), per discriminare le paziente probabilmente depresse da quelle non depresse, per cui quelle che risultano positive al test sono verosimilmente depresse da trattare.
I fattori psico-sociali e clinici che dal nostro studio emergono essere più importanti ed anche statisticamente significativi per la comparsa di depressione in gravidanza vanno ricordati:

Tabella I.

Fattori di rischio		N	% EPDS > 13
Età	< 25 anni	36	0,4
	> 25 anni	450	5,6
Nazionalità	italiane	451	5,1
	straniere	35	0,8
Stato civile	coniugate conviventi	440	5,7
	nubili, separate, divorziate, vedove	46	0,2
Con chi vive	coniuge, coniuge e figli	463	5,3
	da sole, da sole con figli, familiari, in comunità	23	0,6
Occupazione	stabile	350	3,9
	casalinghe, disoccupate, studentesse	136	2
Scolarità	bassa scolarità	21	1,2
	diplomate, laureate	395	4,7
Anamnesi riproduttiva	primipare	353	4,7
	pluripare	151	1,2
	pregressi aborti*	61	4,5
	senza pregressi aborti*	424	1,4
Anamnesi psichiatrica	attualmente in terapia per depressione	26	0,6
	attualmente non in terapia per depressione	465	5,3

* (Pearson chi-square = 3,749, df = 1, p = 0,053)
Fattori statisticamente significativi:
Prevalenza della depressione in gravidanza nel nostro campione:
nel 1° trimestre (N = 36): l'1%
nel 2° trimestre (N = 144): il 1,2%
nel 3° trimestre (N = 246): il 3,7%
(Pearson chi-square = 9,071, df = 3, p = 0,028)

Tabella II.

Fattori di rischio		N	% EPDS > 13	Pearson chi-square	df	p
Anamnesi psichiatrica	Senza precedenti episodi depressivi	434	3,1	45,575	1	0,000
	Con precedenti episodi depressivi	52	2,9			
	Consulto medico per depressione	33	1,2	9,414	1	0,002
	Senza consulto medico per depressione	453	4,7			
	Con precedente terapia per depressione	21	1	12,453	1	0,000
	Senza precedente terapia per depressione	456	4,9			

- la presenza di precedenti episodi depressivi nell'anamnesi psichiatrica;
- l'aver consultato un medico per la depressione;
- l'aver assunto terapia farmacologica per episodi depressivi [2 3].

A tale proposito va segnalata l'importanza della individuazione precoce delle pazienti a rischio che potranno così trarre beneficio da un intervento psicoterapico e/o farmacologico in grado di ridurre significativamente l'incidenza di fenomeni depressivi maggiori.

Bibliografia

[1] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. *Detection of postnatal depression: development of the 10-item*. Br J Psychiatry 1987;150:782-6.

[2] Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. *Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression*. Obstet Gynecol 2007;110:1102-12.

[3] Milgrom J, Gemmil AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. *Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study*. J Affect Disord 2008;108:147-57.

[4] Monti F, Agostini F, Marano G, Lupi F. *The course of maternal depressive sympomatology during the first 18 mounths postpartum in an Italian sample.* Arch Womens Ment Health 2008;11:231-8.

P125. Confronto dei livelli serici di Brain-Derived Neurotrophic Factor tra pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo e con disturbo depressivo maggiore

G. Rosso[1], A. Chiarle[1], R. Zanardini[2], F. Bogetto[1], M. Gennarelli[3 4], L. Bocchio-Chiavetto[2], G. Maina[1]

[1] Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino; [2] Unità di Neuropsicofarmacologia, IRCCS San Giovanni di Dio, Fatebenefratelli, Brescia; [3] Unità di Genetica, IRCCS San Giovanni di Dio, Fatebenefratelli, Brescia; [4] Divisione di Biologia e Genetica, Dipartimento di Scienze Biomediche e Biotecnologiche, Università di Brescia

Introduzione: recenti evidenze precliniche e cliniche hanno documentato un ruolo importante del Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) nel promuovere nel cervello adulto crescita, sopravvivenza e plasticità neuronale. Studi hanno evidenziato alterazioni nei livelli periferici di BDNF nel disturbo depressivo maggiore (DDM) [1], mentre i trattamenti farmacologici sembrano in grado di normalizzare la concentrazione della neurotrofina [2]. Ancora poco studiata è la correlazione tra disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e BDNF: ad oggi un unico studio [3] ha documentato valori inferiori in pazienti drug-naïve rispetto ai controlli, mentre non vi sono ancora dati sulla risposta ai trattamenti con SSRIs.
Gli obiettivi dello studio sono:

1) confrontare i livelli serici di BDNF tra: pazienti drug-naïve con DOC, pazienti drug-naïve con DDM, controlli sani;
2) confrontare i livelli serici di BDNF a un mese dall'inizio del trattamento con SSRIs (T1) tra i pazienti DOC e i DDM.

Materiali e metodi: sono stati reclutati tre gruppi di soggetti: 1) DOC drug-naïve; 2) DDM drug-naïve; 3) controlli sani. I pazienti reclutati sono stati valutati al tempo = mediante un'intervista semistrutturata e scale psicometriche (Y-BOCS, HAM-D, HAM-A, CGI, SF-36); ad ogni soggetto è stato inoltre prelevato un campione di sangue venoso per il dosaggio del BDNF. Ai pazienti DOC e con DDM è stato inoltre effettuato un ulteriore assessment clinico ed un secondo prelievo a T1.
Risultati e conclusioni: 24 soggetti con DOC, 15 con DDM e 39 controlli sono stati inclusi nello studio e valutati a T0; 10 pazienti DOC sono stati confrontati con 8 depressi a T1. I valori medi di BDNF sono risultati significativamente inferiori nei pazienti DOC e DDM drug-naïve rispetto ai controlli sani; l'analisi dei livelli serici di BDNF a T1 ha evidenziato una normalizzazione soltanto nei pazienti con DDM, come atteso in relazione alla risposta più tardiva alle terapie dei pazienti con DOC.

Bibliografia

[1] Sen S, Duman R, Sanacora G. *Serum brain-derived neurotrophic factor, depression, and antidepressant medications: meta-analyses and implications*. Biol Psychiatry 2008;64:527-32.

[2] Castren E. *Neurotrophic effects of antidepressant drugs*. Curr Opin Pharmacol 2004;4:58-64.

[3] Maina G, Rosso G, Zanardini R, Bogetto F, Gennarelli M, Bocchio-Chiavetto L. *Serum levels of brain-derived neurotrophic factor in drug-naïve obsessive-compulsive patients: a case-control study*. J Affect Disord 2009 [Epub ahead of print].

P126. Psicoterapia dinamica breve *versus* farmacoterapia nel trattamento dei disturbi depressivi

G. Rosso, P. Rapicavoli, B. Martini, N. Bertetto, G. Maina

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

Introduzione: negli ultimi anni la psicoterapia dinamica breve (BDT) ha assunto maggiore importanza nel trattamento dei disturbi depressivi [1 2]. La BDT possiede specifici elementi tecnici: il limite temporale, stabilito in partenza, la definizione di un focus su cui verterà il lavoro psicoterapeutico e l'atteggiamento attivo del terapeuta. Pochi studi hanno messo a confronto il trattamento farmacologico *vs.* un intervento psicoterapico in monoterapia nei disturbi depressivi [3]. La maggior parte di essi considera il trattamento con CBT o IPT. Per quanto concerne la BDT in monoterapia, una recente meta-analisi riporta che tale intervento confrontato con un trattamento farmacologico in disturbi depressivi quali distimia e disturbo depressivo maggiore (DDM) ha un'efficacia del tutto sovrapponibile [4].
Il presente studio si propone di confrontare l'efficacia della BDT e quella della terapia con SSRI nel curare e prevenire le ricadute nel trattamento dei disturbi depressivi.
Metodi: il campione è formato da pazienti ambulatoriali con diagnosi di DDM di grado lieve o moderato (HAM-D ≤ 24), distimia, disturbo depressivo NAS (DSM IV-TR). All'interno di questo gruppo, sono stati confrontati i pazienti che hanno ricevuto SSRIs con i pazienti trattati con BDT. A tutti i soggetti sono state somministrate le seguenti scale ad inizio trattamento (T_1): HDRS, HARS, CGI. Entrambi i gruppi sono stati rivalutati con le medesime scale a 3 mesi dall'inizio del trattamento (T_2), alla fine dell'intervento (T_3), al follow up a 6 mesi (T_4).
Risultati: i due trattamenti hanno dimostrato pari efficacia sia per tassi di responder che per riduzione dei sintomi. Sono in corso di valutazione i risultati relativi alla fase di continuazione (follow-up a 6 mesi).
Conclusioni: in casi selezionati di disturbi depressivi, la

BDT è in grado di apportare un miglioramento sintomatologico pari a quello ottenuto con la farmacoterapia.

Bibliografia

[1] Maina G, Forner F, Bogetto F. *Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders*. Psychoter and Psychosom 2005;74:43-50.

[2] Maina G, Rosso G, Crespi C, Bogetto F. *Combined brief dynamic therapy and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: a pilot study*. Psychoter and Psychosom 2007;76:298-305.

[3] Imel E, Malterer MB, McKay KM, Bruce E. *Wampold, a meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia*. Jour of Affect Dis 2008;110:197-206.

[4] Cuijpers P, Van Straten A, Van hoppen P, Andersson G. *Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies*. J Clin psychiatry 2008;69:1675-85.

P127. Progetto per la prevenzione ed il trattamento dei disturbi psichiatrici post-partum

A. Russo, A. Colella, F. D'Amato*, N.M. Passione*, F. Pirarella*, S. Pirone*, F. Fiore

*DSM ASL AV2; * Dipartimento di Neuroscienze, Unità Didattico Scientifica di Psichiatria, Università "Federico II" di Napoli*

La ricerca ha evidenziato la diffusione e la persistenza dei disturbi psichiatrici della madre successivi al parto. Il periodo immediatamente successivo al parto è quello in cui si osserva un aumento di vulnerabilità per le donne di sviluppare patologie psichiatriche, in particolar modo disturbi dell'umore. I disturbi affettivi legati al post-partum,colpiscono fino all'80% delle donne nei primi 3 mesi dopo il parto con conseguenze che si riflettono sulla qualità della relazione madre- bambino. Recenti ricerche hanno dimostrato come queste pazienti già durante la gravidanza manifestino alterazioni emotive,in particolare modo, ansia e depressione, che possono agire da fattori predisponenti a successivi problemi affettivi post-partum. Agendo a livello medico e psicologico, potenziando le possibilità d'incontro delle future madri con i servizi assistenziali, si vuole favorire la consapevolezza delle pazienti sul fenomeno a rischio. In una prima fase, mediante colloqui psichiatrici, la raccolta dell'anamnesi familiare e personale e la somministrazioni di test si cercherà di individuare eventuali pazienti a rischio. Mentre mediante una profilassi secondaria, ci si propone di evitare l'eventuale peggioramento di processi patologici già in atto. Lo scopo del progetto, rivolto alle gestanti che saranno seguite dal 6 mese di gravidanza fino a 3 mesi dopo la nascita del bambino, è quello di ridurre le manifestazioni dei disturbi psichiatrici dopo il parto.

P128. Indici elettrofisiologici di elaborazione emozionale involontaria nei disturbi d'ansia e depressivi

D. Russo, A. Mucci, F. Centanaro, G. Plescia, V. Montefusco, S. Galderisi, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Anomalie dell'elaborazione emozionale sono state riportate sia nei disturbi d'ansia che nei disturbi depressivi. È stato ipotizzato che l'ansia sia correlata alla disregolazione delle risposte di paura, in relazione ad iperattività del sistema preattentivo di risposta a stimoli minacciosi o alla ridotta efficienza dei processi regolatori di tale risposta. La depressione potrebbe essere in relazione con una ridotta risposta alle emozioni positive.
Nello presente studio gli ERPs sono stati utilizzati per indagare l'elaborazione di stimoli a diversa valenza emozionale in 33 controlli sani (CS) e 55 pazienti clinicamente stabili [16 con disturbo di panico (DP), 15 con disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), 13 con depressione unipolare (DU) e 11 con depressione bipolare (DB)]. Gli ERPs sono stati registrati durante un compito di discriminazione visiva, con distrattori neutri, erotici, disgustanti e minacciosi.
I pazienti mostravano anomalie di sequenza, durata e topografia delle componenti degli ERPs correlate all'elaborazione emozionale. I pazienti con disturbi d'ansia presentavano alterazioni delle fasi precoci in risposta a stimoli minacciosi. I pazienti con DB mostravano alterazioni sia delle componenti precoci che tardive. Sia i pazienti con DOC che quelli con DU mostravano alterazioni delle componenti tardive degli ERPs per stimoli erotici.
Alterazioni dell'elaborazione emozionale possono avere aspetti comuni e distinti nei disturbi d'ansia e depressivi.

P129. Attenzione e impulsività nei disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo

L. Sideli, L. Barrale, B. Di Benedetto, G. Grillo, D. Mangiapane, A.M. Marinaro, C. Mistretta, C. Sartorio, D. La Barbera

Sezione di Psichiatria Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo

Introduzione: lo spettro ossessivo-compulsivo comprende una varietà di condizioni psichiatriche accomunate da pensieri e comportamenti ricorrenti e intrusivi o da impulsi a cui è difficile resistere. Sebbene siano da tempo conosciuti i correlati neurochimici e neuroanatomici meno noti sono gli aspetti neuropsicologici. Il progetto di ricerca si propone di indagare le dimensioni neuropsicologiche di alcuni disturbi appartenenti allo spettro ossessivo-compulsivo.
Metodi: il campione comprende 40 pazienti ambulatoriali affetti da disturbo ossessivo-compulsivo (n = 10),

disturbi somatoformi (n = 10), disturbi del controllo degli impulsi (= 10) e ADHD (n = 10), diagnosticati mediante SCID I e II, e 20 controlli sani. La valutazione è effettuata mediante la Wender Utah Rating Scale, Brown Attention Deficit Disorder Scale, la Barratt Impulsiveness Scale. Le analisi statistiche sono condotte mediante Kruskal Wallis per la differenza tra medie e con il test di Spearman per le correlazioni.
Risultati: in linea con le aspettative, i soggetti con ADHD presentano un maggior numero di sintomi di disattenzione e impulsività nell'infanzia e un maggior grado di compromissione della pianificazione strategica e dell'attenzione sostenuta e selettiva nell'età adulta; elevati sono anche i punteggi alle sottoscale di impulsività attentiva e motoria. Secondariamente si rilevano difficoltà di pianificazione e di attenzione selettiva da parte dei soggetti con disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi somatoformi. Questi ultimi presentano anche una maggiore alterazione dell'attenzione sostenuta.
Conclusioni: alterazioni dell'attenzione sono sintomi comuni nei disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo. Oltre che nell'ADHD, alterazioni dell'attenzione sostenuta, selettiva e deficit della pianificazione vengono riportati anche nel disturbo ossessivo-compulsivo e nei disturbi somatoformi e, seppure in misura minore, nei soggetti con disturbi del controllo degli impulsi.

Bibliografia

Stein DJ. *Neurobiology of the Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders*. Biol Psychiatry 2000;47:296-304.

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.

P130. La consulenza psichiatrica per la popolazione anziana nell'ospedale generale

C. Silvestrini[*], A. Carano[* **], A. Crisoliti[**], D. De Berardis[*], S. Moschetta[*], E. Totaro[*], S. Nassini[**], R.M. Salerno[*], F.M. Ferro[*]

[*] *Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università di Chieti;* [**] *Dipartimento Salute Mentale di Civitanova Marche*

Introduzione: al progressivo incremento demografico della popolazione geriatrica degli ultimi decenni, corrispondono particolari necessità dell'assistenza sanitaria: infatti più del 30% dei pazienti ricoverati nei reparti ospedalieri è rappresentato da soggetti anziani. La comorbidità tra patologia organica e disturbi psichiatrici in questa popolazione è estremamente elevata. Lo scopo dello studio è stato di valutare il carico e la tipologia delle richieste di consulenza psichiatrica, identificare le patologie psichiatriche emergenti ed osservare il trattamento proposto nella popolazione anziana ospedalizzata.
Materiali e metodi: sono stati considerati i dati relativi a 182 consulenze psichiatriche effettuate nell'ambito della Liason Psychiatry relativo ad un anno di attività di consultazione psichiatrica presso l'Ospedale Clinicizzato di Chieti. Per ciascuna consulenza è stata compilata una specifica cartella clinica per indagare gli items relativi al paziente, alla consulenza, al ricovero ed alla dimissione.
Risultati: per fornire diagnosi organiche standardizzate è stato utilizzato l'ICD-9, per le diagnosi psichiatriche è stato impiegato il più recente ICD-10. L'analisi statistica dei dati è stata effettuata mediante programma SPSS-Pluss. La distribuzione di genere e la variabile di ordine anagrafico vedovanza prevalgono nel sesso femminile (65%). Più del 40% dei grandi vecchi (> 85 anni) vive solo. I reparti che più frequentemente richiedono la consulenza psichiatrica appartengono a specialità mediche. All'aumentare dell'età, si verifica un incremento delle richieste di tipo urgente o in giornata, soprattutto per i grandi vecchi e nei reparti chirurgici. Le patologie psichiatriche più frequenti sono: i disturbi mentali organici (18,8%); i disturbi d'ansia (27,4%) e i disturbi affettivi (23,7%). A seguito della consulenza viene a ridursi l'uso dei farmaci benzodiazepinici e aumenta l'utilizzo di farmaci antidepressivi e neurolettici.
Conclusioni: si osserva come un intervento psichiatrico appropriato e precoce può garantire una migliore qualità mentale al paziente anziano, inoltre, se programmato adeguatamente, possono essere messi a punto interventi interdisciplinari al fine di ridurre i tempi di degenza e favorire una migliore gestione del paziente nella sua globalità.

Bibliografia

Kay DWK, Holding TA, Jones B, Litter S. *Dependency in old age: a comparison of mental and physical factors*. Int J Geriat Psychiatry 1991;6:833-44.

P131. DPTS e calamità naturali: conseguenze dell'alluvione di Vibo Valentia

M. Sirianni, M.G. Suriano[*], A. Barberi, D. Chiodo, C. Segura Garcìa, P. De Fazio

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università "Magna Grecia" di Catanzaro; [*] *C.d.L. in Operatore di Servizio Sociale*

Introduzione: numerosi studi riportano lo sviluppo di disturbo post-traumatico da stress (DPTS) in soggetti esposti a calamità naturali. Obiettivo del presente lavoro è valutare la presenza di DPTS nei residenti nella zona del vibonese colpita dall'alluvione del 2006.
Metodi: è stata condotta un'osservazione trasversale mediante somministrazione di Impact of Event Scale-Revised (IES-R), che valuta la presenza di stress legato agli eventi della vita. Il disegno statistico ha previsto: statistica descrittiva, test chi-quadro, studio delle correlazioni di Spearman.

Risultati: sono stati esaminati 30 soggetti (f = 61,3% m = 38,7%; età m = 43,33 ± 14,70 anni, 70% coniugati), appartenenti al ceto medio (54,84%) e privi di comorbidità medica o psichiatrica (73,3%). La IES-R ha rilevato nella maggioranza dei soggetti un cut-off più elevato per i sintomi da stress post-traumatico (m = 46,68 ± 10,84), con valori maggiori nella dimensione iper-arousal. I soggetti di sesso femminile hanno un punteggio medio più elevato (49,61 *vs*. 46,17), soprattutto nelle dimensioni sintomi intrusivi e iperarousal. Vi sono correlazioni positive tra sesso femminile e pensiero intrusivo, mentre sono state rilevate correlazioni negative tra numero di componenti della famiglia e iperarousal, e tra livello di scolarità e totale IES-R.
Conclusioni: l'incidenza di DPTS in soggetti esposti a calamità naturali è più elevata della popolazione generale. Ci sono differenze di espressione e gravità del disturbo tra i sessi, e lo sviluppo di sintomi sembra influenzato dalla condizione socioeconomica. Nuclei familiari meno numerosi sembrano inoltre esposti a minor quota d'ansia.

Bibliografia

Kun P, Han S, Chen X, Yao L. *Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder: a cross-sectional study among survivors of the Wenchuan 2008 earthquake in China*. Depress Anxiety 2009.

Neria Y, Nandi A, Galea S. *Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review*. Psychol Med 2008;38:467-80.

Resick PA, Miller MW. *Post-traumatic stress disorder: Anxiety or traumatic stress disorder?* J Trauma Stress 2009.

P132. Stress e depressione in caregiver di pazienti affetti da demenza

M. Sirianni, C. Gianturco[**], O. De Vito[*], P. Ciambrone, P. Gentile, C. Segura Garcìa, A.C. Bruni[**], P. De Fazio

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università "Magna Grecia" di Catanzaro; [*] Centro Regionale di Neurogenetica Lamezia Terme (ASP di Catanzaro); [**] C.d.L. in Operatore di Servizio Sociale

Introduzione: lo stress del caregiver di un paziente con demenza aumenta col peggioramento dei sintomi dell'assistito. Scopo dello studio è misurare il livello di stress dei caregivers di un gruppo di pazienti dementi rilevando il carico soggettivo sperimentato e l'eventuale presenza di sintomi depressivi.
Metodi: il lavoro è stato svolto presso il Centro Regionale di Neurogenetica di Lamezia Terme. I soggetti sono stati valutati tramite Depression Early Staging Inventory (Amati, 1996) e Caregiver Burden Inventory (Novak e Guest, 1989). Il disegno prevede statistica descrittiva, test chi-quadro, studio delle correlazioni di Spearman.
Risultati: il campione è risultato costituito da 102 soggetti (m = 21,7%, f = 77,2%, 49,5% 30-50 anni). Il caregiver è nel 55,44% dei casi un figlio, convivente nel 57% dei casi. La salute percepita è sufficiente (42,57%) o buona (36,63%). La soglia minima per il cut-off alla CBI non è superata; il grado di depressione al DESI è risultato lieve. Sono state rilevate correlazioni negative tra punteggi CBI e DESI e livello di istruzione, socioeconomico, salute percepita, convivenza con l'assistito. Condizioni di salute insufficienti aumentano carico psicofisico e punteggi DESI.
Conclusioni: nel gruppo di caregiver studiati il livello di stress percepito e risultato elevato specie nei soggetti conviventi con l'assistito. La depressione è risultata di grado lieve. Il ruolo di caregiver determina ripercussioni sulla vita personale dei soggetti.

Bibliografia

Brodaty H, Donkin M. *Family caregivers of people with dementia*. Dialogues Clin Neurosci 2009;11:217-28.

Luchetti L, Uhunmwangho E, Dordoni G, Lorido A, Barbieri S, Bolognesi AG, et al. *The subjective feeling of burden in caregivers of elderly with dementia: how to intervene?* Arch Gerontol Geriatr 2009;49:153-61.

Rosa E, Lussignoli G, Sabbatini F, Chiappa A, Di Cesare S, Lamanna L, et al. *Needs of caregivers of the patients with dementia*. Arch Gerontol Geriatr 2009 Oct 21.

P133. Le dipendenze "senza droga": aspetti psicologico-clinici e psichiatrici

S. Sterpone, F. Tarantino, F. Cappellin, G. Zullo, M. Zizza, D. Munno

SSCVD di Psicologia Clinica di Liaison, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: le dipendenze "senza droga" comprendono quelle forme di comportamento patologico (eccessivo utilizzo, fenomeni di tolleranza e astinenza, compromissione del funzionamento sociolavorativo) che a livello biologico, psicologico e sociale presentano similarità funzionali all'abuso di sostanze. Comprendono il gioco d'azzardo patologico, lo shopping compulsivo, il disturbo da alimentazione incontrollata, le dipendenze sessuali, affettive e da internet. I dati di letteratura sono discordanti nel considerarle come manifestazioni di un disturbo psichiatrico sottostante o come entità distinte.
Obiettivo del nostro studio è indagare la presenza di tali dipendenze in pazienti affetti da diversi disturbi psichiatrici e individuare eventuali correlazioni con gravità della patologia, livelli di impulsività, ansia e depressione.
Metodi: sono stati arruolati tre gruppi di pazienti ambulatoriali consecutivi con diagnosi di disturbo depressivo maggiore, schizofrenia e altri disturbi psicotici, disturbi di personalità secondo il DSM-IVTR e confrontati con un gruppo di controllo. I pazienti sono stati valutati con: intervista semistrutturata per le caratteristiche demogra-

fiche e cliniche, HAM-D, HAM-A, CGI, SCID-I e II, BIS-11 e SPQ per le dipendenze.
Risultati: i dati raccolti saranno sottoposti ad analisi statistica applicando il test t di Student e il metodo delle correlazioni di Pearson.
Conclusioni: i risultati saranno descritti e discussi in riferimento ai dati di letteratura.

Bibliografia

Pies R. *Should DSM-V Designate "Internet Addiction" a Mental Disorder?* Psychiatry 2009;6:31-7.

Pallanti S, Bernardi S, Quercioli L. *The Shorter PROMIS Questionnaire and the Internet Addiction Scale in the assessment of multiple addiction in a high-school population: prevalence and related disability*. CNS Spectr 2006;11:966-74.

Bogetto F, Munno D. *"Nuove droghe" e nuovi tossicomani. Aspetti farmacologici, psicologici e socio-culturali*. Torino: Ed. Minerva Medica 2002.

P134. Set-shifting e coerenza centrale come possibili endofenotipi dell'anoressia nervosa

E. Tenconi, D. Degortes, R. Bosello, F. Titton, V. Lettieri, M. Solmi, P. Santonastaso, A. Favaro

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Introduzione: un crescente numero di studi ha dimostrato la presenza di deficit nelle funzioni esecutive nell'anoressia nervosa (AN). Si sono riscontrate difficoltà nel "set-shifting" e nella coerenza centrale (capacità di integrare i dettagli in una visione globale). Tali alterazioni recentemente sono state proposte come possibili endofenotipi. Il presente lavoro ha lo scopo di indagare tali abilità in un gruppo di pazienti con diagnosi lifetime di AN e di confrontarne le prestazioni con le loro sorelle non affette e con un gruppo di controllo.
Metodi: una serie di test neuropsicologici (Wisconsin Card Sorting Test, Trail Making Test, Figura Complessa di Rey, Test delle Figure Aggrovigliate, Ricostruzione di Oggetti e Disegno con i Cubi) sono stati somministrati a 113 pazienti AN, 25 sorelle non affette e 95 controlli sani.
Risultati: le pazienti AN e le loro sorelle presentano prestazioni significativamente inferiori dei controlli ai test relativi alla flessibilità cognitiva e alla coerenza centrale. Le pazienti in fase acuta di malattia non si differenziano dalle pazienti in fase di remissione per quanto riguarda la prestazione ai test.
Conclusioni: set-shifting e coerenza centrale sembrano rappresentare dei promettenti endofenotipi utili per una maggiore comprensione dei complessi processi fisiopatogenetici all'origine dell'AN.

Bibliografia

Holliday J, Tchanturia K, Landau S, Collier D, Treasure J. *Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa?* American Journal of Psychiatry 2005;162:2269-75.

Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, Treasure J. *Central coherence in eating disorders: a systematic review*. Psychological Medicine 2008;30:1-12.

P135. Funzioni cognitive e polimorfismo COMT Val^{158}Met nell'anoressia nervosa

F. Titton, R. Bosello, R. Ferranti, M. Clementi, M. Forzan, A. Bruson, E. Tenconi, D. Degortes, P. Santonastaso, A. Favaro

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Introduzione: diversi studi hanno trovato un'associazione tra polimorfismo Val^{158} Met del gene COMT e abilità cognitive. Lo scopo del nostro studio è di esplorare gli effetti del polimorfismo del gene COMT sulla performance di pazienti con anoressia nervosa (AN) nelle funzioni esecutive e nel decision making.
Metodi: il genotipo COMT è stato analizzato in 90 pazienti con diagnosi lifetime di AN e 84 soggetti di controllo. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a questionari di routine e ad alcuni test neuropsicologici, inclusi il Wisconsin Card Sorting Test (WCST) e l'IOWA Gambling Task (IGT).
Risultati: i soggetti con AN lifetime hanno una performance significativamente più scadente sia al WCST che all'IGT rispetto ai controlli. Nelle pazienti con AN lifetime, gli eterozigoti hanno una performance significativamente migliore al WCST rispetto ad entrambi gli omozigoti (curva di performance ad U), mentre gli omozigoti Met-Met vanno peggio per il numero di errori perseverativi e di categorie completate. Nei soggetti con AN in fase acuta la curva di performance ad U è più evidente che nei soggetti con AN in fase di remissione. Nell'IGT il genotipo COMT sembra non influenzare la performance sia nei soggetti con AN che nei controlli.
Conclusioni: l'effetto del polimorfismo COMT sulle funzioni esecutive differenzia significativamente le pazienti dai controlli. Le alterazioni estrogeniche nell'anoressia nervosa potrebbero in parte spiegare i risultati, ma è probabile il coinvolgimento di altri fattori di regolazione biologica.

P136. Mente e salute: studio epidemiologico sulla prevalenza di patologie somatiche nei disturbi depressivi

R. Valsavoia, A. Trotta, D. La Barbera

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo

Introduzione: tra sindromi depressive e malattie fisiche esistono frequenti e complesse interazioni, aventi carattere bidirezionale: se da una parte il rischio di insorgenza di una sindrome depressiva aumenta con la presenza di malattie fisiche, dall'altra il rischio e la mortalità per diverse patologie fisiche è incrementato dalla presenza di un disturbo depressivo (Biondi 2008; Prince 2007).

Scopo di questa indagine è stimare la prevalenza di disturbi somatici all'interno di una popolazione di soggetti con patologie dello spettro depressivo.
Metodi: l'indagine epidemiologica è stata condotta mediante l'analisi anamnestica clinico-somatica su una popolazione di 304 soggetti in regime di day hospital, afferenti all'UO di Psichiatria dell'AOUP "P. Giaccone" di Palermo durante l'anno solare 2008.
Risultati: i dati preliminari mostrano che 1/3 della popolazione (96 soggetti) presenta diagnosi di disturbi appartenenti allo spettro depressivo. All'interno del campione nel 28% dei casi sono presenti in anamnesi patologie endocrino-metaboliche; nel 27% patologie che interessano il sistema gastrointestinale; nel 22% malattie dell'apparato cardiorespiratorio e vascolare. Si evidenzia anche la prevalenza di neoplasie (13,5%), patologie virali (6%) e cefalea (6%). Il 50% del campione si è sottoposto in passato ad interventi chirurgici di colecistectomia, appendicectomia, tonsillectomia.
Conclusioni: è stata osservata un'elevata comorbidità tra patologie organiche in soggetti con disturbi depressivi. Risulterebbe quindi interessante approfondire il reciproco influenzamento tra fattori psico-affettivi e fattori biologici allo scopo di individuare, in un'ottica di promozione della salute, trattamenti più efficaci nella cura dei disturbi depressivi.

Bibliografia

Biondi M. *Le relazioni mente-corpo: una overview*. In: Atti del Congresso Nazionale della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia, Roma 24-26 ottobre 2008.

Prince M, Patel V, Saxena S. *No health without mental health*. Lancet 2007;370:859-77.

P137. Sottopopolazioni linfocitarie in soggetti affetti da disturbo depressivo unipolare

R. Valsavoia, M. Bulati*, M. Pellicanò*, G. Colonna Romano*, D. La Barbera

*Dipartimento di Neusoscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, * Dipartimento di Biopatologia e Metodologie Biomediche, Università di Palermo*

Introduzione: recenti ricerche hanno evidenziato strette relazioni tra depressione e modificazioni del sistema immunitario. Questo studio, inserendosi all'interno dell'ampia area della psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI), si propone di indagare le alterazioni della funzionalità immunitaria nei disturbi depressivi.
Metodi: sono state analizzate le seguenti sottopopolazioni linfocitarie: linfociti T ($CD3^+$), distinti ulteriormente in T helper ($CD3^+$ $CD4^+$) e T citotossici ($CD3^+$ $CD8^+$), linfociti B ($CD19^+$), linfociti Natural Killer ($CD3^-$ $CD16^+$ $CD56^{+)}$ e linfociti T $\gamma\delta^+$, in un campione di 30 soggetti affetti da disturbo depressivo unipolare di età compresa tra i 20 e i 60 anni afferenti all'UO di Psichiatria del Policlinico "P. Giaccone" di Palermo. Tali parametri immunologici sono stati confrontati con quelli di 30 soggetti controllo della stessa fascia di età. Sia il gruppo clinico che il gruppo di controllo riportava anamnesi negativa per malattie neoplastiche, infettive o autoimmuni. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico Ospedaliero Universitario e tutti i soggetti hanno dato il consenso informato secondo le leggi vigenti.
La popolazione linfocitaria è stata identificata tramite foward e side angle scatter (FSC, SSC) con un citofluorimetro FACSCalibur™ (BD). L'analisi è stata effettuata su $1X10^4$ cellule usando software CellQuest™ (BD). I due gruppi sono stati correlati usando l'ANOVA TEST (One-way Analysis of Variance). I valori di p inferiore a 0,05 sono stati considerati significativi.
Risultati: è emersa una riduzione significativa sia in percentuale che in valore assoluto delle cellule Natural Killer ($CD3^-$ $CD16^+$ $CD56^+$) [p(%) = 0,0002; p(V. A.) = 0,0002] e dei linfociti T $\gamma\delta^+$ [p(%) = 0,009; p(V. A.) = 0,05], nei soggetti affetti da disturbo depressivo unipolare rispetto ai soggetti controllo. Lo studio delle sottopopolazioni B linfocitarie ha messo in evidenza che i soggetti depressi presentano un profilo paragonabile a quello dei controlli, infatti non vi sono differenze significative nel numero di linfociti IgD^+CD27^- (p = 0,5), IgD^+CD27^+ (p = 0,9) e IgD^-CD27^+ (p = 0,9). Mentre i linfociti IgD^-CD27^- risultano significativamente ridotte nei depressi rispetto ai controlli (p = 0,01).
Conclusioni: i nostri dati, coerentemente con quanto già riportato in letteratura, mostrano un deficit dei linfociti NK. Mettono inoltre in evidenza una significativa riduzione, mai descritta, dei linfociti T $\gamma\delta^+$. È evidente quindi una riduzione della componente innata del sistema immune nei soggetti affetti da depressione unipolare. La modificazione di questi parametri potrebbero giustificare la minore efficienza del sistema immunitario in soggetti depressi. La riduzione dei linfociti B terminalmente differenziati (IgD^-CD27^-), dato sicuramente importante, sarà oggetto di ulteriori studi.

Bibliografia

Irwin MR. *Human Psychoneuroimmunology: 20 years of discovery*. Brain Behav Immun 2008;22:129-39.

Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, et al. *From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain*. Nature Rev Neurosci 2008;9:46-57.

P138. Stress occupazionale: correlazione tra livelli di cortisolo, strategie di coping, ansia e depressione in turnisti notturni

R. Valsavoia, E. Tranchina*, S. Cacace*, G. Tranchina**, D. La Barbera

*Dipartimento di Neusoscienze Cliniche, Sezione Psichiatria; * Dipartimento di Scienze Farmacologiche; ** Dipartimento di Scienze per la promozione della salute, Sezione Medicina del Lavoro, Università di Palermo*

Introduzione: negli ultimi anni nella letteratura scien-

tifica si è assistito ad un incremento di studi sulle patologie correlate all'attività lavorativa. Lo stress occupazionale condurrebbe all'esaurimento delle capacità di adattamento e alla comparsa di patologie di natura sia psichica che organica. In particolare, un crescente numero di ricerche ha rilevato un'alta incidenza di sindromi di tipo ansioso-depressivo in soggetti esposti a situazioni lavorative stressanti. Tra queste, una categoria di lavoratori particolarmente a rischio di sviluppare alti livelli di ansia e depressione è costituita dai turnisti notturni e, in particolar modo, da coloro che lavorano nel settore della sanità. Obiettivo della ricerca è quello di valutare le manifestazioni ansiose e depressive, le strategie di coping, assieme ai livelli in circolo di cortisolo salivare, in soggetti che lavorano nell'ambito delle professioni sanitarie e che svolgono turni notturni.
Metodi: il campione è costituito da 40 soggetti: 20 medici e paramedici che svolgono turni notturni e 20 soggetti, costituenti il gruppo di controllo, facenti parte della stessa categoria di lavoratori ma che non svolgono turni notturni. È stata condotta un'accurata anamnesi con particolare riguardo a quella lavorativa e un esame obiettivo atto a rilevare la presenza di eventuali patologie ed è stata somministrata una batteria testologica, costituita da 3 rating scales: HAM-A (Hamilton, 1960); HAM-D (Hamilton, 1960); COPE (Carter et al., 1989). È stato inoltre raccolto un campione salivare per il dosaggio del cortisolo, effettuato mediante metodo ELISA.
Risultati: dai risultati preliminari emergono punteggi più elevati nella scala per la misurazione dell'ansia nei soggetti che svolgono turni notturni. Tra i due gruppi si registrano diverse strategie di coping, mentre non sembrerebbero registrarsi differenze nei punteggi alla scala per la valutazione della depressione. Emerge infine una correlazione positiva tra l'elevazione delle scale e i livelli di cortisolo salivare.
Conclusioni: in linea con la letteratura, lo stress occupazionale sembra associarsi alla presenza di alterazioni sia di natura psicologica che bio-umorale.

Bibliografia

Bonde JP, *Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence*. Occup Environ Med 2008;65:438-45.

Maina G, Bovenzi M, Palmas A, Larese Filon F. *Associations between two job stress models and measures of salivary cortisol*. Int Arch Occup Environ Health 2009, in press.

P139. Studio longitudinale degli effetti della psicoterapia sulla funzionalità immunitaria in soggetti affetti da disturbo depressivo unipolare

R. Valsavoia, S. Buffa*, M. Bulati*, A. Bruno, A. Di Caro, L. Ferraro, L. Fucà, C. La Cascia, F. Marchese, N. Messina, A. Mulè, M. Pellicanò*, A. Trotta, P. Virgilio, G. Colonna Romano*, D. La Barbera

*Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria; * Dipartimento di Biopatologia e Metodologie Biomediche, Università di Palermo*

Introduzione: un crescente corpo di ricerche nell'ambito delle neuroscienze indica che le relazioni interpersonali incidono sul nostro organismo determinando diverse modificazioni biologiche. In particolare, l'interesse della psiconeuroendocrinoimmunologia è oggi volto ad indagare l'influenza delle varie forme di psicoterapia sul sistema immunitario. La presente ricerca si propone di valutare l'immunità umorale e cellulo-mediata in soggetti con depressione unipolare di grado lieve-moderato che praticano psicoterapia supportiva.
Metodi: campione: pazienti ricoverati in regime di day hospital afferenti alla UOC di Psichiatria dell'AOUP "P. Giaccone" di Palermo affetti da disturbo depressivo unipolare, distinti in 3 gruppi: soggetti drug free che praticano esclusivamente trattamento psicoterapico; soggetti che svolgono contemporaneamente trattamento farmacologico e psicoterapico; soggetti che praticano esclusivamente trattamento farmacologico. Lo studio ha carattere longitudinale e prevede n. 3 valutazioni con cadenza trimestrale. Strumenti: questionario anamnestico e test di personalità (MMPI-2) per l'assessment iniziale (T_0); esami ematochimici, per il monitoraggio dei parametri immunitari (sottopopolazione linfocitaria e 27 citochine sieriche), scale di valutazione delle variabili psicologiche (HAM-D, BDI, brief-COPE, TAS 20) per ogni valutazione trimestrale (T_0, T_1, T_2).
Risultati: lo studio è tuttora in corso. Ad oggi, sono stati reclutati in totale 41 soggetti di cui 19 in trattamento psicoterapico, 13 che svolgono trattamento congiunto e 9 in trattamento farmacologico. In linea con le ipotesi di ricerca, i dati preliminari evidenziano variazioni dei parametri immunitari e della sintomatologia clinica nei soggetti trattati già al T_1. Solo al termine dell'indagine longitudinale però, l'analisi dei risultati renderà possibile confrontare l'efficacia dei differenti trattamenti per ciascun gruppo clinico.
Conclusioni: i risultati definitivi saranno discussi in riferimento ai dati della letteratura nazionale ed internazionale al fine di individuare i trattamenti più efficaci nella cura dei disturbi depressivi, in una prospettiva multidisciplinare propria della medicina psicosomatica.

Bibliografia

Irwin MR, Miller AH. *Depressive disorders and immunity: 20 years of progress and discovery*. Brain Behav Immun 2007;21:374-83.

Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. *Psychoneuroimmunology: can psychological interventions modulate immunity?* J Consult Clin Psychol 1992;60:569-75.

P140. Relazione tra disturbo dell'immagine corporea e tratti temperamentali nell'anoressia e bulimia nervosa

T. Zanetti, A. Favaro, S. D'Amore, E. Bonello, L. Pedrazzoli, V. Marteddu, L. Ceschin, P. Santonastaso

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Introduzione: nonostante l'ipervalutazione di peso e forme corporee sia considerato il nucleo psicopatologico centrale nei disturbi del comportamento alimentare, non esistono attualmente studi che valutino i predittori del disturbo di immagine corporea (DIC). Lo studio si propone di valutare le caratteristiche cliniche del DIC e di studiarne i predittori in un campione di 1325 pazienti ambulatoriali con diagnosi di anoressia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) afferiti al Centro Regionale per i DCA di Padova.
Metodi: il campione è stato valutato tramite intervista clinica strutturata e semistrutturata e una batteria di test autoriportati (EDI, SCL-90, TPQ). I sottogruppi sono stati confrontati rispetto a distorsione corporea (percettiva, cognitiva ed affettiva), insoddisfazione corporea, paure di aumentare di peso e metodi di body checking, in particolare di weight checking, correlando tali variabili a caratteristiche di personalità.
Risultati: i pazienti con DCA, indipendentemente dalla diagnosi, riportano un vissuto corporeo problematico, distorsione dell'immagine, intensa paura di aumentare di peso e weight checking eccessivo. L'analisi multivariata mostra come bassi livelli di consapevolezza enterocettiva predicano tutte le caratteristiche del DIC. Anche alti punteggi di "Harm Avoidance" e comportamenti purgativi risultano predittori di gravità del DIC.
Conclusioni: difficoltà a riconoscere e gestire le emozioni così come tratti di ansia ed evitamento risultano rilevanti nella comprensione della fenomenologia del disturbo di immagine corporea nei DCA.

P141. Stimolazione transcranica con corrente diretta in pazienti con episodio depressivo maggiore resistente al trattamento

S. Zanoni, F. Castellano, N. D'Urso, C. Dobrea, B. Benatti, C. Arici, R. Ferrucci*, M. Vergari*, B. Dell'Osso, A. Priori*, A.C. Altamura

*UO di Psichiatria, Università di Milano, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano; * Centro Clinico per le Neuronanotecnologie e la Neurostimolazione, Università di Milano, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Dipartimento di Scienze Neurologiche, Milano*

Introduzione: la stimolazione transcranica con correnti dirette (tDCS) è una tecnica di neuromodulazione non invasiva la cui sicurezza è stata già comprovata in precedenti studi [1 2]. Lo scopo di questo studio è di valutarne l'efficacia sui sintomi depressivi, in associazione alla terapia farmacologica in pazienti con episodio depressivo maggiore resistente al trattamento.
Materiali e metodi: sono stati reclutati 12 pazienti ambulatoriali (M = 5, F = 7; età media = 59 ± 13) con una diagnosi di episodio depressivo maggiore farmaco-resistente in disturbo depressivo maggiore o in disturbo bipolare, secondo i criteri del DSM IV-TR. La tDCS è stata somministrata ad un'intensità di 2mA per 20 minuti, 2 volte al giorno per 5 giorni consecutivi in un'area corrispondente alla corteccia prefrontale dorso laterale destra. Per la valutazione dell'andamento dei sintomi depressivi sono state utilizzate la Hamilton Depression Rating Scale a 21 item (HAM-D) e la Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS).
Risultati: i risultati hanno mostrato una riduzione statisticamente significativa (ANOVA per misure ripetute) del punteggio medio totale della MADRS da 26,75 (± 4,29) a 19.08 (± 9,98) ($p = 0,008$; $F = 5,978$) e dei sintomi melancolici alla HAM-D da 12 (± 2,33) a 8,42 (± 4,83) ($p = 0,019$; $F = 4,786$). Inoltre non si sono evidenziati effetti collaterali durante il trattamento del campione.
Conclusioni: i presenti dati preliminari suggerirebbero una buona efficacia e tollerabilità nel trattamento dei sintomi melancolici della depressione farmaco-resistente.

Bibliografia

[1] Nitsche MA, Boggio PS, Fregni F, Pascual-Leone A. *Treatment of depression with transcranial direct current stimulation (tDCS): a review*. Exp Neurol 2009;219:14-9.

[2] Ferrucci R, Bortolomasi M, Vergari M, Tadini L, Salvoro B, Giacopuzzi M, et al. *Transcranial direct current stimulation in severe, drug-resistant major depression*. J Affect Disord 2009;118:215-9.

P142. Il disturbo da dismorfismo corporeo e la chirurgia estetica: uno studio prospettico

M. Zizza, B. Rocca, G. Zullo, F. Cappellin, S. Sterpone, D. Munno

SSCVD di Psicologia Clinica di Liaison, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: gli studi presenti in letteratura che indagano il disturbo da dismorfismo corporeo negli ambienti della chirurgia estetica, evidenziano una frequente comorbilità con i disturbi di asse I e II. Una nostra indagine svolta su questa tipologia di pazienti indica che la gravità dei sintomi dismorfofobici è correlata ai disturbi schizotipico e paranoide di personalità. I risultati suggeriscono l'esigenza di una valutazione psichiatrica preoperatoria, che possa contribuire a ridurre le complicanze relative all'insoddisfazione dell'intervento di chirurgia estetica.

L'obiettivo della presente ricerca è valutare la stabilità della diagnosi di DDC, la relazione con i disturbi di personalità e gli effetti della chirurgia estetica sulla qualità della vita, dopo 5 anni dall'intervento chirurgico.
Metodi: sono stati arruolati tutti i soggetti che avevano richiesto consecutivamente di sottoporsi a un intervento correttivo estetico presso un chirurgo plastico dell'ASO San Giovanni Battista di Torino. I pazienti sono stati rivalutati con gli stessi strumenti applicati al baseline (intervista semistrutturata per l'identificazione delle caratteristiche demografiche e cliniche, SCID-I e II, HAM-D, HAM-A, BDD-YBOCS) e la SF-36.
Risultati: i dati raccolti saranno sottoposti ad analisi statistica applicando un modello di regressione multipla, adottando il punteggio globale della SF-36 come variabile dipendente.
Conclusioni: i risultati saranno discussi e confrontati con i dati della letteratura.

Bibliografia

Bellino S, Zizza M, Paradiso E, Rivarossa A, Fulcheri M, Bogetto F. *Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: a clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery*. Psychiatry Research 2006;144:73-8.

Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. *Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery*. Plast Reconstr Surg 2006;118:167-80.

Phillips KA, Quinn G, Stout RL. *Functional impairment in BDD: a prospective, follow-up study*. J Psychiatry Res 2008;42:701-7.

VENERDÍ 19 FEBBRAIO 2010 — ORE 13,50-15,50
SALA: POSTERS SESSION

TERZO GRUPPO

Disturbi di Personalità – Doppia Diagnosi e Abuso di Sostanze – Studi su Soggetti sani – Disturbi dell'Adolescenza e dell'Infanzia – Psichiatria Forense e Aspetti Medico Legali correlati alla Psichiatria – Management sanitario – Ricerche su animali

P143. Alterazioni nella ritmicità e nelle funzioni vegetative sono correlate con la suicidalità in pazienti con lutto complicato

C. Carmassi, D. Cesari, P. Rucci*, A. Ciapparelli, L. Dell'Osso

*Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; *Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Bologna*

Il lutto rappresenta un'esperienza stressante che, nel 20% circa dei casi, può indurre lo sviluppo di una sindrome specifica denominata "lutto complicato" (LC). Il LC, recentemente caratterizzato, comprende un insieme di sintomi che condividono caratteristiche del disturbo post-traumatico da stress e dello spettro dei disturbi dell'umore, oltre ad alterazioni del sonno, e dell'appetito, e un'aumentata suicidalità. Nei pazienti bipolari è emersa un'associazione tra alterazioni della ritimicità e delle funzioni vegetative e un aumento rischio di suicidio. Ad oggi, non sono riportati dati su pazienti con LC, obiettivo del presente studio è quello di indagare tali associazioni.
Quarantatre pazienti con LC (Inventory of Complicated Grief ≥ 25), senza comorbidità per disturbo bipolare, sono stati valutati mediante SCID/P e MOODS-SR versione lifetime, questionario per lo spettro dell'umore che comprende un dominio per le alterazioni della ritimicità e delle funzioni vegetative (ritmicità, sonno, appetito/peso, funzione sessuale, sintomi fisici). La suicidalità (ideazione e/o tentativi) è stata esplorata mediante 6 specifici items del MOODS-SR.
Un'associazione significativa è emersa tra il punteggio al domino ritmicità e funzioni vegetative ed un'aumentata suicidalità nell'arco della vita.
I risultati di questo studio suggeriscono l'importanza di esplorare alterazioni della ritmicità e delle funzioni vegetative in pazienti con LC senza diagnosi di disturbo bipolare al fine di identificare fenotipi a più alto rischio di suicidio.

P144. Inventory of Complicated Grief (ICG): validazione della versione italiana

C. Carmassi, D. Cesari, E. Carretta, P. Scocco, A. Ciapparelli, L. Dell'Osso

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

Un numero crescente di studi ha evidenziato come un 20% circa dei soggetti che sperimentano il decesso di una persona cara possano sviluppare una specifica sindrome derivata da un difficoltoso processo di lutto, definita "lutto traumatico" o "complicato" (LC). Il LC comprende sintomi intrusivi, di evitamento, difficoltà

nell'adattamento alla nuova situazione, umore depresso, polarizzazione ideica sul defunto, disturbi neurovegetativi, ideazione di colpa. Il LC non è contemplato dal DSM-IV e ad oggi l'Inventory of Complicated Grief (ICG) rappresenta uno dei principali strumenti disponibili per effettuare la diagnosi (punteggio totale ≥ 25). Obiettivo del presente studio è stato di validare la versione italiana dell'ICG.
Il campione comprende 124 soggetti dei quali: 22 sopravvissuti al suicidio di un congiunto, 44 con lutto di una persona cara deceduta per altre cause e 58 soggetti di controllo. Oltre alla SCID/P è stata somministrata la versione italiana della ICG 19-item.
Tutti i controlli presentano un punteggio all'ICG < 25 (6,17 ± 7,27) mentre 14 (63,64%) dei soggetti sopravissuti al suicidio di un congiunto superano la soglia di 25 (31,73 ± 13,43). Il punteggio totale medio dell'ICG negli altri pazienti era di 36,50 ± 9,89. Una differenza statisticamente significativa era presente tra i tre gruppi ($p < ,0001$). Le frequenze dei 19 item sono statisticamente differenti nei tre gruppi.
I risultati ottenuti dimostrano la validità della versione italiana della ICG, consentendo l'utilizzo di uno strumento indispensabile per la valutazione di una patologia di crescente rilievo.

P145. Alterazioni cognitive e schizotipia in fratelli sani di pazienti schizofrenici

C. Castellana, L. Lo Bianco, A. Di Giorgio, A. Porcelli, B. Gelao, G. Todarello, M. Colizzi, R. Romano, L. Ursini, M. Rizzo, I. Andriola, G. Caforio, G. Blasi, M. Nardini, A. Bertolino

Università di Bari, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche; IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG)

La schizofrenia è un disturbo psichiatrico complesso ad elevata ereditarietà. Diversi studi hanno dimostrato in membri della stessa famiglia un aumentato rischio di ammalarsi di disturbi dello spettro schizofrenico e della stessa schizofrenia. La schizotipia è stata associata alla schizofrenia in qualità di indicatore di rischio genetico. Inoltre, alterazioni delle funzioni cognitive registrate in pazienti schizofrenici sono frequentemente replicate nei loro fratelli.
Scopo dello studio è valutare tratti schizotipici e performance in compiti neurocognitivi in fratelli sani di pazienti schizofrenici. Sono stati reclutati 23 fratelli non affetti e 22 soggetti sani comparabili per una serie di variabili sociodemografiche. Tutti i soggetti hanno effettuato una batteria di test cognitivi e lo Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ) di Raine che indaga i domini cognitivo-percettivo, interpersonale e la disorganizzazione per la valutazione della schizotipia. I risultati indicano una riduzione delle performance in compiti che valutano la working memory ($p < 0,05$), l'attenzione ($p < 0,07$) e la flessibilità cognitiva ($p < 0,05$) nei fratelli sani rispetto ai controlli. Sono stati registrati inoltre alti punteggi all'SPQ e una correlazione negativa tra i punteggi all'SPQ e le performance attentive ($r = -0,48$). Questi dati suggeriscono che le alterazioni cognitive e la schizotimia possano costituire indicatori di rischio genetico della schizofrenia.

P146. Impulsività, differenze di genere e serotonina

G. Consoli, S. Baroni, I. Masala, M. Picchetti, F. Golia, M. Catena Dell'Osso, G. Giannaccini, L. Betti, D. Marazziti

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

Introduzione: il sistema serotoninergico svolge un ruolo importante nella modulazione di varie funzioni e comportamenti, ma l'ipotesi più accreditata è quella di un suo coinvolgimento nella regolazione di comportamenti impulsivi e aggressivi. È interessante notare che una riduzione della densità del trasportatore piastrinico della serotonina (SERT) è stata, ad esempio, riscontrata in soggetti affetti da disturbi di personalità con comportamenti aggressivi e in soggetti che hanno tentato il suicidio. Con questo studio ci proponiamo di valutare le possibili correlazioni tra impulsività, genere, e SERT, in un gruppo di soggetti sani.
Metodi: sono stati inseriti nello studio 32 soggetti sani di entrambe i sessi. L'impulsività è stata valutata mediante la Barratt Impulsiveness Scale, versione 11 (BIS-11); e il SERT piastrinico mediante il binding della paroxetina triziata (^{3}H-Par), secondo un protocollo standardizzato.
Risultati: i risultati hanno evidenziato che le donne presentavano un punteggio totale più alto, rispetto agli uomini, alla BIS-11 soprattutto nelle sotto-scale relative all'impulsività motoria e attentiva; per quanto riguarda i parametri cinetici del binding della ^{3}H-Par, la capacità massima di legame (Bmax), era correlata positivamente con l'impulsività attentiva, ma solo negli uomini. Gli uomini, inoltre, presentavano una correlazione negativa significativa tra la costante di dissociazione (Kd) e l'impulsività motoria.
Conclusioni: questi risultati potrebbero indicare che le donne sono più impulsive rispetto agli uomini, ma negli uomini la densità più alta del SERT si correla con più alti punteggi della BIS-11. Si potrebbe dunque concludere che l'impulsività è un fenomeno complesso, in cui sono coinvolti numerosi fattori, in particolare il sistema serotoninergico il cui ruolo è probabilmente modulato dal genere.

Bibliografia

Marazziti D, Dell'Osso L, Rossi A, Masala I, Baroni S, Armani A, et al. *Decreased platelet (3H)-paroxetine binding sites in suicide attempters*. Psychiatry Res 2001;103:125-31.

Marazziti D, Perez J, Cassano GB. *Is obsessive-compulsive disorder caused by a second- messenger imbalance?* CNS Spectr 2001;6:206-9.

Olivier B. *Serotonin and aggression*. Ann NY Acad Sci 2004;1036:382-92.

Walderhaug E, Magnusson A, Neumeister A, Lappalainen J, Lunde H, Refsum H, et al. *Interactive effects of sex and 5-HT-TLPR on mood and impulsivity during tryptophan depletion in healthy people*. Biol psychiatry 2007;62:593-9.

P147. Il polimorfismo Ala147thr all'interno del Traslocatore Proteico (TSPO) influenza la produzione di pregnenolone nei linfo-monociti di soggetti sani

M. Corsi*, P. Gabelloni, B. Costa, S. Pini*, E. Da Pozzo, M. Abelli*, L. Lari*, A. Cardini*, C. Gesi*, M. Preve*, I. Pergentini*, E. Maltinti*, M. Muti*, A. Lucacchini, G.B. Cassano*, C. Martini

*Dipartimento di Morfologia Umana e Biologia Applicata, * Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa*

Introduzione: la biosintesi di steroidi e neurosteroidi inizia nei mitocontri con la conversione del colesterolo in pregnenolone. È stato dimostrato che la regione amminoacidica C-terminale del TSPO lega il colesterolo, e ne determina la traslocazione all'interno del mitocondrio.
Lo scopo di questo studio è stato quello di indagare l'effetto del polimorfismo Ala147Thr (SNP), presente all'interno della regione C-terminale del TSPO, sulla produzione di pregnenolone in volontari sani.
Metodo: nel primo step è stata indagata l'espressione del CYP11A1, sia a livello di mRNA che della proteina su una popolazione cellulare di linfo-monociti. In un secondo momento è stata valutata la concentrazione di pregnenolone all'interno dei gruppi genotipici. Inoltre sono stati misurati i parametri di colesterolo totale, HDL, LDL e trigliceridi.
Risultati: i valori medi di pregnenolone hanno mostrato differenze statisticamente significative in relazione al genotipo. Infatti negli individui omozigoti Thr147 o eterozigoti i valori di pregnenolone sono risultati essere più bassi rispetto agli individui omozigoti Ala147. Inoltre, i soggetti omozigoti Ala147 mostrano livelli significativamente più alti di LDL circolante rispetto agli eterozigoti.
Conclusioni: i risultati ottenuti dimostrano che la sostituzione amminoacidica Ala147thr all'interno del TSPO è in grado di influenzare la produzione di pregnenolone.

P148. Alessitimia, lamentele somatiche e sintomi depressivi in adolescenza: risultati preliminari di uno studio longitudinale

D. De Berardis[1 2], M. Farano[1], A. Carano[1], N. Serroni[2], D. Campanella[2], M. Caltabiano[2], C. Ranalli[2], F. Addona[3], M. Cavuto[4], C. Ortolani[5], F.S. Moschetta[2], R.M. Salerno[1], G. Martinotti[6], L. Janiri[6], M. Di Giannantonio[1]

[1] Dipartimento di Scienze Biomediche, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" Chieti; [2] Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Ospedale Civile "G. Mazzini", ASL Teramo; [3] Dipartimento di Salute Mentale, SPDC Campobasso; [4] IASM, L'Aquila; [5] Facoltà di Scienze della Comunicazione, Università di Teramo; [6] Istituto di Psichiatria, Università Cattolica del S. Cuore di Roma

Obiettivo: valutare le relazioni tra alessitimia, lamentele somatiche e sintomi depressive in un campione non clinico di adolescenti.
Metodi: un campione misto di 155 adolescenti (75 femmine e 80 maschi di età media 15,8 anni), residenti in un distretto urbano dell'Italia Centrale sono stati sottoposti alla seguente batteria di test: Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Beck Depression Inventory (BDI), Symptom Checklist 90 – Somatization Subscale (SCL-90-SOM), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Rosenberg Self Esteem Scale (RSES) e Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). I soggetti sono stati valutati tre volte: all'inizio (T0), a metà (T1) e alla fine (T2) dell'anno scolastico.
Risultati: 25 soggetti (16,1%) sono risultati alessitimici e hanno complessivamente mostrato un maggiore disagio psicologico rispetto ai non alessitimici. I livelli di alessitimia sono rimasti stabili nelle tre valutazioni temporali così come stabile è rimasto il numero di soggetti alessitimici. I soggetti alessitimici mostravano sintomi depressivi in misura maggiore rispetto ai non alessitimici. L'analisi delle correlazioni parziali, controllate per sesso ed età, hanno mostrato che i punteggi totali alla TAS-20 e alle sottoscale Difficulty in Identifying Feelings (DIF) e Difficulty in Describing Feelings (DDF) correlavano con tutte le variabili esaminate sia all'inizio (T0) che alla fine dello studio (T1), mentre la sottoscala Externally Oriented Thinking (EOT) correlava in modo debole solo con la SCL-90-SOM sia a T0 che a T1. I risultati di una regressione lineare hanno mostrato che la presenza di sintomi depressivi a T2 risultava significativamente associata al sesso femminile e a più alti punteggi alla sottoscala DIF della TAS-20 e alla scala SCL-90-SOM.
Conclusioni: alessitimia, sintomi depressive e lamentele somatiche sono altamente correlate in adolescenza, confermando sostanzialmente quanto già riportato in precedenti studi su popolazioni adulte. In ogni caso studi longitudinali su campioni più ampi sono in corso e saranno utili per approfondire maggiormente l'argomento.

Bibliografia

Sepede G, Gambi F, De Berardis D, Brocco C, Nacci M, Campanella D, et al. *Il fenomeno della somatizzazione ed il vissuto*

depressivo in adolescenza. Il fenomeno della somatizzazione ed il vissuto depressivo in adolescenza. Ital J Psychopathol 2004;10:343-8.

Cortese S, Falissard B, Angriman M, Pigaiani Y, Banzato C, Bogoni G, et al. *The relationship between body size and depression symptoms in adolescents*. J Pediatr 2009;154:86-90.

P149. Correlazioni tra dimensioni della personalità, alessitimia e cefalee primarie in un campione clinico

D. De Berardis[*], A.Carano[* **], R. Santacroce[*], E. Totano[*] N. Serroni[*], A. Giovannetti[*], S. Nasini[**], R.M. Salerno[*], F.M. Ferro[*]

[*] *Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università di Chieti;* [**] *Dipartimento Salute Mentale di Civitanova Marche*

Introduzione: numerosi studi hanno evidenziato che particolari pattern di personalità potrebbero essere alla base dell'etiopatogenesi e del decorso clinico di alcune forme di cefalee. Scopo del presente studio è l'analisi delle possibili variabili temperamentali della personalità in un campione di pazienti affetti da patologie psichiatriche che riferivano una sintomatologia cefalgica confrontandoli con un gruppo di controllo costituito da pazienti acefalgici.
Metodi: il campione clinico reclutato è costituito da 25 soggetti (15 di sesso femminile e 10 di sesso maschile) mentre il gruppo controllo rappresentato da pazienti psichiatrici che non avevano manifestato all'anamnesi sintomi cefalgici. A tutti i partecipanti allo studio è stata somministrata la seguente batteria di test di valutazione: questionario clinico per la diagnosi delle cefalee primarie e secondarie, la Toronto Alexithymia Scale (TAS) con relative sottoscale per la difficoltà ad identificare le emozioni (sottoscala DIF), a differenziare le emozioni (sottoscala DDF), il pensiero orientato all'esterno (sottoscala EOT) e punteggio totale (TAS totale), nonché il Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) che esplora fondamentalmente 4 domini temperamentali corrispondenti, secondo Cloninger, a diversi sistemi aminergici centrali: Novelty Seeking (NS; dopamina); Harm Avoidance (HA; serotonina); Reward dependence (RD; noradrenalina); Pesistence (P; glutammato).
Risultati: al 16,5% del campione è stata formulata diagnosi di emicrania, 24,1% presentava cefalee di tipo tensivo, il 65,4% cefalee non specificate. Per gli aspetti psicopatologici e temperamentali il gruppo pazienti cefalgici ha totalizzato punteggi medi significativamente più alti del gruppo controllo alla TAS totale (52,7 ± 21,35 *vs.* 48,62 ± 10,26; $p = 0,019$) e nelle sottoscale del TPQ. Nello specifico il gruppo pazienti cefalgici ha mostrato punteggi significativamente più elevate rispetto al gruppo controllo nelle sottoscale HA tot (18,70 ± 5,48 *vs.* 15,6 ± 5,41; $p < 0,001$), e modicamente significative nelle sottoscale NS (4,16 ± 1,8 *vs.* 3,5 ± 1,4; $p = 0,02$) e RD (3,49 ± 1,05 *vs.* 3,05 ± 1,19; $p = 0,01$) del TPQ. Nessuna differenza significativa è emersa dal confronto tra le due categorie di cefalee.
Conclusioni: uno specifico pattern di personalità sarebbe tipico dei cefalgici e tra questi in particolare quei pazienti con emicrania ed elevati livelli alessitimici. Tra l'altro l'alessitimia, associata all'elevazione della Novelty Seeking supporterebbe la maggiore tendenza alla somatizzazione in questi soggetti. Inoltre la constatazione di un'elevata Harm Avoidance nel gruppo di pazienti con emicrania e cefalea di tipo tensivo concorderebbe con le tradizionali teorie sulle cefalee che attribuiscono al sistema serotoninergico un ruolo etiopatogenetico cruciale.

Bibliografia

Siberstein SD, Lipton RB, Breslau N. *Association with personality characteristics and psychopathology*. Cephalalgia 1995;15:358-69.

Cloninger R. *A systematic method for clinical description and classification of personality variants*. Arch Gen Psych 1987;44:573-88.

P150. I Trattamenti Sanitari Obbligatori in psichiatria: i risultati dello studio europeo EUNOMIA sullo sviluppo di raccomandazioni per una buona pratica clinica

V. Del Vecchio, C. De Rosa, D. Giacco, M. Luciano, V. Vinci, A. Fiorillo

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

I Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) in psichiatria presentano una notevole variabilità in differenti contesti socio-culturali, sia da un punto di vista epidemiologico che clinico. Pertanto, la Comunità Europea ha finanziato lo studio EUNOMIA in 12 paesi europei (Bulgaria, Germania, Grecia, Inghilterra, Israele, Italia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Spagna, Svezia) per mettere a punto raccomandazioni europee di buona pratica clinica sui TSO.
Le raccomandazioni EUNOMIA sono state sviluppate con il coinvolgimento di figure-chiave che hanno elaborato raccomandazioni nazionali, successivamente sintetizzate in un documento europeo, attraverso l'utilizzo di categorie specifiche.
Il bisogno di uniformare le procedure di TSO è stato sottolineato da tutti i centri. Nelle raccomandazioni EUNOMIA è stata evidenziata la necessità di: a) fornire informazioni ai pazienti sui motivi del ricovero e la durata presumibile; b) tutelare i diritti dei pazienti durante i ricoveri; c) favorire il coinvolgimento dei familiari; d) migliorare la comunicazione tra équipe territoriale ed ospedaliera; e) organizzare incontri, seminari e focus-group con gli utenti; f) sviluppare corsi di formazione per le figure professionali coinvolte sulla gestione di eventuali comportamenti aggressivi, sugli aspetti clinici dei principali disturbi mentali, sugli aspetti legali ed amministrativi dei TSO, sulle abilità di comunicazione.

I risultati hanno evidenziato l'importanza di sviluppare delle linee-guida internazionali sui TSO e la necessità di migliorare l'assistenza ai pazienti durante i ricoveri.

P151. Un'analisi del mondo emozionale degli adolescenti: indagine epidemiologica su 6000 studenti messinesi

R. Delia, D. La Torre, G. Fanara*

*Dipartimento Neuroscienze, Scienze Psichiatriche e Anestesiologiche, * Dipartimento di Igiene, Medicina preventiva e Sanità pubblica "R. De Blasi", Università di Messina*

Durante la tarda adolescenza si verifica un interesse per i temi sociali, politici ed ideali da cui origina una riflessione sulla società e sulle sue forme istituzionali, nonché principi etici e relazionali. Lo scopo di questo studio è quello di conoscere la rappresentazione reale del mondo affettivo-emotivo degli adolescenti e la visione del futuro. Il campione dello studio è costituito da 6093 adolescenti delle scuole di Messina e provincia tra i 15 e i 17 anni. All'interno del campione è stato somministrato un questionario formato da dieci item di cui il presente studio prende in considerazione i tre che esplorano l'area dei sentimenti e delle relazioni. Il campione è stato analizzato secondo i seguenti criteri: età, sesso, indirizzo scolastico, residenza. È stata applicata una statistica descrittiva. L'area relazionale rivela fiducia e presenza di capacità sociali nonché attaccamento ai valori tradizionali. I sentimenti positivi come felicità, ottimismo, serenità, speranza sono molto rappresentati, mentre non sono autopercepite emozioni quali depressione, invidia, odio e vendetta. Si ipotizza l'uso di meccanismi difensivi nei confronti di emozioni che non sono ammesse alla coscienza. Abbiamo indagato su eventuali differenze legate al genere e abbiamo analizzato l'influenza di fattori socio-culturali ed ambientali. Il campione permette una fotografia del mondo emotivo degli adolescenti di oggi abbastanza attendibile data la numerosità del campione, che riflette la situazione di tutta la fascia giovanile studentesca della città di Messina e provincia.

P152. Stress lavorativo e burnout in un gruppo di psichiatri che operano presso gli SPDC

A. Di Caro, A. Merendino*, M.L. Poma*, S. La Grutta*, R. Lo Baido, D. La Barbera

*Dipartimento di Neuroscienze Cliniche Di.Ne.C., * Dipartimento di Psicologia, Università di Palermo*

Introduzione: la recente letteratura ha mostrato un crescente interesse verso la sindrome del burnout in diversi ambiti (didattico, sanitario e persino religioso), analizzando diverse variabili, sia personali che ambientali, che potrebbero contribuire a svilupparne i segni.

Obiettivo: l'ipotesi di questo lavoro è che i medici psichiatri, per le peculiarità del loro lavoro, siano molto esposti al rischio di sviluppare una sindrome da burnout, e che questo possa essere in parte favorito da particolari caratteristiche personologiche o di stile di vita.
Metodi: soggetti: 24 psichiatri che operano presso SPDC a Palermo. Strumenti: Internal-external LOC per sondare le caratteristiche personologiche, GHQ per appurare il grado di benessere individuale e l'eventuale disagio psichico, M.B.I. per riconoscere la sindrome del burnout.
Risultati: lo studio, al momento in progress, suggerisce la stretta connessione tra locus of control, grado di soddisfazione lavorativa e burn out.

Bibliografia

Pellegrino, F. *La sindrome del burn-out*. Torino: Centro scientifico Editore 2009.

Trombini G (a cura di). *Come logora curare. Medici e Psicologi sotto stress*. Bologna: Zanichelli 1994.

Lamanna, F. *Il burn-out in sanità: sindrome da stress o malattia professionale?* SRM Psicologia Rivista (www.psyreview.org) 2003.

P153. Studio di fattibilità sui fattori di rischio per il disturbo della immagine corporea, i DCA e l'obesità in età evolutiva

M. Di Stani, C. Tamburini, A. Di Caro*, U. Ceroni*, E. Degli Esposti**

Ambulatorio Multidisciplinare DCA, AUsL Ravenna; Pediatri di famiglia, AUsL Ravenna; ** UVEC Direzione Aziendale AUsL*

L'esordio clinico dei DCA è prevalente in età adolescenziale, pur riconoscendo alcuni prodromi sintomatologici in età prepubere. L'insoddisfazione corporea è stata rilevata da vari AA già durante l'età infantile, e può essere conseguenza di oscillazioni di peso durante gli anni dell'infanzia. Una condizione di soprappeso/obesità può portare a bassi livelli di autostima, con un maggior rischio di sviluppare un DCA. Obiettivo di questo studio è valutare precocemente, su base scientifica ed epidemiologica, l'insorgenza di un DIM/DCA. Nel periodo compreso da settembre a novembre 2004 è stato somministrato il questionario KEDS, per valutare il rapporto tra peso e distorsione dell'immagine corporea, a 210 bambini (90 M e 120 F) d'età compresa tra 8 e 14 aa. (media 10,4 ± 1,7 ds), con equa distribuzione numerica (dal 12,4 al 20% e solo 2,9% nella fascia 14 aa.) e di sesso nelle varie fasce d'età, giunti consecutivamente in 7 ambulatori di Pediatria di Famiglia per i normali controlli di salute. Venivano pertanto rilevati stato clinico e dati auxologici (p.a., h, BMI).
Risultati: i risultati dello studio di fattibilità dimostrano che, nella nostra popolazione, il 66% dei soggetti esaminati è sottopeso (BMI < 20), contro il 24,9% normopeso (BMI 20-25) ed il 9,1% obeso (BMI > 25). Il 44% dei

soggetti con BMI 21,8 ± 1,5 ds desiderano dimagrire. Il 10% dei soggetti sottopeso ed il 4% dei normopeso si vedono più grassi. L'uso di lassativi o diuretici per perdere peso è assente nel ns. campione. Il vomito autoindotto è rilevato nel 5% degli obesi, ma anche in poco meno del 2% dei normopeso. La tendenza alle abbuffate è maggiore nei soggetti obesi (> 20% *vs.* 10% dei sottopeso e 8% dei normopeso). I soggetti nella fascia d'età 8-14 anni hanno ben precisa l'immagine corporea propria e quella dei modelli di riferimento. Il desiderio di perdere peso è decisamente maggiore nelle femmine nella fascia pre-adolescenziale (12-14) rispetto ai maschi.

P154. La struttura latente, dimensionale, non tassonica dei sintomi psicotici in un campione di studenti

S. Di Tommaso[*], F. Struglia[*], R. Pacifico, E. Daneluzzo, A. Rossi

Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila e Dipartimento di Neuroscienze "Villa Serena" (PE);[*] Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università de L'Aquila

Introduzione: recenti studi hanno dimostrato come i sintomi tipici della psicosi non siano inevitabilmente associati con la presenza del disturbo, suggerendo così un *continuum* delle esperienze psicotiche tra popolazioni cliniche e popolazione generale (Hassen et al. 2003). Nel presente studio abbiamo esaminato il costrutto della psicosi usando il Community Assesment of Psychic Experience (CAPE) in un campione di studenti.
Metodi: è stata valutata le presenza di sintomi psicotici in un campione di 1323 studenti utilizzando il CAPE, un questionario di autovalutazione di 42 items che valuta dimensioni dei sintomi positivi, negativi e depressivi (Stefanis et al. 2002). Al fine di discriminare una struttura dimensionale da una tassonica l'analisi dei dati è stata condotta utilizzando i programmi tassometrici per la R Computing Enviroment di J. Ruscio
Risultati: la struttura dimensionale latente è stata confermata dal MAXCOV CCFI pari a 0,34.
Conclusioni: nello studio il costrutto latente della psicosi in un campione di giovani studenti risulta coerente con una struttura latente dimensionale, non tassonica. L'esperienza dei sintomi psicotici ha rivelato l'esistenza di differenze quantitative e non qualitative, ovvero la differenza tra i punteggi CAPE sembra rappresentare una differenza di severità invece che di tipologia. La rappresentazione dimensionale del fenotipo della psicosi sembra dunque indicare che la psicosi corrisponda alla variazione contemporanea di tre dimensioni sintomatologiche distinte e correlate: positiva, negativa e depressiva.

P155. Interazione tra i geni DRD2 e AKT1 nella modulazione dell'attività neuronale prefrontale durante la Working Memory

L. Fazio, G. Blasi, G. Caforio, P. Taurisano, L. Lo Bianco, A. Di Giorgio, R. Romano, B. Gelao, L. Ursini, A. Papazacharias, I. Andriola, T. Quarto, T. Popolizio[**], M. Nardini, 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, OH 43210; [**] IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo (FG)

La funzionalità della corteccia prefrontale dorso-laterale (DLPFC) durante la working memory (WM) è modulata principalmente dal signaling dopaminergico, che appare anomalo nella schizofrenia. Il recettore D2 della dopamina e la protein kinasi AKT1, mediatore nella trasduzione del segnale di tale recettore, svolgono un ruolo chiave nella regolazione dei livelli sinaptici di dopamina. Obiettivo del presente studio è stato valutare, in soggetti sani, la possibile interazione tra un SNP del gene codificante per i D2 (DRD2 - rs1076560-G > T) e un SNP del gene codificante per AKT1 (rs1130233-G > A), entrambi associati a differenziale espressione genica e differenziale attività della DLPFC durante compiti di WM.
140 soggetti sani (AKT1-Acarriers/DRD2-GG = 51, AKT1-Acarriers/DRD2-GT = 14, AKT1-GG/DRD2-GG = 73, AKT1-GG/DRD2-GT = 27) hanno svolto un compito di WM a carichi crescenti (N-Back task) durante fMRI.
L'analisi dei dati fMRI ha mostrato un effetto di interazione tra carico mnemonico, AKT1 e DRD2 in DLPFC destra ($p < 0,05$). L'analisi del segnale BOLD in tale area ha mostrato una significativa interazione tra i due polimorfismi nella condizione di più alto carico mnemonico (2-BACK): i soggetti con genotipo AKT1-GG hanno presentato una maggiore attività della DLPFC rispetto ai soggetti AKT1-A carrier in presenza del genotipo DRD2 GT, mentre non sono apparse differenze in presenza del genotipo DRD2 GG.
Questi dati mostrano un effetto di interazione tra DRD2 e AKT1 in DLPFC in risposta a carichi crescenti di WM. L'evidenza di tali effetti durante un fenotipo cognitivo compromesso nella schizofrenia rende questi dati rilevanti nello studio di tale patologia.

P156. Indagine epidemiologica sull'emergenza-urgenza psichiatrica presso il Policlinico Universitario "P. Giaccone " di Palermo nella progettualità di strutturazione di servizi di post- acuzie e di continuità assistenziale

A. Francomano, B. Bonanno, M. La Placa, D. La Barbera

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, Università di Palermo

Introduzione: lo studio analizza le modalità di intervento nel campo dell'emergenza-urgenza in Psichiatria in area metropolitana. Si propone di individuare ambiti distinti per la gestione delle fasi di post-acuzie e non-acuzie, dedicate ad un precoce assessment valutativo e riabilitativo, da quelle dedicate alla acuzie.
Metodi: 1) elaborazione di scheda di valutazione dati per determinanti socio-anagrafici e di contesto, analisi motivazionale della richiesta, anamnesi patologica, comorbidità, diagnosi e descrizione intervento; 2) sono stati censiti gli interventi dell'anno 2008 presso l'UO di Psichiatria dell'AOUP di Palermo attivati dal PS e da altre UUOO.
Risultati: sono state raccolte n. 665 schede relative ad un primo sottogruppo di pazienti provenienti dal PS (n. 379, di cui n. 183 ♂ e n. 196 ♀),ed un secondo di pazienti provenienti da altre UUOO (n. 286, di cui n.126 ♂ e n. 160 ♀). Sono state rilevate n. 7 proposte di TSO (n. 4 ♂ e n. 3 ♀), di cui n. 4 effettuati a Palermo, n. 2 in provincia e n. 1 in altra provincia; registrati infine n. 44 casi (12%) di revolving door.
Conclusioni: la realizzazione di strutture dedicate alla gestione della post-acuzie, associata alla adeguate modalità per l'assessment psico-sociale, faciliterebbe l'efficacia degli interventi, la continuità e l'aderenza alle cure e ridurrebbe il fenomeno del revolving door. Sarebbero, inoltre, auspicabili efficaci servizi di collegamento tra le diverse strutture ed ambiti operativi psichiatrici.

Bibliografia

Caput Y, Paridis M, BealieuL, Labontè E. *A qualitative study of a psychiatric emergency*. Int J Ment Health Sys 2008;2:9.

Ziegenbein M, Anreis C, Brùggen B, Olhlemeir M, Kropp S. *Possible criteria for impatient psychiatric admission: which patients are transferred from emergency services to impatient psychiatric treatment?* BMC Health Serv Res 2006;6:150.

P157. Valutazione di un intervento di collegamento con la neuropsichiatria infantile a favore di giovani pazienti psicotici in trattamento riabilitativo precoce

A. Francomano, V. Giardina, M. Farinaccio, B. Busetta, D. La Barbera

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, Università di Palermo

Introduzione: presso l'UO di Psichiatria del Policlinico di Palermo ha preso avvio un'esperienza di riabilitazione precoce a favore di un gruppo di giovani nella fase di passaggio dalla NPI alla psichiatria per adulti. Per garantire una continuità terapeutica ed assistenziale, è stata attivata una rete tra servizi con presenza di operatori della UO per adulti presso la NPI ed omologazione della tipologia degli interventi terapeutico riabilitativi. Ci si è proposto, inoltre, di monitorare e valutare i percorsi di cura secondo la metodologia di seguito descritta.
Metodi: vengono monitorati due gruppi di pazienti adolescenti di un Centro Diurno di NPI, selezionati per omogeneità di quadri psicopatologici e gravità clinica: gruppo A, di giovani afferiti all'UO di riabilitazione psichiatrica del Policlinico; gruppo B afferiti dalla NPI a CSM territoriali. La ricerca si propone di valutare il numero di recidive sintomatiche e la compliance al trattamento. Sono stati individuati criteri di valutazione testologici (BPRS, CGI, WAIS-R, Rorschach, CARS) e anamnestico-osservazionali (numero di ricoveri ospedalieri, adesione alla terapia farmacologica e psicologica, utilizzo delle risorse ambientali, rapporti con il caregiver).
Risultati: i dati preliminari mostrano che nei soggetti che usufruiscono di una continuità terapeutica e assistenziale risulta maggiore la compliance al trattamento e minore il numero di recidive sintomatiche.

Bibliografia

Boncori L. *Teoria e tecniche dei test*. Torino: Bollati Boringheri 1993.

Sassolas M. *Terapia delle psicosi. La funzione curante in psichiatria*. Roma: Borla 2001.

Pissocroia M. *Trattato di psicopatologia della adolescenza*. Padova: Piccin Editore 1998.

La tutela della Salute Mentale. In Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, Ministero della Salute:74.

P158. Effetti dell'atomoxetina cloridrato sulla qualità della vita di bambini e adolescenti con disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività, con o senza comorbidità

S. Frediani[1], G. Chiarenza[2], M.G. Torrioli[3], A. Zuddas[4], G. Dell'Agnello[1] per il gruppo di studio LYDS

[1] Medical Dept. Eli Lilly Italia; [2] Ospedale di circolo di Rho, Milano; [3] Policlinico Gemelli, Servizio di Neuropsichiatria Infantile, Roma; [4] Dipartimento di Neuroscienze, Sezione Neuropsichiatria Infantile, Università di Cagliari

Obiettivo: obiettivo primario dello studio era valutare l'efficacia di atomoxetina sul miglioramento del funzionamento psicosociale di bambini e adolescenti con ADHD, in presenza di altre comorbilità. Gli effetti sul benessere emotivo e sociale del bambino e della famiglia sono stati valutati ricorrendo alla variazione media del punteggio del dominio "Achievement" della scala

Child Health and Illness Profile – Child Edition (CHIP-CE).
Metodi: studio multicentrico, in aperto, condotto su pazienti ambulatoriali di età fra 6 e 15 anni, con diagnosi di ADHD, basata sui criteri del DSM-IV e posta attraverso un'intervista diagnostica strutturata (K-SADS-PL). Per arruolare i pazienti era necessario un punteggio basale alla subscala SNAP-IV-ADHD al di sopra del cut-off richiesto per età e sesso ed un punteggio alla scala CGI $\geq$ 4. Lo studio prevedeva due fasi: una di 12 settimane ed una fase di estensione in aperto. Il dosaggio di atomoxetina era flessibile (fino a 1,2 mg/kg/die, in unica somministrazione giornaliera). Nello studio sono stati arruolati 263 pazienti (90% maschi; età media 10,1 anni) trattati con atomoxetina: 97 nel gruppo 1 (ADHD "puro"), 38 nel gruppo 2 (ADHD + disturbi internalizzanti, come ansia e/o disturbi dell'umore) e 128 nel gruppo 3 (ADHD + disturbi di esternalizzanti, come ODD). In tutti i gruppi sono state calcolate le variazioni rispetto al basale di ogni variabile dopo 12 settimane e l'intervallo di confidenza (CI) al 95%. Nonostante nel gruppo 2 sono stati arruolati un numero minore di pazienti di quelli previsti, le analisi statistiche sono state condotte come erano già state pianificate nel protocollo dello studio.
Risultati: nei pazienti dei gruppi 1 e 3 si sono evidenziati miglioramenti significativi nel dominio "Achievement" e nelle performace scolastiche, oltre che in tutti gli altri aspetti della qualità della vita, misurati con gli altri domini CHIP-CE. Nel gruppo 2 i miglioramenti sono stati osservati soltanto nelle relazioni con i pari e nei domini riguardanti il benessere e l'evitamento del rischio. Le condizioni cliniche generali, misurate con scala CGI-ADHD-S, sono migliorate significativamente dal basale in tutti i gruppi. Nei pazienti dei gruppi 2 e 3 il miglioramento delle condizioni di comorbilità è stato significativo, come evidenziato dalle misurazioni con PARS, CDRS-R e con la subscala ODD della SNAP-IV. Sono stati osservati inoltre miglioramenti significativi nei tre gruppi su tutte le altre subscale della SNAP-IV: le diminuzioni del punteggio erano più marcate nei pazienti del gruppo 3 rispetto agli altri due gruppi. L'analisi degli effetti di atomoxetina sui disturbi comportamentali in ambiente scolastico, misurati con CTRS-R:S, indica miglioramenti in tutti i gruppi, più evidenti nel gruppo 3 rispetto agli altri due, fatta eccezione per i disturbi cognitivi. Quarantatre pazienti (16% degli arruolati) si sono ritirati dallo studio nella fase delle 12 settimane di trattamento; i motivi più comuni dell'interruzione sono stati la decisione dei genitori e/o di chi se ne prendeva cura (in 22 pazienti) e gli eventi avversi (15 pazienti). Eventi avversi e parametri vitali erano in linea con il profilo di sicurezza noto di atomoxetina. I dati raccolti nella fase di estensione hanno confermato i risultati delle prime 12 settimane di trattamento.
Conclusioni: in questo studio, sono stati osservati miglioramenti del funzionamento psicosociale, del benessere emotivo e della salute generale dei bambini e degli adolescenti con ADHD, indipendentemente dalla presenza di altre comorbilità (disturbi internalizzanti ed esternalizzanti). Al campione, più ridotto, di pazienti con ADHD e disturbi internalizzanti concomitanti è stata associata una probabilità inferiore di effetti significativi rispetto agli altri due gruppi.

P159. Uso dell'aripiprazolo in bambini con Multiple-complex Developmental Disorder

A. Gagliano, E. Germanò, R. Siracusano, A. Magazù, T. Calarese, S. Giurdanella*, G. Tortorella, E. Spina*

*Neuropsichiatria Infantile e * Dipartimento di Medicina Clinica Sperimentale e Farmacologia, Università di Messina*

Introduzione: il Multiple-complex Developmental Disorder (McDD) è un disturbo caratterizzato da difficoltà sociali, disregolazione affettiva e disturbi del pensiero e viene fatto rientrare, dalla maggioranza degli autori, all'intero dello spettro autistico (de Bruin et al, 2007). L'aripiprazolo, recentemente utilizzato anche in età evolutiva (Biederman et al., 2005), potrebbe rappresentare un'opzione terapeutica per questo gruppo di bambini, tanto per il controllo dei disturbi formali del pensiero e che della sintomatologia affettiva.
Metodi: presentiamo una serie di 4 casi di McDD (maschi, range età 9-12). La diagnosi è stata posta in accordo ai criteri descritti da Buitelaar et al. (1999). L'aripiprazolo è stato iniziato alla posologia di 2,5 mg/die e titolato gradualmente fino a 7,5 o 10 mg/die. La risposta è stata valutata a 4, 12, e 24 settimane mediante CGI-S, CGI-I, CGAS e BPRS.
Risultati: in tutti i pazienti si è osservato un miglioramento del funzionamento globale, una riduzione delle difficoltà sociali, dei disordini del pensiero, della disregolazione affettiva. La terapia è stata nel complesso ben tollerata, sebbene siano stati osservati lievi e transitori effetti avversi (tremore, sonnolenza, nausea), in nessun caso determinanti per la sospensione del farmaco.
Conclusioni: quanto osservato suggerisce l'opportunità di programmare studi clinici controllati per valutare efficacia e tollerabilità di aripiprazolo in questo gruppo di pazienti.

Bibliografia

Biederman J, McDonnell MA, Wozniak J, Spencer T, Aleardi M, Falzone R, et al. *Aripiprazole in the treatment of pediatric bipolar disorder: a systematic chart review*. CNS Spectr 2005;10:141-8.

Buitelaar JK, van der Gaag R, Klin A, Volkmar F. *Exploring the boundaries of pervasive developmental disorder not otherwise specified: Analyses of data from the DSM-IV Autistic Disorder Field Trial*. J Autism Dev Disord 1999;29,33-43.

de Bruin EI, de Nijs PF, Verheij F, Hartman CA, Ferdinand RF. *Multiple complex developmental disorder delineated from PDD-NOS*. J Autism Dev Disord 2007;37:1181-91.

P160. Interazione fra varianti genetiche del recettore D2 della dopamina e Novelty Seeking nella modulazione delle funzioni esecutive

B. Gelao, R. Romano, A. Porcelli, M. Mancini, V. Perilli, L. Fazio, P. Taurisano, A. Di Giorgio, L. Lo Bianco, G. Ursini, A. Papazacharias, M. Nardini, G. Blasi, A. Bertolino

Università di Bari

Il recettore D2 della dopamina (DRD2) e la Novelty Seeking (NS) sembrano svolgere un ruolo fondamentale nella modulazione dei processi cognitivi. Esistono evidenze riguardo il coinvolgimento del sistema dopaminergico nella NS e recenti studi hanno rilevato un'associazione fra varianti genetiche del DRD2, NS e funzioni esecutive. È stata inoltre dimostrata l'esistenza di un polimorfismo funzionale del gene che codifica per DRD2 (rs1076560), associato allo splicing del gene DRD2 e all'espressione relativa delle 2 isoforme della proteina, D2S e D2L.
Scopo dello studio è indagare la putativa interazione tra rs1076560 e NS sulle capacità di problem solving e ragionamento.
148 soggetti sono stati suddivisi sulla base del polimorfismo rs1076560 (GG/GT = 119/29) e del punteggio ottenuto alla scala NS del TCI(50/50 = bassa/alta NS). Le funzioni esecutive sono state studiate attraverso il WCST, i subtest Ragionamento Aritmetico e Disegno con i cubi della WAIS-R. Trasformando i punteggi grezzi dei singoli test in punti z è stato calcolato il composite score.
I risultati dimostrano che il composite score dei soggetti GT con bassa NS è inferiore rispetto ai soggetti GT con alta NS e rispetto all'intero gruppo dei soggetti GG ($p < 0,05$). Inoltre, i soggetti GT con bassa NS presentano performance peggiori ai singoli test rispetto ai soggetti GT con alta NS e ai soggetti GG ($p < 0,05$).
Questi risultati suggeriscono l'esistenza di un effetto dell'interazione tra rs1076560 e NS sulle funzioni esecutive.

P161. La formazione in psichiatria: le opinioni degli specializzandi italiani

D. Giacco, M. Luciano, U. Volpe, A. Fiorillo

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Alcuni recenti studi europei hanno documentato l'importanza delle opinioni degli specializzandi per valutare la qualità dei programmi formativi forniti e hanno sottolineato la necessità di mettere a punto percorsi di formazione uniformi nelle diverse realtà europee.
In questo studio abbiamo valutato le opinioni di 198 specializzandi italiani in psichiatria sul proprio percorso formativo e sulle prospettive di carriera mediante il Questionario sulla Formazione in Psichiatria (QFP), sviluppato dal Young Psychiatrists Committee dell'European Psychiatric Association.
Il campione è costituito da soggetti con un'età media di 30 (±3) anni, prevalentemente di sesso femminile (68%). Il 37% degli intervistati ha scelto la psichiatria perché "è sempre stato un sogno"; il 77%, se potesse tornare indietro, rifarebbe la stessa scelta.
Il 70% si dice "globalmente soddisfatto" della propria formazione, soprattutto per quanto riguarda la clinica psichiatrica, la psicopatologia e la psicofarmacologia, mentre le aree in cui gli specializzandi riconoscono le maggiori carenze sono la psicoterapia, la riabilitazione psichiatrica e la psichiatria forense.
Il 50% del campione afferma di aver avuto la possibilità di effettuare un'esperienza professionale all'estero durante la specializzazione, ma solo il 9% ha sfruttato questa possibilità.
Gli specializzandi italiani in psichiatria appaiono globalmente soddisfatti del livello qualitativo della formazione ricevuta. Tuttavia, appare importante stimolare la formazione in aree come la psicoterapia, la riabilitazione e la psichiatria forense, e favorire le esperienze all'estero.

P162. Comunicazione deviante in adolescenza: l'Hacking da Defacement

G. Giaimis, M.F. Costantini[*], C.Terribili[*], C. Nutello[**], S. Vicinanza[**] e Gruppo Aristotele[***]

ASL Roma C TSMREE Europa 15; [*] Gruppo Accademia Roma; [**] Questura di Roma, Commissariato Esposizione; [**] L.S.S. Aristotele; [***] Studenti L.S.S. Aristotele: N. Acquisto, N. Collacchi, G. Coppola, M. Neri, I. Nicolosi, L. Olivieri, I. Sinceri

Introduzione: l'"hacking da defacement", accesso clandestino ad un sito web con stravolgimento di pagine e iscrizione di messaggi rivendicativi, irridenti o critici, sino al nonsense (o apparentemente tale), viene qui considerato "comportamento comunicativo deviante". La sua matrice prettamente espressiva, può soddisfare un bisogno di riappropriazione di spazi di comunicazione e di condivisione (assonante con quella del writing), nella fase depressiva, tipica dello stadio adolescenziale della vita, che trasforma il vissuto in atto lesivo.
Metodi: un progetto di collaborazione tra Questura (Commissariato Esposizione), Liceo Scientifico "Aristotele" e TSMREE Europa 15, attraverso il metodo della "peer education" e dell'apprendimento per problemi, affronta i temi della devianza ed il presente lavoro si offre come indagine esplorativa sulla devianza informatica, attraverso l'analisi di homepage defacciate, la costruzione e somministrazione di interviste, somministrate a "defacer anonimi" e a "studenti comuni".
Risultati: l'analisi delle interviste e la disamina delle aree relative alla percezione di questa devianza, disegna il profilo psicologico dell'esecutore ed il "pensiero adolescente" in proposito.

Conclusioni: la scuola, "comunità che educa", ha ruolo primario nella prevenzione di fenomeni a connotazione psicopatologica, ancorché sfumata, attraverso azioni mirate multipolari, in primo luogo pedagogiche, meglio e prima di quelle psichiatrico-psicologiche.

Bibliografia

Strano M, Gotti V, Bedetti M, Gentile F, Neigre B, Mattiucci M. *Un assessment criminologico per i giovani hackers*. Comunicazione al Convegno internazionale "Media digitali e psicotecnologie: viaggi nella mente dei mondi virtuali", Erice, Villa San Giovanni, 28 giugno-1 luglio 2001.

Goldstein AP. *The psychology of vandalism*. New York: Plenum Press 1996.

Papadimitriou F. *A nexus of Cyber-Geography and Cyber-Psychology: Topos/"Notopia" and identity in hacking*. Elsevier 2009.

P163. Educazione sessuale nella prima infanzia: vaccino per le patologie di area

G. Giaimis, E. Baldo[*], C. Terribili[**], L. Cappello, M. Di Iorio

ASL Roma C TSMREE Europa 15; [*] Municipio Roma 12 UOSECS, [**]Gruppo Accademia Roma

Introduzione: adeguati approcci al corpo ed alla sessualità nell'infanzia precursori di un equilibrato sviluppo sessuale adulto e "vaccino" per le devianze e le patologie.

Obiettivi del lavoro:

1) rilevare le conoscenze dei bambini sul corpo e sul genere ed esaminare le relazioni tra fonti di acquisizione (famiglia, scuola e media) e conoscenze nonché su ricordi, lessico, comportamenti sessuali, "script" per la costruzione di immagine corporea e personalità sessuale;
2) incrementare conoscenza e competenza di famiglia e scuola su "sesso e dintorni" dei bambini, per un lessico condiviso e un equilibrato sviluppo.

Metodi: campione di 88 bambini [44 F 44 M di 3 e i 6 anni], esaminato col "Sex Education & Attachment" di Veglia, somministrato dagli insegnanti a scuola e dai genitori a casa, sui bambini e su sé stessi, ipotizzando cosa avrebbero risposto i piccoli.

Risultati: le conoscenze infantili sulla sessualità sono mediate dal contatto informale con l'adulto, piuttosto che da programmi educativi specifici, sono dati reali per la mente infantile, fonte delle conoscenze "attuali". Gli stimoli mediatici segnano competenze cognitive ed esperienze concrete quotidiane.

Conclusioni: l'età esaminata è ancora "vergine". L'intervento psicoeducativo, precoce e corretto sui datori di cure e sui piccoli, permette controllo e censura, se necessario, di fonti anomale di informazione, e acquisizione sana della gestione dell'area vitale "sessualità".

Bibliografia

Veglia F, De Marco I. *Educare alla sessualità: il modello interattivo narrativo*. In: Lineamenti di Psicologia Scolastica. Milano: Franco Angeli 2004.

Veglia F. *Manuale di educazione sessuale*. Trento: Erickson 2005.

Giaimis G, Baldo E, Cappello L, Di Iorio M, Terribili C. *Eva, Adamo e il melo. Prevenzione delle devianze attraverso l'approccio sano alla sessualità nella prima infanzia*. In: XXIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Criminologia, San Marino, 8-10 ottobre 2009.

P164. Temperamento e attaccamento in pazienti con dipendenza da alcol suddivisi secondo la tipologia di Cloninger

D. Harnic, V. Digiacomantonio[*], S. Di Marzo[*], F. Sacripanti[*], R. Saioni[*], M. Mazza, A. Cardella, C. Di Felice, S. Andreoli, P. Girardi[**], R. Tatarelli[**], P. Bria, L. Janiri

Dipartimento di Neuroscienze, Day-Hospital di Psichiatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; [*] Servizio di Alcologia, Casa di Cura Villa Rosa, Viterbo; [**] Dipartimento di Psichiatria, Ospedale Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma

Obiettivi: lo scopo del presente studio è valutare il tipo di temperamento e di attaccamento in un campione di pazienti alcol-dipendenti, suddivisi in tipologia 1 e 2 di Cloninger*, rispetto ad un campione sano.

Materiali e metodi: presso il Servizio di Alcologia della Casa di Cura "Villa Rosa" di Viterbo è stato arruolato, nell'arco di tre mesi, un gruppo di 40 pazienti, con diagnosi di dipendenza da alcol, e confrontato con un gruppo di controllo di 40 soggetti sani. I test utilizzati sono stati: SCID-I per diagnosi in asse I, SCID-II per diagnosi in asse II, TEMPS-A* per temperamento ed ECR* per attaccamento.

Risultati: le differenze sono tutte significative (livello di significatività minore di 0,05). Per tutte le scale la media dei valori (t di Student) o dei ranghi dei valori (Mann Whitney) è maggiore nel gruppo sperimentale. Per l'ECR, si osserva una lieve significatività dell'evitamento che differenzia il Cloninger I dal Cloninger II. Nel gruppo di controllo: 92,5% di soggetti ha un attaccamento di tipo 'sicuro', 7,5% ha un attaccamento di tipo 'distaccato'. Nel gruppo sperimentale: 40% di soggetti ha attaccamento di tipo 'sicuro', 35% di tipo 'distaccato', 17,5% di tipo 'preoccupato' e 7,5% di tipo 'timoroso'.

Discussione: nel nostro campione, la presenza di alcolismo si associa prevalentemente ad attaccamento di tipo 'distaccato' e 'preoccupato'; per quanto riguarda invece il temperamento abbiamo osservato valori elevati per l'ipertimia e la ciclotimia.

Bibliografia

Cloninger CR. *Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism*. Science 1987;236:410- 16.

Pompili M, Girardi P, Tatarelli R, Iliceto P, De Pisa E, Tondo L, et al. *TEMPS-A (Rome): Psychometric validation of affective temperaments in clinically well subjects in mid- and south Italy*. Journal of Affective Disorders 2008;107:63-75.

Picardi A, Bitetti D, Puddu P, Pasquini P. *La scala "Experiences in Close Relationships" (ECR), un nuovo strumento per la valutazione dell'attaccamento negli adulti: traduzione, adattamento, e validazione della versione italiana*. Rivista di Psichiatria 2000;35:114-20.

P165. Toward a Genetics of Separation Anxiety: Social motivation in infant rats bred for high and low positive affect

P. Iacobucci[*,**], V. Colonnello[*,*], T. Fuchs[*], L. D'Antuono[**], J. Panksepp[*]

[*] *Department of VCAPP, College of Veterinary Medicine, Washington State University, Pullman;* [**] *Department of Psychology, Sapienza University of Rome*

Strong efforts have been devoted to developing animal models of human emotional phenotypes. The study of ultrasonic vocalizations (USVs) has played a key role in investigating rats' emotional responses, with 22 kHz indicating a negative affect and 50 kHz USVs accompanying a positive affective state. Human mood disorders have been correlated to negative affectivity without stressing the role of positive affects and their predictive value for coping styles. We investigated differences in infant social motivation in Low and High lines of rats selectively bred for differences in positive affect. The two lines underwent repeated isolations from their family. Infants were exposed to either familiar, unfamiliar, or neutral odor cues between the first and second isolation. All sessions were carried out at different temperatures, to discern whether the rate of USVs would also be affected by a physiological stressor. Low line called at higher rates than High line and their rate of vocalizations was stable over sessions. High line vocalized more during the second (odor exposure) and third (subsequent isolation) sessions**.** In addition, while Low line was not affected by the exposure to odors, vocalization rates in High line increased both during and after the exposure to social odors, but not in response to a control odor. Lines showed comparable susceptibility to a physical stressor. Thus, the lines selected for a positive phenotype during the prepubertal period differ also in separation anxiety responses in infancy, making our animal model a promising tool for the study of human affective disorders.

P166. Aspetti quantitativi del rapporto tra tratti di personalità e risposta ai farmaci in un ambulatorio di psichiatria

D. Iodice[*], E. De Vivo[*], L. Fabozzi[*], O. Palladino[*], A.Tridente[**], C. Tridente[***]

[*] *Area Didattico-Scientifica di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, AOU Federico II, Napoli;* [**] *Specialista Ambulatoriale;* [***] *Ricercatore, Area Didattico-Scientifica di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, AOU Federico II, Napoli*

Nell'ambito di un approccio integrato al disturbo psichiatrico che dura da diversi anni, il nostro gruppo ha elaborato dati relativi ai rapporti tra profilo di personalità e risposta ai farmaci. Il metodo impiegato prevede l'utilizzo del PDQ-4 (Personality diagnostic questionnaire) per identificare e quantificare gli aspetti di personalità e delle scale di Hamilton per l'ansia (HAM-A) e la depressione (HAM-D) per valutare il decorso della sintomatologia. Sono stati testati 64 pazienti di ambo i sessi, di età compresa tra 18 e 65 anni afferiti al nostro ambulatorio di psichiatria. Al momento della prima visita i pazienti non praticavano alcuna terapia e sono state somministrate loro il PDQ-4 e le HAM-A e HAM-D. A distanza di uno e sei mesi dalla prima valutazione, nella quale hanno ricevuto una terapia adeguata (SSRI e BDZ), sono state nuovamente somministrate le scale di Hamilton. I risultati ottenuti mostrano che soggetti con personalità dai prevalenti tratti paranoidi hanno ottenuto miglioramenti inferiori agli altri; nel gruppo di pazienti borderline dopo un mese di trattamento il numero di pazienti migliorati e peggiorati era sovrapponibile, mentre a distanza di sei mesi era prevalente quello dei peggiorati. Tra i pazienti che hanno ottenuto un miglioramento clinico maggiore si collocano quelli con tratti di personalità evitante ed ossessivo-compulsivo. Il nostro gruppo si propone il reclutamento di ulteriori pazienti per rinforzare le evidenze ottenute.

P167. Psichiatria d'urgenza: dati preliminari

L. Lavatelli, P. Zeppegno, M. Probo, A. Parafioriti, M. Antona, F. Ressico, E. Torre

SC Psichiatria, AOU Maggiore della Carità, UPO "A. Avogadro", Novara

Introduzione: scopo del lavoro è l'analisi epidemiologica degli accessi in DEA per i quali è richiesta consulenza psichiatrica.
Metodo: studio prospettico della durata di un anno condotto presso il DEA di Novara da giugno 2009. Sono state valutate le seguenti variabili: socio-demografiche, clinico-anamnestiche (precedenti contatti con i Servizi Psichiatrici e/o Ser.T, pregressi ricoveri, sintomatologia principale, diagnosi psichiatrica già nota), modalità d'accesso (motivo e congruità della richiesta, codice di

priorità, ambulatorio di visita, invio del paziente), tipo di intervento ed esito della consulenza.
Risultati: delle 112 consulenze effettuate fino a settembre 2009 il 13,4% è rappresentato da casi di intossicazione/astinenza da sostanze ed il 33,3% di questi pazienti è già seguito dai Servizi Psichiatrici per una diagnosi di asse II. Su questo campione verrà condotta una regressione logistica per identificarne le caratteristiche peculiari. Altra area di studio saranno gli accessi per gesto autolesivo in relazione a diagnosi, modalità di attuazione e necessità di ospedalizzazione.
Conclusioni: questo progetto di studio rappresenta la fase preliminare di un'analisi finalizzata a strutturare percorsi di cura per limitare gli interventi in urgenza e migliorare la continuità assistenziale.

P168. Esplorazione delle parafilie: un metodo psicodiagnostico integrato

N. Leonardi, V. Carlotta, L. Cortese, M. Tricoli, D. La Torre

Dipartimento Neuroscienze Scienze Psichiatriche e Anestesiologiche, Università di Messina

"Parafilia" è l'attuale termine scientifico per definire l'insieme di quelle condotte sessuali più note con i nomi di "perversioni" o "deviazioni sessuali" in cui l'eccitamento sessuale avviene in risposta a oggetti o situazioni che si discostano considerevolmente delle normali fonti o modalità di eccitamento (oggetti inanimati, o oggetti non umani) e in cui, soprattutto la sessualità non assume valenza relazionale di reciprocità, ma è improntata alla sopraffazione e/o alla sofferenza propria o dell'altro.
La maggior parte delle parafilie sono egosintoniche; solo pazienti eccezionali che sono disturbati dai loro sintomi ricercano volontariamente il trattamento.
La relazione con pazienti parafilici sulla base degli usuali strumenti clinici (colloquio, intervista) comporta notevoli limiti poiché difficilmente tali soggetti essi riescono ad eliminare le barriere innalzate dai meccanismi difensivi del diniego e tendono pertanto a minimizzare i comportamenti eludendo la complessità della propria condizione psicopatologica.
Lo scopo di questo lavoro è l'introduzione di un metodo più completo per esplorazione della personalità di questi soggetti attraverso l'integrazione e la correlazione di tre livelli:

- autorappresentazione verbale, esplorata tramite un questionario di autovalutazione (MMPI-2);
- autorappresentazione non verbale (disegno della figura umana, Machover);
- percezioni e rappresentazioni inconsapevoli (test di Rorschach).

A scopo esemplificativo si riportano tre protocolli che si confrontano e si discutono.

Bibliografia

Chabert C. *Psicopatologia e Rorschach*. Milano: Raffaello Cortina 2003.

Huprich, SK, Gacono CB, Schneider RB, Bridges MR. *Rorschach Oral Dependency in Psychopaths, Sexual Homicide Perpetrators.* Behav Sci Law 2004;22:345-56.

P169. Progetto di educazione alla salute del CSM di Ravenna

M. Lombardi, M. Di Stani, R. Zanfini, D. Santini*

*UO CSM-DSM AUsL Ravenna; * UO Dietologia, Dipartimento Malattie Metaboliche e Gastroenterologia, Ravenna*

Esponiamo il lavoro svolto in merito alle problematiche internistiche degli utenti CSM identificando buone e qualificanti prassi per giungere ad un cambiamento di stile di vita. Su questi principi è nato il progetto "Benessere" rivolto a utenti del CSM di Ravenna affetti da disturbi mentali gravi e persistenti, con problematiche legate ad uno squilibrio di peso in seguito ad assunzione di neurolettici atipici o ad associati disturbi della condotta alimentare (BED). Raggiungere uno stile di vita sano attraverso una corretta alimentazione e una sana attività fisica. Il Programma prevede incontri settimanali di circa due ore per un periodo di 6 mesi, con lezioni in aula e uscite sul territorio per visite guidate e attività sportive. Gli argomenti trattati sono basati su due parti principali: 1) nutrizione, benessere e stile di vita sano; 2) salute ed esercizio fisico; attività di gruppo, lezioni in aula interattive, proiezioni di filmati a tema, lavori di gruppo, discussioni, uscite sul territorio (sport, palestra, piscina, passeggiate, visite guidate ai supermercati o mercati cittadini, alle Fattorie, contatti con le attività territoriali di quartiere …). Hanno partecipato al I e II corso (2006-08), 28 utenti con una fascia d'età dai 24 ai 50 anni con patologia riferite a disturbi di personalità, episodi schizoaffettivi, disturbo bipolare, altri e non specifici disturbi di alimentazione. Al corso attuale (2008-09) partecipano 14 utenti con le stesse caratteristiche dei precedenti.
Risultati:

- perdita di peso e per alcuni il mantenimento del peso;
- miglioramento nell'aspetto fisico;
- miglioramento nell'aspetto relazionale;
- aumento dell'autostima;
- non mangiano più di notte;
- creving per alimenti dolci solo negli orari quando il metabolismo è più attivo;
- si lavano i denti dopo mangiato (maggior igiene personale e alimentare);
- passeggiate quotidiane.

P170. Comportamenti autolesivi e disturbo della condotta in adolescenza

M. Manca, R. Cerutti, F. Presaghi*

*Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, * Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Sapienza Università di Roma*

Introduzione: in questi ultimi anni è stata approfondita la relazione tra antisocialità e condotte suicidarie non distinguendo i tentativi di suicidio dall'autolesionismo intenzionale (DSH). Lo scopo del presente lavoro è di valutare la relazione tra problemi esternalizzanti e DSH in adolescenza e di studiare le proprietà psicometriche del Disruptive Behavior Symptomathology (DBS).
Metodi: il campione è composto da 363 adolescenti (età media = 16.21; sd = 1,7).
A tutti i soggetti sono stati somministrati i seguenti questionari di autovalutazione:
la DBS di Sutton et al. (2000) nell'adattamento di Kokkinos et al. (2004). La DBS è composta da 28 item che rispecchiano i criteri diagnostici del DSM-IV per il ODD e il CD.
Il Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI) di Gratz (2001) nell'adattamento italiano di Cerutti et al. (submitted). Lo strumento è composto da 17 item che rilevano la presenza e le differenti modalità di espressione delle condotte autolesive intenzionali.
Risultati: per analizzare le proprietà psicometriche della DBS è stata condotta un'analisi fattoriale. I dati evidenziano punteggi più elevati nei self-harmers rispetto ai non self-harmers nella scala che valuta il ODD ($F_{(1, 359)} = 46{,}32$, $p < {,}01$, $\eta^2 = {,}11$) e in quella del CD ($F_{(1, 359)} = 53{,}13$, $p < {,}01$, $\eta^2 = {,}13$).
Conclusioni: il presente lavoro fornisce un primo contributo per la comprensione della relazione tra ODD, CD e autolesionismo intenzionale e ripetitivo.

P171. Psicoterapia in ambito istituzionale per i disturbi di personalità

V. Manini, G. Mircoli, C. Bellantuono

SOD Clinica Psichiatrica, Università Politecnica delle Marche, AOU Ospedali Riuniti, Ancona

Introduzione: nella psicoterapia in ambito istituzionale si verificano spesso agiti, dinamiche manipolative, scissionali, idealizzanti, svalutanti, meccanismi tipici dei soggetti con disturbo di personalità (DP) che sono simili e speculari alle dinamiche dell'istituzione che contiene lo spazio della cura. Nel presente lavoro esponiamo le problematiche insorte con la brusca interruzione e dopo sei mesi riapertura, per motivi burocratico-economici, del Servizio dei DP, operativo da più di dieci anni.
Materiali e metodi: nel Servizio dei DP della Clinica Psichiatrica di Ancona erano attivi, da sei e quattro anni, anche due gruppi di psicoterapia ad orientamento analitico. I 33 pazienti erano stati valutati con la SCID-II 2.0, AQ, BIS-11, SCL-90 l'Adult Attachment Interview (AAI) e la Reflective Self Function Scale (R.S.F.).
Risultati: l'AAI e l'RSF erano state ripetute dopo quattro anni e avevano evidenziato un significativo miglioramento delle capacità riflessive e dei modelli di attaccamento [1].
La chiusura ha decretato una sorta di "sospensione" dei gruppi psicoterapici ma non la loro fine, tanto che diversi pazienti sono riusciti a tollerare angosce di perdita, abbandono, frustrazioni, cambiamenti e riconfrontarsi, alla riapertura del servizio, con un "nuovo" inizio. Tali soggetti probabilmente erano riusciti a preservare il legame e storicizzare l'esperienza vissuta come continuità pur nella discontinuità.
Conclusioni: nelle istituzioni operano forze distruttrici e riparatrici [2]; queste ultime non solo permettono e salvaguardano il contenitore/contenuto della psicoterapia ma possono promuovere, così come evidenziato dalla nostra esperienza, cambiamenti e processi di crescita.

Bibliografia

1 Bateman A, Fonagy P. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione: psicoterapia con il paziente borderline*. Milano: Raffaello Cortina 2006.

2 Mircoli G. *I luoghi della violenza*. In: Comunicare, Ancona: 2008.

P172. Utilità dei tempi di risposta al MMPI-2-Fuzzy nella individuazione della tendenza a dissimulare il disturbo mentale

V. Martino, F. Campobasso, Y. Massaro, A. Cannito, I. Grattagliano*

*Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica; * Dipartimento di Medicina Pubblica e Medicina interna, Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, Università di Bari*

Introduzione: la difficoltà nel fornire risposte forzatamente dicotomiche al MMPI-2 ci ha indotto a creare un programma computerizzato di somministrazione che prevede risposte "sfumate" secondo i principi della logica Fuzzy [1 2]. In una precedente indagine abbiamo rilevato come il MMPI-2 Fuzzy fosse più accurato della forma bivalente nel discriminare i sani dai soggetti ricoverati per psicosi nella Clinica Psichiatrica dell'Università di Bari [3].
Scopo: questo programma ci consente inoltre di valutare i tempi di risposta dei soggetti ai singoli item. L'attitudine "prudente" dei soggetti che si rivolgevano all'ambulatorio della Clinica Psichiatrica per ottenere l'idoneità alla guida dopo la sospensione della patente (dissimulatori) rispetto ai soggetti non interessati a distorcere i risultati dei test, ci ha fatto ipotizzare che i primi necessitino di un tempo maggiore per rispondere.
Metodi: si sono confrontati i tempi di risposta ad ogni

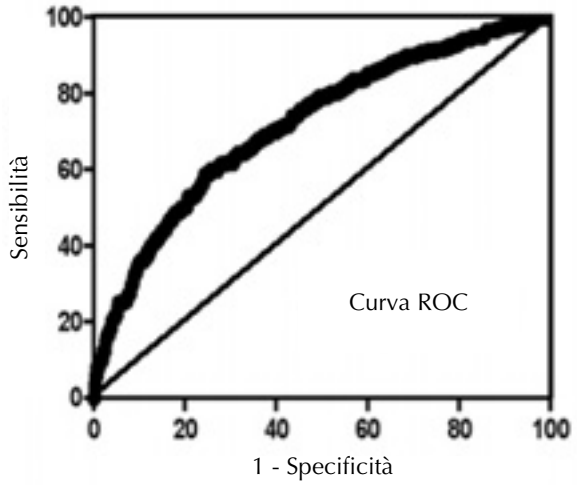


FIGURA 1.

item del MMPI-2 dei dissimulatori con quelli di volontari sani non interessati a migliorare l'immagine di sé.
Risultati: le medie dei tempi di reazione dei dissimulatori *vs.* soggetti di controllo sono risultate significativamente diverse (media = 10,71 *vs.* 8,35; err. stand. = 0,15 *vs.* 0,10; t = 13,01, p < 0,0001). Si è quindi proceduto, per mezzo della curva ROC, a valutare l'accuratezza diagnostica dei tempi di reazione nel discriminare i dissimulatori dai soggetti di controllo (area sotto la curva ROC = 0,72; IC 95% = da 0,6923 a 0,7509; p = < 0,0001) (Fig. 1). Si è individuato il cut-off ottimale per discriminare i dissimulatori dai controlli nel tempo medio di 9 sec. (Fig. 2).
Conclusioni*:* psichiatri e psicologi clinici sono chiamati a far parte di commissioni medico-legali per valutare l'idoneità psichica a: porto d'armi, guida, ammissione nei corpi armati dello stato. Questo strumento si propone come ausilio ad individuare le condotte distorsive (soprattutto dissimulative) in tali sedi.

Andamento della sensibilità e della specificità al variare del cut-off

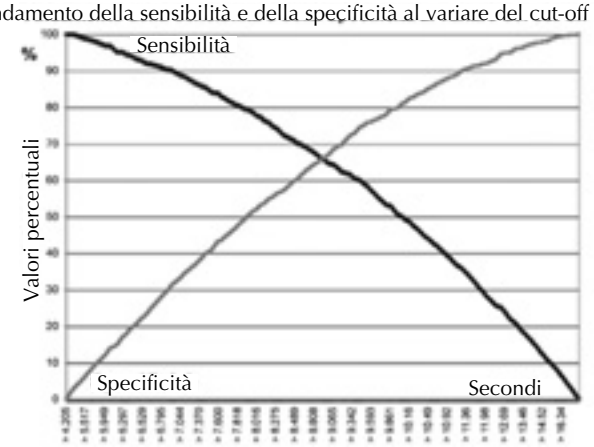


FIGURA 2.

Bibliografia

1 Zadeh LA. *Fuzzy Sets*. Information and Control 1965;8:338-53.

2 Zadeh LA. *The birth and evolution of Fuzzy Logic*. Int J General System 1990;17:95-105.

3 Martino V, Campobasso F, Cannito A, Massaro Y, Rosito A. *Il MMPI-2 FUZZY. Incremento dell'accuratezzad iagnostica del MMPI-2 per mezzo di un innovativo metodo di somministrazione*. Giorn Ital di Psicopatologia 2008;14:413-4.

P173. Attività dei feromoni sull'impulsività e sul trasportatore della serotonina nelle donne

I. Masala, P. Torri, M. Polini, G. Consoli, G. Giannaccini, L. Betti, P. Italiani, L. Fabbrini, C. Caglieresi*, C. Moschini*, D. Canale*, D. Marazziti, M. Mauri

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

Introduzione: il ruolo dei feromoni nell'uomo è ancora controverso. Alle luce delle possibili correlazioni tra i feromoni e la serotonina (5-HT), con il nostro studio abbiamo valutato le variazioni di un marker periferico del sistema serotoninergico, il trasportatore piastrinico della 5-HT (SERT), e alcuni test psicologici, in un gruppo di donne prima (T0) e dopo (T1) la stimolazione con feromoni ricavati da estratti ascellari maschili (gruppo 1). Un secondo gruppo di donne, che è stato sottoposto a stimolazione con soluzione neutra è stato usato come gruppo di controllo (gruppo 2).
Metodi: il SERT è stato valutato mediante il binding della ^{3}H-paroxetina prima della stimolazione (T0) e dopo un'ora di stimolazione (T1) con estratti ascellari maschili o con soluzione neutra. I tests psicologici usati erano l'"Experiences in Close Relationships" (ECR) e la versione 11 della Impulsiveness Scale di Barratt (BIS-11).
Risultati: i risultati hanno evidenziato che la costante di dissociazione (Kd) del binding della ^{3}H-paroxetina era significativamente più bassa a T1, rispetto a T0, nelle donne del gruppo 1, mentre la densità del SERT non era modificata. A T0 le Kd correlavano significativamente con il fattore "impulsività motoria" della BIS-11 in tutti i soggetti. Due fattori della BIS-11, l'impulsività attenzionale e l'impulsività motoria erano significativamente più bassi a T1 nel gruppo 1. Inoltre, a T1 è stata rilevata una significativa correlazione positiva tra la Kd e due stili di attaccamento del questionario ECR, lo stile "sicuro" e lo stile "preoccupato", e con la scala dell'ansietà.
Conclusioni: questi dati suggeriscono che l'esposizione ad estratti ascellari maschili, e probabilmente ai feromoni che contengono, può modificare nella donna l'affinità del SERT, così come alcuni parametri collegati all'impulsività o all'attaccamento romantico.

P174. Differenze di genere nei disturbi da uso di sostanze

G.J. Massei, J.V. Bizzarri*, P. Rucci, G. Vannucchi, A. Sbrana, G.B. Cassano

*Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; * Dipartimento per le Dipendenze, Bolzano*

Introduzione: le differenze di genere nell'uso di sostanze sono argomento di particolare interesse nell'ultimo decennio; soggetti di sesso femminile sembrano avere un maggior tasso di comorbidità per malattie mediche e psichiatriche rispetto agli uomini. Scopo dello studio è indagare le differenze di genere in una popolazione con diagnosi di disturbo da uso di sostanze.
Materiali e metodo: la diagnosi di asse I è stata formulata tramite l'intervista SCID-I/P, lo spettro dell'uso di sostanze è stato indagato mediante l'Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dell'Uso di Sostanze (SCI-SUBS).
Risultati: su 168 probandi 131 erano di sesso maschile e 37 di sesso femminile. I maschi riportavano più frequentemente uso di cannabis, mentre le donne abuso di sedativi/ansiolitici. Ai domini dello SCI-SUBS le donne ottenevano punteggi maggiori nei domini "Uso di sostanze, Sensibilità alle sostanze e Automedicazione".
Discussione: il maggior utilizzo di sedativi nel sesso femminile può essere conseguenza di un superiore tasso di disturbi d'ansia e dell'umore, che spiegherebbe anche i punteggi più alti al dominio "Automedicazione" dello SCI-SUBS. Il maggior score riscontrato nel dominio "Sensibilità alle sostanze" può essere attribuito a variazioni farmacocinetiche fra i due sessi, o, in alternativa, una superiore sensibilità alle sostanze potrebbe spiegare i maggiori punteggi nel dominio "Uso di sostanze" nel sesso femminile.

P175. Di chi è il corpo che sto uccidendo? L'allentamento del legame mente-corpo in un campione di giovani pazienti borderline

C. Mattei, P. Solano, E. Pizzorno*, G. Giacomini, A.M. Gallina**, M.P. Sormani**; F. Gabrielli

*Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia, Genetica (DINOG), Sezione di Psichiatria, Ospedale San Martino, Università di Genova; * Frequentante il Dipartimento di Medicina Legale e delle Assicurazioni (DIMEL), Ospedale San Martino, Università di Genova; ** Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL), Sezione di Biostatistica, Università di Genova*

Introduzione: il disturbo borderline di personalità è caratterizzato da un'elevata frequenza di comportamenti suicidari [1]. È stata valutata l'associazione tra la presenza di episodi dissociativi – derealizzazione e depersonalizzazione – nella vita quotidiana e scelta di metodi violenti per tentare il suicidio in un campione di pazienti borderline di età compresa tra i 18 ai 45 anni (età media 32 anni) ospedalizzati per un tentativo di suicidio.
Metodo: il campione è composto da 40 pazienti di cui 21 di sesso femminile e 19 di sesso maschile. La diagnosi di BPD e gli episodi dissociativi sono stati valutati mediante le scale SCID II e DIB. Sono stati considerati "metodi suicidari violenti" quelli rispondenti ai criteri stabiliti nell'ICD10 (X70-83) [2] per tale definizione. Attraverso il test ANOVA è stata valutata la significatività dell'associazione "episodi dissociativi nella vita quotidiana" e "utilizzo di metodo violento per tentare il suicidio".
Risultati: è presente un'associazione significativa tra le variabili "episodi dissociativi nella vita quotidiana" e "utilizzo di metodo violento per tentare il suicidio".
Conclusioni: gli episodi dissociativi testimoniano l'allentamento del legame mente/corpo, di conseguenza quest'ultimo non è più percepito come appartenente al Sé e può essere umiliato alla pari di un nemico sconfitto [3].

Bibliografia

1 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), fourth edition (IV), text-revision (TR)*. American Psychiatric Association 2000.

2 World Health Organisation (WHO). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD10)*. Version for 2007.

3 Maltsberger JT. *Die Gegenuebertragung-Ein zentrales Motiv in der Behandlung suizidaler Borderline- Patienten*. In: Gerisch B, Gans I, editor. *So liegt die Zukunft in Finsternis*. Goettingen: Vandenhoeck, Ruprecht Ed. 2003.

P176. Associazione tra polimorfismi del gene CNR2 ed uso di Cannabis

D. Minocci, P. Nieri, G. Vannucchi, G.J. Massei, F. Mundo, M. Milianti, G. Paturzo, A. Sbrana, G.B. Cassano

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

Introduzione: recenti studi hanno riscontrato una correlazione tra polimorfismi dei recettori dei cannabinoidi e disturbi psichiatrici, quali depressione maggiore e schizofrenia. Ad oggi solo poche ricerche sono state condotte sull'associazione fra recettori del sistema endocannabinoide ed uso di sostanze, e sono stati prevalentemente indagati i recettori di tipo CB1. Scopo di questo studio è valutare l'associazione fra polimorfismi del gene CNR2 (recettore CB2 endocannabinoide) ed uso di cannabis.
Metodo: sono stati reclutati 191 soggetti, giovani e studenti universitari. È stata indagato l'eventuale utilizzo di cannabis e la frequenza d'uso. Il DNA per l'analisi genetica è stato ricavato da prelievo salivare.
Risultato: su 191 probandi, 54 presentano consumo di cannabis. L'analisi dei polimorfismi per il gene CNR2 ha mostrato che l'allele recessivo per lo SNP rs41311993 ($p(G) = 0,952$; $p(T) = 0,047$) è più frequente tra i consumatori di cannabis rispetto ai soggetti non consumatori ($p = 0,039$).

Conclusione: il risultato, da considerarsi preliminare, suggerisce come diversi polimorfismi dei geni coinvolti nel sistema endocannabinoide possano essere associati all'utilizzo di cannabis; ulteriori studi saranno necessari per valutare se i diversi polimorfismi determinano una differente modulazione dei sistemi di reward dependence o una variazione nella percezione degli effetti della sostanza.

P177. Efficacia e tollerabilità degli antipsicotici atipici nella terapia del disturbo borderline di personalità

G. Mircoli, S. Bascioni, C. Lucarelli, C. Bellantuono

SOD Clinica Psichiatrica, Università Politecnica delle Marche, AOU Ospedali Riuniti, Ancona

Introduzione: nella terapia farmacologica del disturbo borderline di personalità (BPD) [1] trovano ampio consenso gli antipsicotici atipici (AAP). L'intento di questo lavoro è quello di effettuare una revisione sistematica della letteratura sull'uso degli AAP nel BPD che possa aiutare il clinico a scegliere il trattamento più adeguato e ad elaborare un progetto terapeutico integrato, specifico e personalizzato [2].
Metodi: la revisione della letteratura è stata condotta dal 1980 ad aprile 2009, attraverso Pubmed, Embase, Psyclit e Cochrane Library. Sono stati trovati 3968 articoli inerenti il trattamento farmacologico dei disturbi di personalità; di questi 1291 riguardavano il BPD. In seguito sono stati scelti solo gli RCT sul trattamento farmacologico del BPD, che sono risultati essere 48. Di questi abbiamo selezionato 19 articoli riguardanti gli antipsicotici tradizionali (AT) e gli AAP. Sono stati, quindi, presi in esame solo i 9 RCT inerenti gli AAP, di cui 8 sono risultati placebo-controllati.
Risultati: gli AAP, seppur non privi di effetti indesiderati (p.e. endocrino-metabolici), presentano migliore maneggevolezza e tollerabilità rispetto agli AT.
L'AAP più studiato è l'olanzapina, che si è dimostrata efficace nella modulazione di ansia, rabbia, impulsività e paranoia con miglioramento dei rapporti interpersonali. L'aripiprazolo si è rivelato efficace nella riduzione dell'aggressività, rabbia, ansia e ideazione paranoidea. Lo ziprasidone, invece, non ha ottenuto risultati significativi rispetto al placebo. L'efficacia di quetiapina, risperidone e clozapina è al momento documentata solo da studi in aperto.
Conclusioni: dall'analisi della letteratura emerge che gli AAP sono sempre più utilizzati nel BPD anche se saranno necessari ulteriori RCT per confermare la loro efficacia e tollerabilità sul lungo termine.

Bibliografia

1 Gunderson JG. *Borderline Personality Disorder: ontogeny of a diagnosis*. Am J Psichiatry 2009;166:530-9.

2 Bellantuono C, Mircoli G, Nardi B, Santone G. *Psichiatria essenziale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2009.

P178. Utilizzo degli stabilizzanti dell'umore nel trattamento farmacologico del disturbo di personalità borderline

G. Mircoli, S. Bascioni, C. Bellantuono

SOD Clinica Psichiatrica, Università Politecnica delle Marche, AOU Ospedali Riuniti, Ancona

Introduzione: il disturbo di personalità borderline (BPD) presenta tassi di prevalenza, morbilità e mortalità in rapido aumento. L'approccio psicofarmacologico prevalente è quello di tipo sintomatologico dimensionale che ne determina la scelta terapeutica [1]. Il nostro studio ha indagato l'utilizzo degli stabilizzanti dell'umore nei BPD.
Materiali e metodi: la ricerca è stata condotta dal 1972 al 31 marzo 2009. Le banche dati utilizzate sono state: Pubmed, Embase, Psyclit e Cochrane Library. Gli studi Randomized Controlled Trial (RCT) selezionati sono stati 17, 12 review, 5 linee guida e 2 metanalisi.
Risultati: dei 17 RCT: 4 riguardavano l'acido valproico, 2 il litio, 4 la carbamazepina, 5 il topiramato e 2 la lamotrigina. Dalla letteratura è emerso che:

1. il sodio valproato è il più utilizzato tra gli anticonvulsivanti, permettendo un miglioramento del funzionamento globale dei BPD;
2. il litio sembra ridurre il rischio suicidario, modulando la rabbia e l'impulsività;
3. la lamotrigina sembra abbia buoni risultati nel controllare il comportamento aggressivo;
4. il topiramato si è dimostrato utile nel trattamento della rabbia, determinando anche una significativa perdita di peso.

Conclusioni: i BPD necessitano di una terapia integrata e per tempi relativamente lunghi. Dalla letteratura [2] è emerso che gli stabilizzanti dell'umore migliorano la sintomatologia impulsivo-aggressiva e l'instabilità affettiva, rivelandosi utili anche nel trattamento dei soggetti con tratti ciclotimici importanti.

Bibliografia

1 Dell'Osso B, Camuri G, Berlin H, Serati M, Altamura AC. *Un approccio dimensionale al disturbo di personalità borderline*. Giorn Ital Psicopat 2009;75:48-63.

2 Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. *Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder*. The Cochrane Libra 2008: Issue 1.

P179. Musicoterapia ed esperienza emotiva

R. Muccio[*,**], A. Narzisi[*,**]

[*] *Associazione Nazionale Mutilati Invalidi Civili (ANMIC) di Pisa,* [**] *Centro MUNAR, Pisa*

Introduzione: l'efficacia della musicoterapia nel migliorare le abilità sensoriali, percettive e motorie è ampiamente riconosciuta.
Metodi: allo studio hanno partecipato un gruppo di 16 soggetti adulti (età media 32,34; d.s. 12,21) che fre-

quentano quotidianamente un centro diurno per mutilati e invalidi civili (ANMIC). Tutti i soggetti hanno svolto, con cadenza bisettimanale, un programma di musicoterapia secondo il modello Knill & Knill (1991). L'attività prevede 4 sessioni che hanno l'obiettivo di lavorare su parti diverse del corpo cercando di integrarle tra loro. Un ruolo importante è svolto dal conduttore nel facilitare l'approccio e il contatto fisico con e tra gli utenti. A T0 e a T1 sono state valutate la capacità di Partecipazione, Attenzione e Comportamenti Problematici usando la scheda di osservazione di Knill & Knill (1991) e il comportamento adattivo con la scala VABS II.
Risultati: le analisi statistiche hanno evidenziato differenze significative ($p < 0,01$) in tutte le aree oggetto di valutazione tra T0 e T1. Inoltre, correlazioni significative ($p < 0,05$) tra l'area "Partecipazione" della scheda Knill (1991) e l'area "Socializzazione" della scala VABS a T1 è stata riscontrata.
Conclusioni: l'attività di musicoterapia e quindi di integrazione delle varie parti del corpo, suggerisce, come dimostrano i nostri dati, un effetto sulle abilità adattive quotidiane.

Bibliografia

Knill M, Knill C. *Motricità e musicoterapia nell'handicap*. Trento: Edizioni Erickson 1991.

P180. Qualità di vita e carico assistenziale dei caregivers di pazienti affetti da demenza senile

L. Nastri, M. Giordano*, B. Bonanno, A. Landi, C. Mezzatesta, M.V. Rumeo, L. Sideli, A. Vela, D. La Barbera

*Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, Università di Palermo; * Centro di Riferimento Regionale Demenze Senili-Alzheimer, AUSL 6 Palermo*

Introduzione: la figura del caregiver è spesso messa in secondo piano quando si effettua la presa in carico di un paziente con diagnosi di demenza. Diversi studi evidenziano che la percezione dello stato di salute dei caregivers è strettamente correlata alla durata della patologia, alla presenza di sintomi comportamentali e al grado di decadimento cognitivo. Altri fattori che ne compromettono la qualità della vita sono: mancanza di adeguato supporto familiare e istituzionale, isolamento sociale, difficoltà ad adempiere agli impegni richiesti dagli altri ruoli affettivi, sociali e lavorativi.
Metodi: il campione è costituito da 56 caregiver di pazienti con demenza reclutati presso l'Unità Valutativa Alzheimer AUsL 6 di Palermo. Gli strumenti utilizzati sono: Neuro Psychiatric Inventory NPI (Cummings et al., 1994), Caregiver Burden Inventory CBI (Novak et al., 1989), Relative Stress Scale RSS (Greene et al., 1982), Health Survey SF-36, (Ware-Sherbourne, 1992).
Risultati: il Test Rho di Pearson rileva una correlazione positiva tra la Scala Emotional Distress del RSS, gli anni di accudimento ($r = 0,37$; $p < ,01$) e la presenza di sintomi comportamentali quali deliri, allucinazioni, agitazione, depressione, comportamento motorio aberrante, disturbi del sonno (rispettivamente $r = 0,29$; $r = 0,27$; $r = 0,31$; $r = 0,27$; $r = 0,33$; $r = 0,30$; $p < ,05$). La Scala Social Distress del RSS correla positivamente con la presenza di deliri ($r < 0,31$; $p < ,01$); la Scala Negative Feelings con la presenza di agitazione ($r = 0,29$; $p < ,01$). Il burden dipendente dal tempo richiesto dall'assistenza correla positivamente con il comportamento motorio aberrante ($r = 0,44$; $p < ,01$); quello evolutivo con la presenza di agitazione ($r = 0,38$; $p < ,01$). Il burden fisico correla positivamente con il numero di ore dedicate all'accudimento ($r = 0,29$; $p < ,05$), la presenza di allucinazioni ($r = 0,34$; $p < ,05$) e disturbi del sonno ($r = 0,35$; $p < ,05$) mentre il burden emotivo con gli anni di accudimento ($r = 0,3$; $p < ,05$). Vi è una correlazione negativa tra qualità della vita mentale percepita, il comportamento motorio aberrante ($r = 0,28$; $p < ,05$) e disturbi del sonno ($r = 0,36$; $p < ,01$). L'età del caregiver correla positivamente con la presenza di burden fisico ($r = 0,35$; $p < ,01$) e negativamente con la qualità della vita fisica percepita ($r = 0,3$; $p < ,05$).
Conclusioni: l'importante compito del prendersi cura del paziente affetto da demenza richiede spesso un impegno fisico e psicologico notevole che aumenta in funzione della durata della malattia e della gravità dei sintomi comportamentali. Pertanto, nell'ottica di integrazione degli interventi terapeutici ed assistenziali, appare indispensabile il potenziamento dei servizi destinati alla presa in carico del caregiver.

Bibliografia

Brodaty H, Donkin M. *Family caregiver of people with dementia*. Dialogue in Clin Neurosci 2009;11:217-28.

Ferrara M, Langiano E, De Brango T, De Vita E, Di Ciocco L, Bauco C. *Prevalence of stress, anxiety, and depression in with Alzheimer caregivers*. Health and Quality of Life Outcomes 2008;6:93.

P181. Rischio suicidario nei pazienti psichiatrici cronici

G. Orofino, M.G. Carta, M.C. Hardoy, J-L. Terra*

*Università di Cagliari; * Università di Lione*

Introduzione: gli errori nella valutazione del rischio suicidario nei pazienti psichiatrici possono essere dovuti sia ad una mancata identificazione dei fattori di rischio sia ad un'errata codifica dei dati nelle cartelle cliniche.
Obiettivi: valutare l'applicabilità e l'accettazione di uno strumento di valutazione del potenziale suicidario; verificare le differenze tra i fattori di rischio evidenziati attraverso il suo utilizzo e quelli riportati nelle cartelle; effettuare un confronto tra 2 campioni di aree geografiche differenti.
Materiali e metodi: disegno dello studio: studio osservazionale sull'applicazione di una griglia per la valu-

tazione dei fattori di rischio suicidario. Campione: 164 pazienti afferenti al centro psichiatrico di Lione; 38 pazienti in cura presso 2 CSM della Sardegna. Strumenti: griglia di valutazione del potenziale suicidario.
Risultati: dal confronto tra i dati raccolti con la griglia e quelli riportati nelle cartelle è emerso che la maggior parte dei fattori di rischio vengono rilevati con maggiore frequenza con l'uso di uno strumento standardizzato.
Le differenze emerse tra i 2 campioni possono essere dovute sia alla modalità di presa in carico dei pazienti psichiatrici nei 2 paesi sia a differenze sociali e culturali.
Conclusioni: i risultati del nostro studio, del tutto preliminare, sono incoraggianti: con l'utilizzo della griglia è stato riscontrato un maggior numero di fattori di rischio rispetto ai dati riportati nelle cartelle cliniche.

P182. L'interazione genetica tra la COMT e la disbindina produce fenotipi simili alla schizofrenia

F. Papaleo*, J. Chen, B. Lu, J.N. Crawley, D.R. Weinberger

*Clinical Brain Disorders Branch; National Institute of Mental Health, NIH, Bethesda, USA; * Department of Neuroscience and Brain Technologies, The Italian Institute of Technology, Genova, Italy*

The etiology of schizophrenia is complex and largely unknown, with both genetic and environmental contributing factors. Genetic association studies have indicated several potential schizophrenia-susceptibility genes (such as COMT, dysbindin, DISC1, KCNH2, neuregulin, etc,). Since schizophrenia is most likely related to the combination of malfunction of multiple genes, rather than mutation of only a single gene; producing COMT*dysbindin double knockout mice, we investigated the interacting effects between COMT and dysbindin created in the same mouse line. Based on prior evidence that decreased COMT increases cortical dopamine and decreased dysbindin increases D2 receptor signaling, we predicted synergistic interacting effects of reduced COMT and dysbindin in the same subject leading to excessive cortical dopamine signaling.
We demonstrate that genetic modifications resulting in combined decrease activity of the COMT and dysbindin genes produce working memory deficits, hyperactivity, amphetamine supersensitivity and abnormal response to acoustic stimuli: all parameters used as rodent correlates of schizophrenia-like core symptoms. These findings illustrate the first experimental animal model based on a predicted epistatic interaction of two putative schizophrenia-susceptibility genes and unravel interesting genetic mechanisms in the etiology of this devastating mental illness.

P183. SAFA P e EDI-2 a confronto: un primo studio per la cross-validazione

A. Pellicciari, S. Gualandi*, L. Iero, P. Gualandi, E. Franzoni

*UO Neuropsichiatria Infantile, * Dipartimento di Pediatria, AOU Sant'Orsola Malpighi, Università di Bologna*

Introduzione: il SAFA (Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti) è un utile strumento che, tramite diverse scale, esplora vari campi della psicopatologia. Alcune (SAFA A, SAFA D) sono già state cross-validate con strumenti noti; il SAFA P (disturbi alimentari, DCA) non ancora.
Metodo: a 60 pazienti (età media 15,2), cui è stata posta diagnosi di DCA, sono stati somministrati SAFA P e EDI-2. I risultati delle sottoscale sono stati confrontati attraverso test statistici.
Risultati: è presente una correlazione ($p < 0,001$) tra le coppie di sottoscale: bulimia-condotte bulimiche (CB); impulso alla magrezza-condotte anoressiche (CA); perfezionismo-perfezionismo (P); inadeguatezza-inadeguatezza (I); paura della maturità-paura della maturità (PM); insoddisfazione per il corpo-accettazione del corpo (AC). Le sottoscale SAFA non concordano totalmente con le omologhe dell'EDI-2 nell'individuare punteggi patologici e non. Valori di specificità e sensibilità: CB 100 e 40%, CA 90 e 87%, P 77 e 42%, I 96 e 67%, PM 87 e 57%, AC 82 e 71%. Si sono evidenziate alcune differenze ($p < 0,05$) tra i punteggi medi di alcune coppie, con valori più alti nell'EDI-2.

P184. Prevenzione del rischio di abuso di armi da fuoco legali; dati preliminari di una ricerca esplorativa.

V. Pirro, G. Cavallotti, L. Veneroni, A. de'Micheli*, C.A. Clerici

*Sezione di Psicologia, Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biomediche, * Cattedra di Criminologia Clinica, Dipartimento di Morfologia Umana e Scienze Biomediche, Facoltà di Medicina, Università di Milano*

Introduzione: periodicamente i mass media riferiscono episodi di abuso di armi da fuoco legali da parte di soggetti con problemi psichici. Un aspetto rilevante del problema è la formazione dei medici e dei professionisti della salute mentale nelle valutazioni preventive della pericolosità dei pazienti che detengono legalmente armi. Obiettivo di questo studio è conoscere la percezione del problema e il livello di formazione nella gestione clinica di tali casi.
Metodi: il progetto, realizzato con il sostegno dell'Ordine dei Medici di Milano, prevede la raccolta di dati mediante distribuzione telematica (attraverso il sito www.ricercawar.com) e cartacea di un questionario a medici di medicina generale, psicologi e psicoterapeuti.

Risultati: dai risultati preliminari è rilevabile una limitata formazione specifica dei professionisti sulla prevenzione del rischio legato all'abuso di armi legali. Spesso il possesso di un'arma da parte del paziente non è indagato in fase anamnestica e, laddove invece il problema sia rilevato, mancano conoscenze adeguate per una corretta gestione clinica.
Conclusioni: i dati raccolti potranno fornire un supporto a eventuali riforme legislative in materia di armi e un orientamento per i programmi di formazione di medici, psicologi e psicoterapeuti. La formazione dovrà prevedere un orientamento basato su una valutazione diagnostica del comportamento in senso allargato più che su una diagnosi psicopatologica.

Bibliografia

Clerici CA, de' Micheli A, Veneroni L, Albasi C. *Quale psicopatologia per la prevenzione dell'abuso di armi da fuoco legali?* Abilitazione e Riabilitazione 2008,2:25-33.

Clerici CA, Veneroni L, de' Micheli A, Albasi C. *Estimating the Risk of Violence From Legally Obtainable Guns*. J Nerv Ment Dis 2009;197:74.

Clerici CA, de' Micheli A, Veneroni L, Pirro V, Albasi C. *Rischio di abuso di armi da fuoco: rassegna della letteratura e proposte di procedure mediche di prevenzione*. Recenti Progressi in Medicina 2008;99;475-84.

P185. Adolescente e depressione

A.M. Pizzorno, N. Serroni, D. De Berardis, D. Campanella, L. Serroni, A. D'Agostino, A. Carano, A. Serroni, M. Plebani, F.S. Moschetta

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Teramo

Secondo le statistiche dell'Unione Europea il 4% degli adolescenti europei tra i 12 e i 17 anni soffre di depressione grave e si sale al 9% intorno ai 18 anni. Le cause scatenanti possono essere eventi dolorosi come un lutto, la separazione dei genitori, una delusione amorosa o problemi con il gruppo dei pari, per esempio a scuola. Gli AA hanno voluto in questo lavoro verificare l'incidenza di problematiche depressive in un gruppo di studenti della loro città attraverso la somministrazione di un questionario che potesse mettere in evidenza eventuali problematiche esistenti e di una scala di autovalutazione: la Zung Self-rating Depression Scale (SDS) per sintomi depressivi. Il campione era composto da 500 ragazzi, di età compresa tra i 17 e i 19 anni frequentanti gli ultimi 2 anni della scuola superiore. I risultati ottenuti hanno evidenziato nella SDS nel 7% un punteggio superiore ai 61 indicativi della presenza di un disturbo depressivo grave, nel 14% valori tra 51-60 indicativi della presenza di un disturbo depressivo, nel 21% valori tra 41-50 indicativi di un disturbo d'ansia; nel 26% valori tra 31-40 indicativi di manifestazioni situazionali transitorie; nel 32% valori tra 0-30 indicativi benessere. Il questionario che andava a completare l'indagine eseguita ha evidenziato problematiche relative alla separazione dei genitori o a conflittualità con gli stessi, difficoltà di relazione con l'altro sesso e in generale con i coetanei,difficoltà scolastiche, problematiche di dipendenza: alcool e droghe.

P186. L'attività di un servizio di mediazione familiare

A.M. Pizzorno, N. Serroni, D. De Berardis, D. Campanella, L. Serroni, A. D'Agostino, A. Carano, A. Serroni, M. Plebani, A. Ferri*, F.S. Moschetta

*Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Teramo; * Servizio di Mediazione Familiare, Comune di Teramo*

Gli AA in questo lavoro riportano l'attività del Servizio di Mediazione Familiare del Comune di Teramo nei tre anni di apertura. La popolazione afferente al servizio è stata suddivisa in classi di età, scolarità, cittadinanza, stato civile, e modalità di invio ad altre strutture. Al servizio si sono rivolte anche coppie di utenti ancora minori, ma sono stati casi isolati e quindi non significativi, mentre la maggior parte era suddivisa secondo le seguenti classi di età:

	20-30 anni	31-40 anni	41-50 anni	51 in su
maschi	4	19	24	12
femmine	24	26	5	4

Per quanto riguarda la scolarità gli utenti erano distinti in:

	Alta (laurea)	Media (diploma)	Bassa (scuola dell'obbligo)
maschi	9	18	32
femmine	9	14	35

In relazione alla cittadinanza:

Italiana	Straniera
88,33%	11,66%

I figli delle coppie conflittuali erano:

Minori	Maggiorenni
102	14

La maggior parte degli utenti erano separati:

Coniugati	Separati	Conviventi
13	37	9

La durata media dei matrimoni è di 9,55 anni.
Gli invii al Servizio di Mediazione familiare sono stati effettuati da: Tribunale Minori nel 18%, Tribunale Ordinario nel 3%, Servizi Sociali nel 38%, Servizio Psichia-

tria nel 2%, Neuropsichiatria Infantile nel 2%, avvocati nel 22%, conoscenza a mezzo pubblicità nel 8%, conoscenza a mezzo di contatti con altri utenti 7%.
Degli utenti giunti all'osservazione del Servizio di MF molti (47 pari al 39%) evidenziavano problematiche psicopatologiche e oltre al sostegno da parte dalla Psicologa della struttura sono stati inviati per consulenza ed eventuale terapia psicofarmacologica all'ambulatorio del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e cura dell'Ospedale Civile di Teramo. Le patologie evidenziate sono state prevalentemente: disturbi dell'umore (30%), disturbi d'ansia (27%), disturbi psicotici (11%), dipendenze da alcool e sostanze (19%), disturbi di personalità (4%), altri disturbi (10%).
Dai dati relativi agli accessi nel corso del triennio 2005/08 e i primi tre mesi del 2009, il servizio di MF ha preso contatto con oltre 100 richieste di interventi. 60 sono state le prese in carico e altre erano richieste di informazione o sono state dirottate a servizi diversi. Di questi, il 15% sono avvenuti in modo autonomo, cioè tramite una decisione presa e agita dagli stessi genitori separati, senza l'intervento di professionisti od operatori né di ambito giuridico né sociale né psicologico. Questo ci conferma nell'idea che anche in questo terreno, in cui è ampia la dimensione dei servizi e la loro fruibilità, prevalga la decisione personale, segno di un protagonismo degli stessi genitori che vediamo con favore perché indicativo di consapevolezza e di responsabilità assunta in prima persona.

P187. Doppia diagnosi: prevalenza nei primi ricoveri

M. Porro, P. Zeppegno, M. Probo, A. Lombardi, A. Feggi, E. Torre

SC Psichiatria, AOU Maggiore della Carità, UPO "A. Avogadro", Novara

Scopo: valutare la prevalenza di DD tra i PR in Psichiatria, considerando in particolare le modificazioni del consumo di sostanze psicotrope nel tempo e confrontando i risultati ottenuti con quelli dello studio precedente
Metodo: studio retrospettivo condotto su cartelle cliniche di pazienti con PR tra il 2005 e il 2009. Si confronteranno i pazienti dimessi con diagnosi psichiatrica singola con quelli dimessi con DD. Si compareranno i dati ottenuti con i risultati di un precedente studio effettuato sui PR avvenuti tra il 1990-94 e il 2000-04.
Risultati: dallo studio retrospettivo precedente tramite un modello di regressione logistico multivariato, emergeva che tra i PR 2000-04, rispetto al 90-94, vi erano: minor numero di problematiche giudiziarie, diagnosi alla dimissione prevalentemente di tipo nevrotico e disturbi di personalità, maggior rischio di consumare sostanze psicotrope quali cannabis o eroina. Confrontando inoltre i pazienti con DD rispetto a quelli con sola diagnosi psichiatrica alla dimissione, tra il 2000-04, emergeva che i primi erano più frequentemente: giovani, maschi, celibi, con anamnesi positiva per agiti autolesivi e diagnosi prevalente di disturbo nevrotico o di personalità.
Conclusioni: si valuteranno le variazioni della prevalenza di DD identificando i fattori di rischio socio-demografici e psicopatologici.

P188. Disturbi di personalità in un campione di tossicodipendenti in trattamento residenziale: il ruolo del poliabuso

E. Preti, A. Prunas, I. Sarno, F. Madeddu, F. Ravera

Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca

Vengono presentati i dati di prevalenza di disturbi di asse II in un campione di pazienti tossicodipendenti in trattamento residenziale a lungo termine presso una struttura specializzata; viene inoltre indagato il ruolo del monoabuso/poliabuso sulla diagnosi di personalità e su altre variabili di cliniche e prognostiche.
Il campione è composto da 117 pazienti (70,9% maschi; età media = 32,44 ± 9,51 anni). Da un'analisi delle cartelle cliniche sono state ricavate informazioni rispetto alla diagnosi di asse II (SCID II, First et al. 1997), alla storia anamnestica e ai trattamenti pregressi.
Il 79,5% dei pazienti presenta almeno un disturbo di personalità. Rispetto all'uso di sostanze, è emerso che il 46,2% dei pazienti è monoabusatore, mentre il restante 53,8% riferisce abuso/dipendenza da più di una categoria di sostanze psicoattive.
Al confronto con i monoabusatori, i poliabusatori presentano una maggiore prevalenza di diagnosi di asse II (58,7% *vs.* 33,3%) e, in particolare, un maggior numero di diagnosi di disturbo antisociale (28,6% contro 3,7%), un maggior numero medio di diagnosi di asse II (0,94 contro 0,39), più elevati tassi di dropout dal trattamento (50,9% contro 27,5%) e un'età più precoce al primo contatto con le sostanze (16,33 anni contro 18,57).
I dati rispetto alla prevalenza generale dei disturbi di personalità sono in linea con i risultati riportati in letteratura. Il poliabuso di sostanze, oltre ad essere associato a un profilo psicopatologico più grave, appare condizionare in maniera significativa la prognosi di pazienti in trattamento residenziale.

P189. Proprietà psicometriche della versione italiana dell'SCL-90-R

E. Preti, I. Sarno, A. Prunas

Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca

Presentiamo i risultati dello studio di validazione della versione italiana di SCL-90-R, uno degli strumenti più utilizzati al mondo, sia a livello clinico che di ricerca,

per l'autovalutazione del disagio psichico e di cui, al momento attuale, non esiste alcuna taratura italiana.
Il campione (n = 3,631) include studenti di scuole superiori, universitari e adulti estratti dalla popolazione generale (età: 13-70 anni; 39,2% maschi).
L'analisi fattoriale esplorativa ha portato a identificare 8 fattori parzialmente sovrapponibili a quelli proposti nella versione originale dello strumento; nessuna evidenza è emerse a supporto di psicoticismo e ideazione paranoide quali sottoscale indipendenti.
Ventuno item sono stati progressivamente eliminati in quanto non raggiungevano saturazioni sufficienti su alcuno dei fattori identificati. La versione finale della scala, composta da 69 item, mostra una buona consistenza (α di Cronbach compresi tra 0,70 e 0,96). Un'analisi fattoriale di secondo ordine ha portato a identificare un unico fattore generale, supportando l'adozione del GSI quale indice globale di disagio psichico.
Differenze significative nei punteggi medi sono inoltre emerse, in accordo con la letteratura, in funzione dell'età e del genere dei rispondenti, con le donne e gli individui più giovani che mostrano più alti punteggi medi globali e relative alle sottoscale.
I nostri risultati supportano l'adozione della versione italiana di SCL-90-R quale strumento di screening del disagio psichico.

P190. L'esperienza del gruppo di lavoro "Guadagnare salute": un progetto di educazione alimentare 'in rete' nelle scuole dell'Emilia-Romagna

C. Ricci, M. Di Stani*, C. Tamburini*, R. Fontana*

*Dipartimento Sanità pubblica, AUSL Ravenna; * Ambulatorio Multidisciplinare DCA DSM, Ausl Ravenna*

La Regione Emilia Romagna ha prodotto uno strumento poliedrico ed interdisciplinare per la realizzazione di percorsi di promozione della salute nelle scuole medie superiori e inferiori. Lo strumento, denominato "Paesaggi di prevenzione" è contenuto in un DVD che è stato costruito e modulato attraverso il confronto con operatori di tutte le AUsL regionali e deve essere ora sperimentato nel concreto utilizzo da parte degli insegnanti.
Il grande sforzo per l'allestimento di questo complesso strumento si iscrive nella strategia delineata dal Ministero della Salute, di concerto col Ministero dell'Istruzione, per "Guadagnare salute" attraverso la promozione della capacità delle persone di prendersi cura di sé e di adottare comportamenti favorevoli alla salute in 4 aree della 'normalità', che sono lo stile alimentare, la quantità e qualità dell'attività fisica e il rapporto con sostanze d'abuso 'legali' come il fumo e l'alcool; aree d'intervento che racchiudono molti fattori eziologici delle più diffuse malattie causa di morte e disabilità.
L'assessorato regionale ha richiesto alle AUsL di individuare un piccolo gruppo di operatori esperti in educazione alla salute per formarsi e successivamente allargare ad un gruppo aziendale di operatori la condivisione delle finalità del progetto e la sua promozione presso le scuole del territorio.
La fase successiva (che ha visto anche una formazione comune di insegnanti ed operatori), richiede uno stretto monitoraggio da parte di detto gruppo aziendale in quanto si configura come una fase di sperimentazione dello strumento e delle esperienze educazionali che esso sarà in grado di catalizzare.
Con la nota n. 241757 del 26 settembre 2007 la Direzione Generale Sanità e politiche sociali della RER ha esplicitamente inserito la promozione del DVD Paesaggi di prevenzione fra le azioni afferenti i Piani per la Salute, ciò comporta una chiara assunzione di Responsabilità di una "rete" di agenzie (Enti Locali, Azienda USL, Provveditorato) che dovranno necessariamente concorrere, con azioni sinergiche ed integrate al maggiore benessere dell'intera popolazione a partire dall'età evolutiva.

P191. Impulsività e aggressività nel disturbo borderline di personalità: uno studio di analisi fattoriale

C. Rinaldi, P. Bozzatello, D. Paradiso, S. Bellino

Servizio per i Disturbi di Personalità, Struttura Complessa di Psichiatria 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: le dimensioni impulsività e aggressività hanno un ruolo fondamentale nella psicopatologia del disturbo borderline di personalità (DBP). Tuttavia i rapporti tra questi due elementi non sono ancora ben definiti. Alcuni Autori considerano l'aggressività e il ridotto controllo degli impulsi come un costrutto unitario, altri sostengono l'esistenza di tratti fenotipici distinti.
L'obiettivo del nostro studio è quello di indagare se le dimensioni impulsività e aggressività possono essere differenziate con l'analisi fattoriale.
Metodi: un campione di pazienti ambulatoriali consecutivi con diagnosi di DBP secondo il DSM-IV-TR è stato valutato con i seguenti strumenti: CGI-S, BIS-11 per l'impulsività, MAOS per l'aggressività manifesta e un'intervista semistrutturata per le variabili demografiche e cliniche. I dati sono stati sottoposti ad analisi fattoriale utilizzando un modello con 4 variabili (CGI-S, età della prima visita psichiatrica, BIS-11, MAOS).
Risultati: l'analisi fattoriale con rotazione Varimax ha identificato 3 fattori "aggressività impulsiva", "impulsività", "stato di compenso", che spiegano complessivamente il 91% della varianza.
Conclusioni: i risultati sono descritti e discussi in riferimento ai dati di letteratura.

Bibliografia

Critchfield KL, Levy KN, Clarkin JF. *The relationship between impulsivity, aggression and impulsive-aggression in BPD:*

an empirical analysis of self report measure. J Pers Disord 2004;18:555-70.

Fossati A, Barratt ES, Borroni S, Villa D, Grazioli F, Maffei C. *Impulsivity, aggressiveness and DSM-IV personality disorders*. Psychiatry Res 2007;149:157-67.

P192. Progetto sovrappeso e obesità in pediatria

D. Santini, S. Brandolini, C. Corbelli, E. Dalmonte, M. Di Stani*

*UO Gastroenterologia e Dietetica Clinica, AUsL di Ravenna; * Ambulatorio DCA DSM-AUsL Ravenna*

Il progetto "sovrappeso e obesità in pediatria" è stato avviato nel 1998 con l'intento di fornire ai pediatri e ai medici di medicina generale uno strumento efficace per la gestione dei bambini sovrappeso e obesi. L'esperienza maturata fino ad oggi, unita ad alcune acquisizioni recenti nel campo della terapia dell'obesità e della prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare, hanno evidenziato l'esigenza di creare uno strumento più aggiornato ed efficace. L'obiettivo generale è quello di dare risposta ai problemi del bambino e dell'adolescente di età compresa dai 4 ai 14 anni obesi o in sovrappeso.

Materiali e metodi: verifica periodica annuale con riferimento ai seguenti indicatori: n. dei bambini inviati in sovrappeso od obesi; numero dei bambini a cui viene proposto il percorso di educazione alimentare; n. dei casi rivalutati a sei mesi; n. dei casi con riduzione del grado di sovrappeso/obesità al controllo dei sei mesi (i dati sono stati rilevati seguendo le tabelle con indici di Coll).

Il programma promuove l'acquisizione della consapevolezza delle abitudini alimentari e del livello di attività motoria, l'identificazione dei comportamenti problematici, la ricerca di strategie individuali volte a modificare tali comportamenti. Il trattamento non prevede prescrizioni alimentari (diete) in quanto rischiano di influenzare negativamente il rapporto del bambino con il cibo e favoriscono la comparsa di DCA/DIC, bensì strategie per gestire con equilibrio l'alternarsi di fame e sazietà. La famiglia è l'obiettivo del trattamento: durante la presa in carico di 4-5 mesi i pazienti e le famiglie acquisiscono consapevolezza riguardo ad abitudini alimentari alla pratica di attività motoria, all'identificazione dei comportamenti problematici e alla ricerca di strategie individuali per farvi fronte.

P193. Comorbidità psichiatrica in una popolazione di soggetti dipendenti da eroina

A. Sbrana, J.V. Bizzarri*, P. Rucci, G. Vannucchi, G.J. Massei, GB Cassano

*Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; * Dipartimento per le Dipendenze, Bolzano*

Introduzione: la comorbidità fra disturbi psichiatrici e uso di eroina è ben documentata in letteratura, tuttavia i dati relativi alla popolazione italiana sono scarsi. Scopo di questo studio è valutare la prevalenza dei diversi disturbi psichiatrici in una popolazione di soggetti con tossicodipendenza da eroina, afferenti ai Ser.T e presso centri universitari.

Materiali e metodo: i pazienti sono stati reclutati presso i Servizi per le Dipendenze (Ser.T.) di Bolzano e presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Pisa.

Risultati: il numero complessivo dei partecipanti allo studio è di 105 pazienti, il 33,3% (n = 35) riporta esclusivamente una diagnosi di dipendenza da oppiacei (DD), mentre ben il 66,7% presenta almeno un altro disturbo psichiatrico in comorbidità con il disturbo da uso di sostanze (DD+). Nel gruppo DD+ si riscontrano un maggior tasso di disoccupazione, maggior abuso/dipendenza da cocaina e poliabuso. Le comorbidità psichiatriche più frequenti sono i disturbi dell'umore (depressione maggiore nel 34,3% dei casi e disturbo bipolare nel 38,6%).

Conclusioni: i pazienti con doppia diagnosi presentano un decorso complicato, con indici di adattamento peggiori, e gravato da un maggior utilizzo di sostanze. Lo studio conferma la stretta relazione fra disturbi della sfera affettiva ed uso di sostanze.

P194. Dieci anni di psicoterapia multicoppie nel trattamento della Dipendenza da alcool

L. Serroni, N. Serroni, D. De Berardis, D. Campanella, A.M. Pizzorno, A. Carano, A. D'Agostino, F.S. Moschetta

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Teramo

Il SPDC rappresenta uno dei punti di riferimento nel trattamento della dipendenza da alcool e delle patologie alcool-correlate. Dall'osservazione dell'alto numero di pazienti con tali problematiche che giungono alla nostra osservazione presso il SPDC ci è venuta spontaneo il porci la seguente domanda: "Cosa può offrire un SPDC, ad un paziente con problemi alcolici, oltre i routinari programmi di disintossicazione e divezzamento ?". Per cercare di dare una risposta esauriente a ciò, in primo luogo abbiamo fatto riferimento alle connessioni esistenti tra alcoolismo e famiglia, lavoro,comportamenti, modelli psicologici, patologia psichica e fisica correlata, storia individuale,fattori sociali ed economici. Successivamente gli AA si sono posti i seguenti obiettivi:

- aiutare l'alcool-dipendente a prendere coscienza delle proprie difficoltà personali e dei suoi sottesi conflitti emozionali;
- delineare il profilo psico-patologico del paziente analizzando l'assetto e le interazioni familiari e sociali di ciascun alcool-dipendente;
- coinvolgere i membri della famiglia e in modo particolare il coniuge nel programma terapeutico;
- promuovere il continuo adeguamento della persona al mutamento delle condizioni,tentando un rimodellamento comportamentale;

- aiutarlo ad accettare anche le realtà più scomode del proprio mondo e ciononostante mantenere un buon livello di autostima;
- la prevenzione delle ricadute;
- il sostegno alla coppia nell'affrontare le difficoltà che spesso si verificano nelle fasi successive al raggiungimento dell'astinenza;
- far rinegoziare i ruoli all'interno della famiglia.

Sulla base degli obiettivi gli AA riportano in questo lavoro i risultati ottenuti in oltre 10 anni di esperienza con " gruppi multi coppie". I criteri di inclusione nei gruppi erano: l'astensione dall'uso di bevande alcoliche, l'assunzione di disulfiran e la collaborazione da parte del paziente. Nel corso degli anni sono stati seguiti oltre 120 pazienti che sono andati a costituire oltre 15 gruppi. Al momento attuale 43 pazienti sono usciti dal trattamento effettuando periodici controlli ambulatoriali e a distanza di circa 2 anni sono ancora astinenti, 30 continuano a frequentare i gruppi e di essi 24 senza aver avuto ricadute, 3 rare ricadute ma non nell'ultimo anno, 2 presentato periodiche ricadute ma hanno ridotto notevolmente l'assunzione di alcol, 1 continua a fare un uso continuo e si sta pensando ad eventuale inserimento in una comunità. Dei rimanenti 47 pazienti che hanno iniziato il trattamento, 34 hanno abbandonato la frequenza del gruppo, 9 sono andati "persi" perché deceduti per patologia alcool correlata, 4 hanno presentato una marcata patologia della comunicazione familiare e pertanto in questi casi si è deciso di ricorrere a una terapia familiare vera e propria. Non ci è possibile stabilire la reale durata del trattamento, anche se nella esperienza degli AA è indicativa per un periodo non inferiore ai 2 anni con incontri a cadenza ogni 15 giorni. È da segnalare che pazienti ormai astinenti da tempo continuano a frequentare il gruppo per un periodo più o meno lungo, quasi se fossero diventati "dipendenti" dallo steso o forse al fine di esorcizzare le loro paure interne.

P195. Valutazione della soddisfazione degli utenti di un servizio psichiatrico di diagnosi e cura

L. Serroni, N. Serroni, D. De Berardis, D. Campanella, A.M. Pizzorno, A. D'Agostino, A. Carano, A. Serroni, F.S. Moschetta

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Teramo

Il problema dell'analisi che gli AA vogliono affrontare in questo lavoro si inserisce nel vasto filone di studi relativi alla qualità dei servizi sanitari. All'interno di un quadro socioculturale in forte trasformazione,il variegato mondo dell'utenza diviene giorno dopo giorno un soggetto attivo,capace di esprimere il proprio punto di vista, attento e competente,nella gestione dei processi e come tale sempre più coinvolto dalle attenzioni del legislatore. L'interesse verso la qualità del prodotto,nella fattispecie quello sanitario,appare un elemento irrinunciabile, in un processo di ripensamento dei servizi. Gli AA hanno utilizzato per la presente indagine un questionario standardizzato che è stato somministrato a 70 pazienti ricoverati presso il SPDC di Teramo. Oltre il 71% degli intervistati ha espresso un giudizio di soddisfazione per tutte le dimensioni esaminate e la quantità di loro che giudicano in maniera negativa la qualità del servizio ("insoddisfacente" e "pessimo") è inferiore al 10%. La dimensione rispetto alla quale gli intervistati indicano un giudizio di "ottimo" è la capacità di ascolto e comprensione da parte degli operatori (37,4%) seguita dalle condizioni fisiche e psicopatologiche dopo la permanenza in reparto (29,1%), mentre le critiche maggiori si sono avute in relazione alla capacità della struttura di dare informazioni ai pazienti sulla diagnosi (15,3%).

	Durata attesa	Ambiente	Accoglienza	Trattamento	Vitto (qualità)	Informazioni
Ottimo	27,5	32,4	33,5	22,5	25,9	25,4
Soddisf.	44,0	52,2	45,1	50,0	51,6	41,8
Insodd.	6,6	4,9	6,0	7,7	7,1	11,5
Pessimo	1,1	1,1	1,1	4,4	4,4	3,8
Non risp	20,6	9,4	14,3	15,4	13,3	17,1

	Disponibilità medici e psicologi	Comportamento Infermieri	Capacità di ascoltare e comprendere	Condizioni fisiche e psicologiche dopo il ricovero
Ottimo	38,5	36,8	36,3	29,1
Soddisf.	40,1	44,5	37,4	46,7
Insodd.	7,1	5,5	7,7	6,0
Pessimo	2,2	0,5	1,1	2,0
Non risp	12,1	12,7	17,5	16,0

P196. Valutazione sulla soddisfazione dei familiari degli utenti di un servizio psichiatrico di diagnosi e cura

N. Serroni, D. De Berardis, D. Campanella, L. Serroni, A.M. Pizzorno, A. D'Agostino, A. Carano, A. Serroni, F.S. Moschetta

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Teramo

Gli autori del lavoro hanno cercato di valutare la soddisfazione dei familiari dei pazienti di un SPDC mediante la somministrazione a 100 di essi di un questionario standardizzato. Dall'analisi dei risultati è emersa una diffusa soddisfazione per i livelli qualitativi del servizio. Circa i ¾ degli interessati hanno indicato un giudizio di "ottimo" o "soddisfacente", mentre coloro che esprimono pareri critici rappresentano una quantità del tutto esigua attestabile mediamente attorno al 7%. La dimensione che ha rilevato una maggiore soddisfazione è quella relativa al comportamento degli infermieri e in questo caso il 50% degli intervistati indica un giudizio di "ottimo" e un altro 33% un giudizio di "soddisfacente". Il giudizio di "ottimo" prevale sugli altri anche per quanto riguarda il comportamento dei medici e la qualità delle informazioni sulle consuetudini di reparto mentre per le altre dimensioni prevale il giudizio di "soddisfacente". L'unica dimensione che ha evidenziato un numero non irrisorio di giudizi negativi è quella relativa all'informazione sulla diagnosi e sul possibile sviluppo dei disturbi e infatti esprimono un giudizio di "insoddisfacente" il 12,4%. Altro dato che deve far riflettere è la critica nei confronti delle condizioni complessive del reparto (8,3%). Circa le risposte sugli aspetti giudicati positivamente,l'aspetto maggiormente gradito è la cortesia e la disponibilità del personale (50%) seguito dalla professionalità e competenza degli stessi (28%). Gli aspetti sgraditi nella maggior parte di coloro che hanno indicato almeno una risposta (il 41,8% del campione) sono principalmente il disagio verso alcune regole della vita di reparto (orari, divieti, ecc.) nel 32,3% e inoltre vengono criticati aspetti connessi alla qualità dei servizi non sanitari della struttura (qualità vitto, pulizia locali, ecc.) nel 27% circa.

P197. Il triangolo primario nella prospettiva gestaltica: un contributo di ricerca

M. Spagnuolo Lobb, A. Narzisi

Istituto di Gestalt, H.C.C. Italy

Introduzione: l'obiettivo del lavoro che qui presentiamo è l'elaborazione di dimensioni gestaltiche per la lettura del campo fenomenologico costituito dall'esperienza di "contatto" genitori/bambino.
Metodi: abbiamo realizzato delle videoregistrazioni seguendo la procedura sperimentale del Lousanne Trialogue Play di Elizabeth Fivaz (1999). Questo paradigma è stato messo a punto per lo studio delle precoci interazioni triadiche e prevede la presenza contemporanea di padre-madre e bambino all'interno del setting.
Risultati: l'osservazione preliminare dei contributi video ci ha permesso di preparare una griglia di item che applicheremo ai filmati per la registrazione dei pattern comportamentali. In termini gestaltici, abbiamo definito l'esperienza di "contatto" genitori/bambino sulla base delle dimensioni di sfondo e di figura.
La dimensione di sfondo costituisce il ground di sicurezza dell'esperienza di contatto (funzione-es del sé). Essa viene esaminata attraverso l'analisi del respiro, della postura e della prosodia. La dimensione di figura invece è rappresentata dalla capacità deliberata e attiva dei componenti della triade di prendere l'iniziativa (funzione-io del sé).
Conclusioni: un modello di lettura dei video costruito in termini di funzione-io e funzione-es è legato all'idea concettuale della terapia della Gestalt che individua nella perdita della funzione-io, ovvero dell'iniziativa e dell'autonomia, la causa dei disturbi connessi al senso di sicurezza (funzione-es).

Bibliografia

Fivaz-Depeusinge E, Corboz-Warnery A. *Il triangolo primario*. 1999; trad. it. Milano: Raffaello Cortina 2000.

Spagnuolo Lobb M. *Psicoterapia della Gestalt, Ermeneutica e clinica*. Milano: Franco Angeli 2001.

Spagnuolo Lobb M., Amendt-Lyon N (a cura di). *Il permesso di creare. L'arte della psicoterapia della Gestalt*. Milano: Angeli 2003-07.

P198. Il trattamento dei DCA in comorbilità con il disturbo borderline di personalità: il modello dialettico-comportamentale di Marsha M. Linehan

C. Tamburini, M. Di Stani, M. Buzzi, S. Brandolini[*], E. Dalmonte[*], C. Diazzi, L. Barone[**], C. Pieraccioli[***]

Ambulatorio DCA, AUsL Ravenna; [*] UO Dietologia, Dipartimento Malattie Digestive e Metaboliche, AUsL Ravenna; [**] Università di Pavia; [***] Casa di cura neuropsichiatrica "Villa dei Pini", Firenze,

Premessa e obiettivi: il Dipartimento di Salute Mentale dell'AUsL di Ravenna ha adottato il modello dialettico comportamentale (TDC) di M.M. Linehan per il trattamento di pazienti con DCA associati al disturbo borderline di personalità (DBP).
Materiali e metodo: la TDC è un approccio cognitivo-comportamentale per il trattamento delle forme più gravi di DBP, caratterizzate dalla presenza di comportamenti suicidari e parasuicidari. Nella pratica clinica la TDC si avvale di un'équipe terapeutica multidisciplinare, organizzata in un setting co-terapico con funzionalità e obiettivi fortemente integrati.
La TDC individua il nucleo patologico del DPB in una compromissione della capacità di regolazione emotiva, che rende queste persone incapaci di controllare e modulare l'espressione delle proprie emozioni, che sono

affrontate in modo disfunzionale attraverso il ricorso a comportamenti impulsivi. La patogenesi della disregolazione emotiva è individuata nell'interazione tra una vulnerabilità emotiva di natura temperamentale e un ambiente invalidante.
Risultati: sono state avviate alla DBT 15 pazienti con diagnosi di DBP o tratti di personalità borderline, in comorbilità con Bulimia Nervosa o DCA NAS caratterizzati da perdita di controllo. Nove pazienti hanno portato a termine il primo ciclo di DBT, della durata di 6-8 mesi.
Conclusioni: al momento attuale la valutazione degli esiti è ancora in atto, ma dai dati disponibili è possibile affermare che si sono verificati dei miglioramenti qualitativi e quantitativi rispetto agli obiettivi che la DBT si pone, evidenziati da una concordanza tra i miglioramenti percepiti dalle pazienti e quelli rilevati dall'équipe.
Verranno presentati i risultati di tale valutazione.

P199. Interazione fra varianti genetiche funzionali di DARPP-32 e DRD2 sull'attività del cingolo anteriore durante controllo attentivo

P. Taurisano[1], G. Blasi[1], A. Papazacharias[1], R. Romano[1], A. Di Giorgio[1], L. Fazio[1], L. Ursini[1], G. Caforio[1], L. Sinibaldi[2 3], L. Lo Bianco[1], T. Popolizio[4], B. Dallapiccola[2 3], W. Sadée[5], 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); [5] Dipartimento di Psichiatria, Divisione di Genetica Umana, College di Medicina, e College di Farmacia, e Divisione di Biostatistica, College di Salute Pubblica, Ohio State University, Columbus

Il signaling dei recettori D2 per la dopamina è fondamentale per l'esecuzione di processi cognitivi. Un polimorfismo di un singolo nucleotide (SNP) intronico nel gene per i D2 (DRD2, rs1076560-G > T) è stata associata a espressione differenziale prefronto-striatale dei D2 pre- e post-sinaptici e a modulazione dell'attività di queste aree cerebrali durante working memory. La DARPP-32 (dopamine- and cAMP-regulated phosphoprotein, 32 kDa) è una molecola post-sinaptica chiave nella regolazione del signaling dopaminergico. Uno SNP nel gene che codifica per *DARPP-32* (rs907094 A > G) è stato associato a modulazione dell'attività prefronto-striatale. Scopo di questo studio è la valutazione di una possibile interazione fra le SNP DRD2 rs1076560 e DARPP-32 rs907094 sull'attività cerebrale durante controllo attentivo.128 soggetti sani (44 M, età 25 ± 5,8) sono stati caratterizzati per i suddetti genotipi (DRD2 e DARPP-32 N = 59 GG/AA; 61 GG/GAcar; 10 GT/AA; 15 GT/GAcar) e sottoposti a fMRI durante un compito che elicita livelli crescenti di controllo attentivo. In assenza di differenze comportamentali, i dati di fMRI hanno indicato la presenza di un effetto di interazione fra polimorfismi D2, DARPP-32 e carico attentivo sull'attività del cingolo anteriore. In particolare, tutti le interazioni alleliche mostravano un andamento lineare dell'attività del cingolo all'aumentare del controllo attentivo, tranne i soggetti DRD2 GT/ DARP-32 AA In questi ultimi, si riscontrava un andamento non lineare dell'attività in funzione del carico attentivo, suggestivo di un andamento ad "U" invertita. Questi dati suggeriscono un'interazione geneticamente determinata fra DARPP-32 e D2 sull'attività del cingolo durante controllo attentivo.

P200. "Piccoli veterani": infanzia colpita da trauma da guerra

C. Terribili, G. Giaimis

Gruppo Accademia Roma

Introduzione: bambino ed ambiente primario (famiglia e scuola), dopo il "trauma guerra", vengono meno o risultano particolarmente sofferenti, devono trovare un nuovo equilibrio, al centro di un sistema di relazioni sociali sostenuto, una "rete". Il must è traghettarli a nuova, possibile e plausibile normalità.
Metodi: quattro i pilastri: 1) fotografare condizioni di vita, definizione di disagio, ed incidenza del trauma, strumenti e risorse a disposizione; 2) definire obiettivi ed attivare iniziative basati su risorse e bisogni accertati; 3) formare supervisionare ed aggiornare personale nativo alla relazione d'aiuto con approccio olistico alla persona; 4) verificare risultati e riprogrammare interventi successivi solo dopo l'analisi dei risultati e dei bisogni emergenti. Per individuare condizione e bisogni dei bambini, l'"SDQ - Strengh and Difficulties Questionnaire", effettuato su bambini e loro genitori. Laboratori ed interventi "in rete" in Georgia, Kazahistan e Uganda.
Risultati: metà sono risultati "casi limite" o "anormalità", prevalenti le aree "sintomi emozionali" e "problemi di comportamento", (bambini = ragazzi), adeguate invece "iperattività", "rapporti problematici con i pari" e "comportamento prosociale", aree d'intervento.
Conclusioni: i programmi realizzati, hanno dato sostegno a capacità di concentrazione ed attenzione, contro l'iperattività, favorito lo sviluppo di relazioni amicali, di comportamenti d'aiuto, cortesia e solidarietà, contro avversione, indifferenza ed egoismo, dei contesti degradati ed umilianti.

Bibliografia

Terribili C, Giaimis G. *Percezione del crimine e personalità in giovani di altre culture: esperienza pilota a Almati (Kazahistan)*. In: XXIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Criminologia, San Marino 8-10 ottobre 2009.

Gerstein LH, Heppner PP, Aegisdottir S, Leung S-M A, Norsworthy KL. *International Handbook of Cross Cultural Counseling*. Sage Pub. Inc. 2009.

P201. Homer1 target comune di litio e valproato: un link tra dopamina e stabilizzatori dell'umore?

C. Tomasetti, M. Cicale, P-X. Yuan*, H.K. Manji*, A. de Bartolomeis

*Laboratorio di Psichiatria Molecolare e Psicofarmacoterapia, Dipartimento di Neuroscienze, Cattedra di Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università "Federico II" di Napoli; * Laboratory of Molecular Pathophysiology, National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA*

I geni Homer codificano per diverse proteine scaffold coinvolte in pathways trasduzionali (PI-IP3, MAPK-ERK, Akt-GSK3b), che sono stati a loro volta identificati quali possibili targets molecolari di litio (Li) e valproato (VPA), i due principali farmaci utilizzati per il trattamento dei disturbi dell'umore.
Abbiamo investigato gli effetti della somministrazione cronica di Li e VPA sull'espressione dei geni Homer inducibili (Homer1a, Ania-3) e costitutivi (Homer1b/c) e sulla trascrizione di due geni correlati alla funzione di Homer: Shank ed IP3R.
Homer1b/c è risultato significativamente ridotto nelle subregioni corticali dal VPA e nelle subregioni striatali sia da Li sia da VPA, laddove entrambi i farmaci hanno mostrato una modulazione del gene nel caudato-putamen dorsolaterale, mentre solo il VPA ha ridotto Homer1b/c in tutte le altre subregioni e nel nucleus accumbens. Sia Shank sia *IP3R* sono stati down-regolati da entrambi gli stabilizzatori nelle regioni corticali. Nessuna modificazione è stata rilevata per Homer1a e Ania-3.
Tali risultati suggeriscono che: 1) Li e VPA modulano nella stessa direzione l'espressione di Homer1 e dei geni correlati in specifiche regioni cortico-striatali coinvolte nella patogenesi dei disturbi dell'umore; 2) l'impatto di entrambi i farmaci sui geni Homer potrebbe rappresentare un substrato molecolare addizionale per la comprensione del meccanismo d'azione degli stabilizzatori dell'umore ed un possibile link con la funzione dopaminergica.

P202. Neuropsicologia dei processi decisionali e di ragionamento probabilistico nei soggetti con dipendenza da alcool

A.Tomassini[1], D. Spaziani[2], F. Struglia[3], P. Stratta[3], A. Rossi[1]

[1] Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila e Dipartimento di Neuroscienze "Villa Serena" (PE); [2] Ser.T., ASL 04- L'Aquila; [3] Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università de L'Aquila; [4] Dipartimento di Salute Mentale, ASL 04, L'Aquila

Introduzione: i soggetti con dipendenza da alcool hanno scarse capacità di decision making ed alti livelli di impulsività. I deficit decision making sono stati considerati come caratteristiche cognitive dei comportamenti addittivi (i.e., "miopia per il futuro"). Si può ipotizzare, inoltre, che tale popolazione clinica nell'ambito del ragionamento probabilistico 'salti alle conclusioni' e che tale caratteristica possa legata all'impulsività. Non esistono tuttavia dati a riguardo. Lo scopo dello studio è valutare in una popolazione di soggetti con dipendenza da alcool ed astinenti per un lungo periodo di tempo la presenza di deficit di decision making e la tendenza al jumping to conclusion misurati rispettivamente con l'Iowa Gambling Task (IGT) ed il Beads Test.
Metodi: sono stati valutati 15 soggetti con dipendenza da alcool afferenti presso il Servizio per le Tossicodipendenza (Ser.T.) di L'Aquila, utilizzando la Barratt Impulsiveness Scale version 11 (BIS-11), l'Iowa Gambling Task (IGT) ed il Beads Test. I controlli sani sono stati reclutati dalla popolazione generale.
Risultati: i campioni clinico e di controllo differivano significativamente nelle loro performance all'IGT. I soggetti con dipendenza da alcool, infatti, effettuavano scelte svantaggiose ottenendo punteggi più bassi. Nel campione clinico è stata, inoltre, osservata una tendenza a prendere decisioni impetuosamente, sulla base di poche evidenze. Si è rilevata una correlazione significativa tra punteggio totale all'IGT e impulsività non-pianificativa della BIS.
Conclusioni: questi risultati confermano nei soggetti con dipendenza da alcool la presenza di compromissione nel decision making ed una tendenza a bias cognitivi legati al jumping to conclusion. I deficit di decision making ed il jumping to conclusioni potrebbero essere considerati caratteristiche cognitive fondamentali dei comportamenti addittivi.

Bibiografia

Bechara A, Damasio AR, Damasio H, Anderson, SW. *Insensivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex*. Cognition 1994;50:7-15.

Bechara A. *Risky business: emotion, decision-making and addiction*. J Gambling Stud 2003;19:23-51.

Van Dael F, Versmissen D, Janssen I, Myin-Germeys I, van Os J, Krabbendam L. *Data gathering: biased in psychosis?* Schizophrenia Bullettin 2006;32;341-51.

P203. Modulazione della risposta emozionale a stimoli visivi nella donna esposta al feromone maschile androstadienone

P. Torri, M. Catena Dell'Osso, I. Masala, G. Consoli, S. Baroni, D. Marazziti

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

Introduzione: l'androstadienone è uno dei principali candidati al ruolo di feromone maschile. Gli studi attuali sull'androstadienone depongono per una capacità percettiva da parte della mucosa olfattiva principale e per un tipo di azione non solo sul ciclo riproduttivo, ma

anche un'azione sesso specifica sull'attività cerebrale, sulla modulazione del sistema nervoso autonomo e sull'umore. In questo studio abbiamo voluto valutare se un contesto specifico, indotto da immagini, possa rendere efficace l'attività modulatoria del feromone anche a dosi inferiori a quelle usate sperimentalmente fino ad oggi.
Metodi: sono state inserite nello studio 21 donne in età fertile, in buona salute. Tutte le donne hanno riferito di essere eterosessuali e di non assumere terapie ormonali o psicofarmaci. I soggetti sono stati reclutati anche sulla base di un profilo psicofisiologico basale entro i limiti della norma. Lo studio è stato condotto con modalità di doppio cieco. Il disegno sperimentale prevedeva la rilevazione della variazione intraindividuale dei parametri psicofisiologici in risposta agli stimoli visivi prima e dopo l'esposizione all'androstadienone e alla sostanza di controllo, in particolare: conduttanza cutanea, frequenza cardiaca, elettromiografia dei muscoli mimici, temperatura cutanea di superficie.
Risultati: i risultati non hanno evidenziato nessuna modificazione dei parametri esaminati.
Conclusioni: per escludere che l'azione dei feromoni sull'uomo sia meramente farmacologica si deve indagare più approfonditamente la loro capacità di agire con potenza diversa a seconda delle situazioni comportamentali. Inoltre si deve escludere che i chemiosegnali sociali volatili (e quindi il secreto ascellare nel suo insieme) possano agire da elementi cooperanti insieme l'androstadienone nella trasmissione dell'informazione.

P204. Interazione tra alterazioni plurimetaboliche e aspetti psicopatologici nell'anoressia nervosa: studio preliminare in un campione clinico in adolescenza

E. Totaro[1], A.Carano[1 2], A. Crisoliti[2], D. De Berardis[1], D. Campanella[1], M. Farano[1], R.M. Salerno[1], F.M. Ferro[1]

[1] Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università di Chieti; [2] Dipartimento Salute Mentale di Civitanova Marche

Introduzione: la valutazione clinica e il monitoraggio dei parametri fisici è parte integrante del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) e il progressivo abbassarsi dell'età di esordio di questi ha determinato una diversa attenzione al riconoscimento dei segni/sintomi precoci di malattia.
Scopi: obiettivo del nostro studio è stato quello di svolgere presso il Centro per la Cura dell'Obesità e dei Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Ospedale Clinicizzato di Chieti, una valutazione retrospettiva degli aspetti clinici, ematochimici e strumentali più significativi di due gruppi di pazienti affette da un DCA conclamato, suddivise in funzione dell'età di esordio della fenomenica alimentare alterata. Particolare attenzione è stata posta anche agli aspetti ematochimici e cardiologici, precoci indicatori di scompenso e/o possibili fattori predittivi di complicanze. Abbiamo pertanto esaminato i dati clinici di 33 pazienti afferenti al nostro centro, affette da anoressia restricter e/o da anoressia con condotte bulimiche ad esordio prima dei 16 anni di età (16 soggetti) e dopo (17 soggetti). Sono stati presi in esami i dati biometrici, ematochimici (emocromo, elettroliti, funzione epatica e renale, proteine totali, protidogramma, prot. leg. Retinolo, prealbumina, AGA, EMA, metab. Ca-P) e strumentali (P.a, ECG, ECG-Holter, Eco addome e pelvi) e confrontati con quelli di un gruppo di controllo senza DCA, omogeneo per età e sesso ai due gruppi clinici, costituito da 36 unità.
Risultati: dall'analisi dei risultati emergono alcuni aspetti di diversità di manifestazioni dei quadri clinici a confronto: nel gruppo dei soggetti con DCA ad insorgenza < a 16 anni le condizioni cliniche generali appaiono complessivamente più "gravi" rispetto al gruppo delle pazienti con DCA con esordio più tardivo ($p < 0,025$) e rispetto al gruppo di controllo ($p < 0,001$). Nello specifico la tendenza alla disidratazione e alla malnutrizione si presentavano come più rapide e difficili da trattare. Dalla valutazione dei parametri ematochimici emergeva emblematica l'incidenza di leucopenia (in particolare neutropenia), elevazione dei valori della prot. Leg. Retinolo, anemizzazione, disprotidemia e alterazioni elettrolitiche, dati sovrapponibili nei due gruppi clinici ma significativamente più alterati rispetto al gruppo controllo ($p < 0,001$). Gli aspetti cardiologici hanno messo in evidenza una maggiore incidenza di alterazioni all'ECG nei pazienti con DCA ad esordio < a 16 anni mostrando in 3 soggetti (9%) un incremento della durata dell'intervallo del QT-c.
Conclusioni: alla luce di questi risultati emerge la necessità di una attenta valutazione di parametri ematochimici e strumentali già da fasi precocissime di un disturbo alimentare. La tempestività del riconoscimento di alterazioni metaboliche può difatti limitare l'insorgenza dell'aggravarsi di quadri clinici che soprattutto nelle prime epoche adolescenziali risentono in misura maggiore di diselettrolitemia, disprotidemia, minor percentuale di riserve del grasso corporeo e di alterazioni cardiologiche. Inoltre un intervento precoce e puntuale deve inscriversi necessariamente in una prevenzione degli effetti della malnutrizione in un organismo ancora in fase di crescita e di sviluppo.

Bibliografia

Golden NH, Meyer W. *Nutritional rehabilitation of anorexia nervosa. Goals and dangers*.

Int J Adolesc Med Health 2004;16:131-44.

Abraham SF, Pettigrew B, Boyd C, Russell J, Taylor A. *Usefulness of amenorrhea in the diagnoses of eating disorder patients*. J Psychosom Obstet Gynaecol 2005;26:211-5.

P205. L'N-Acetilcisteina come possibile farmaco nel trattamento della dipendenza da cocaina: un'esperienza su 8 casi

T. Vannucchi, P. Gai, S. Garcia, A. Manfredi
U.F. Farmacotossicodipendenze, AUsL 4 Prato

Introduzione: l'N-AcetilCisteina (NAC) è un profarmaco della cisteina le cui indicazioni sono patologie polmonari ed avvelenamento da paracetamolo, alcuni studi hanno evidenziato la sua utilità in alcuni disturbi psichici quali il trattamento della demenza [1] e dei sintomi depressivi del disturbo bipolare [2]. Ricerche precliniche ipotizzano l'N-acetilcisteina come un farmaco potenziale anticraving nel prevenire le ricadute in pazienti cocainodipendenti [3].
Metodi: studio in "aperto," sono stati trattati 8 pazienti (razza caucasica, età 32 ± 6 aa.) con dipendenza da cocaina (DSM-IV-TR) con N-acetilcisteina (NAC) 2400 mg die sottoforma di compresse effervescenti (1200 mg al mattino + 1200 mg alla sera) per 8 settimane, i controlli urinari per la ricerca cataboliti della cocaina erano effettuati due volte/settimana e la valutazione del craving è stata rilevata, settimanalmente durante la visita medica mediante una scala visiva analogica (VAS).
Risultati: il drop-out è stato di 1 paziente durante la prima settimana per rifiuto a proseguire il trattamento a causa di gastralgie e nausea, il resto dei casi hanno portato a termine lo studio senza manifestare effetti collaterali degni di nota. Alla settimana III, 5 pazienti hanno presentato l'assenza di cataboliti della cocaina nelle urine in entrambi i prelievi settimanali, dalla IV alla VIII settimana 7 pazienti presentavano negatività nei prelievi urinari.
Dalla II settimana in poi, alla visita settimanale, non si sono rilevati disturbi d'ansia, del sonno o dell'umore; alla valutazione del craving mediante la VAS è stata osservata una riduzione di almeno del 50% a partire dalla II settimana in un paziente ma nella maggioranza dei casi si è resa più evidente nella III settimana che è andata a completarsi alla IV settimana di trattamento e mantenuta fino al completamento dello studio.
Conclusioni: studi preclinici evidenziano che l'uso di cocaina diminuisca le concentrazioni di glutammato a livello del nucleo accumbens, sembra che la cisteina incrementi le concentrazioni di glutammato [4]; la NAC è stata ben tollerata senza presentare effetti collaterali degni di nota riducendo in modo significativo il craving per la cocaina. La tipologia dello studio in aperto e la mancanza di confronto verso placebo, il campione di piccole dimensioni, indubbiamente pongono dei limiti a questo studio ma da quanto è emerso nella nostra esperienza i dati sembrano confermare la NAC come un farmaco di una possibile utilità nel trattamento anticraving per la dipendenza da cocaina come riportato da altri autori [3].

Bibliografia

[1] Adair JC, Knoefel JE, Morgan. *Controlled trial of N-acetylcysteine for patients with probable Alzheimer's disease*. Neurology 2001;57:1515-17.
[2] Berk M, Copolov D, Dean O, Lu K, Jeavons S, Schapkaitz I, Anderson-Hunt M, Bush A. *N-Acetyl Cysteine for Depressive Symptoms in Bipolar Disorder. A Double- Blind Randomized Placebo-Controlled Trial*. Biological Psychiatry 2008;64:468-75.
[3] Mardikian PN, LaRowe SD, Hedden S, Kalivas PW, Malcolm RJ. *An open-label trial of N-acetylcysteine for the treatment of cocaine dependence: a pilot study*. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry 2007; 31:389-94.
[4] Baker DA, McFarland K, Lake RW, Shen H, Toda S, Kalivas PW. *N-acetyl cysteine- induced blockade of cocaine-induced reinstatement*. Annals of the New York Academy of Sciences 2003;1003:349-51.

P206. Migrazione e disagio psichico: studio osservazionale sull'accesso della popolazione straniera al CSM di Codroipo e alla Clinica Psichiatrica Universitaria di Udine

D. Venica, E. Maso, L. De Luca, M. Isola, M. Balestrieri
Dipartimento di patologia e medicina sperimentale e clinica, Cattedra di Psichiatria, Università di Udine

Introduzione: l'idea di questo lavoro nasce dall'interesse di analizzare ed approfondire la conoscenza relativa alle richieste di interventi sulla salute psichica da parte di cittadini stranieri che sono immigrati in Italia e delle risposte che attualmente i servizi sono in grado di fornire.
Metodi: il campione oggetto di questo studio è costituito da 42 soggetti stranieri emigrati in Italia, afferenti o alla Clinica Psichiatrica Universitaria di Udine o al CSM di Codroipo. Per ognuno è stata compilata una "scheda di primo contatto per cittadini stranieri", contenete diversi items relativi a variabili socio-demografiche e cliniche.
Risultati: il campione è costituito dal 42,9% di maschi e 57,1% di femmine. Il 47,6% proviene dall'Est Europa, il 33,3% dall'Africa. Il 54,8% è migrato per motivi di lavoro. Le diagnosi sono state accorpate in: disturbi d'ansia (31,0%), disturbi dell'adattamento (28,6%), disturbi dell'umore (21,4%), disturbi dello spettro psicotico (16,7%) e disturbi di personalità (2,4%).
Conclusioni: da questi dati si evidenzia come, anche in un'area limitata del Friuli Venezia Giulia, il contatto con pazienti stranieri con sintomi psichiatrici sia all'ordine del giorno. Pertanto risulta necessaria una adeguata formazione degli operatori nell'ambito della psichiatria transculturale. Sarebbe importante proseguire con ulteriori studi per approfondire le conoscenze in tale campo, nonchè analizzare la qualità delle risposte attuali dei servizi a questo fenomeno.

P207. La valutazione in riabilitazione psichiatrica: studio della qualità dell'esperienza quotidiana (ESM) in pazienti residenziali e semi-residenziali

C. Viganò, N. Ferrario, A. Delle Fave*, G. Ba, M. Bassi*

*Dipartimento di Scienze Cliniche "L. Sacco"; * Dipartimento di Scienze Precliniche, Università di Milano*

La riabilitazione psichiatrica pone il soggetto/paziente al centro del suo progetto di cura (Farkas et al., 2003; Ba, 2003) pertanto porre attenzione alla percezione soggettiva di tale processo appare un elemento importante nella valutazione della riabilitazione stessa. L'esperienza soggettiva rappresenta l'elaborazione consapevole di informazioni provenienti dall'ambiente e dal mondo interno. La sua qualità è connessa alla valutazione individuale delle capacità possedute nel fronteggiare le sfide offerte dall'ambiente, capacità che si associano all'esperienza ottimale, stato positivo ricercato preferenzialmente dagli individui e correlato allo sviluppo di risorse e di competenze.
Partendo da queste premesse teoriche si è sviluppato un disegno di ricerca sulla applicabilità della valutazione della percezione soggettiva e dell'esperienza ottimale in pazienti in trattamento riabilitativo.
A tale scopo sono stati reclutati 27 partecipanti (12 residenziali e 15 semiresidenziali) a cui è stato somministrato per una settimana Experience Sampling Method (ESM), strumento di valutazione della vita quotidiana e della qualità dell'esperienza associata.
I risultati mostrano che le fluttuazioni dell'esperienza quotidiana in questi pazienti ricalcano quelle in popolazioni non psichiatriche; le attività riabilitative strutturate sono associate ad un profilo esperienziale positivo con una elevata percentuale di esperienza ottimale.
I risultati suggeriscono l'importanza di proporre attività riabilitative strutturate al fine di ridurre la regressione in stati di apatia e destrutturazione e favorire il reperimento di esperienze positive complesse. Confermano altresì l'utilità di metodi di valutazione soggettiva accanto ai tradizionali strumenti di valutazione d'esito e di efficacia.

Bibliografia

Ba G. *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Milano: FrancoAngeli 2003.

Delle Fave A, Massimini F. *The investigation of optimal experience and apathy: Developmental and psychosocial implications*. European Psychologist 2005;10.

P208. Le opinioni dei familiari dei pazienti sui trattamenti sanitari obbligatori: risultati dello studio europeo EUNOMIA

V. Vinci, C. De Rosa, M. Luciano, D. Giacco, V. Del Vecchio, A. Ricci, H.G. Del Vecchio, A. Fiorillo

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli - SUN

Nel periodo 2002-2006, la Comunità Europea ha promosso lo studio EUNOMIA sulla valutazione delle misure coercitive in psichiatria in 12 Paesi europei. In otto dei dodici paesi partecipanti (Italia, Grecia, Bulgaria, Germania, Svezia, Polonia, Slovacchia, Repubblica Ceca) sono state valutate anche le opinioni dei familiari dei pazienti ricoverati in trattamento sanitario obbligatorio (TSO) con l'obiettivo di indagare: 1) il grado di soddisfazione dei familiari circa i trattamenti ricevuti; 2) le eventuali differenze nelle opinioni dei familiari negli 8 paesi coinvolti.
I risultati evidenziano che i familiari sono complessivamente soddisfatti delle cure fornite ai pazienti durante il ricovero. Tuttavia, rispetto agli altri paesi, i familiari dei pazienti in Italia e in Bulgaria percepiscono livelli più elevati di coercizione nei confronti del paziente al momento del ricovero. In Repubblica Ceca, invece, i familiari riportano un alto livello di soddisfazione rispetto ai trattamenti ricevuti dal paziente durante il ricovero e una maggiore fiducia nella possibilità di guarigione.
Le differenze emerse in questo studio probabilmente sono legate a fattori culturali e alle politiche nazionali che regolano l'organizzazione dei servizi di salute mentale. Questi dati sono serviti come base di partenza per sviluppare raccomandazioni europee di buona pratica clinica sui trattamenti sanitari obbligatori in psichiatria.

P209. L'SWN come indicatore di outcome clinico e psicosociale in un gruppo di pazienti acuti. Studio pilota

P. Zeppegno, P. Prosperini, O. Allera, M. Colombo, E. Torre

SC Psichiatria, AOU Maggiore della Carità, UPO "A. Avogadro", Novara

Scopo: valutare il vissuto soggettivo del benessere psicofisico ed emozionale di un gruppo di pazienti ricoverati, presso l'SC Psichiatria,in confronto alla gravità di malattia
Metodi: tutti i pazienti vengono osservati al momento del ricovero e della dimissione mediante l'autosomministrazione della Subjective Well-being under Neuroleptics (SWN) e la compilazione, da parte del clinico, della Clinical Global Impression(CGI).
Risultati: grazie alla SWN, questionario di auto-valutazione che valuta cinque aree fondamentali (regolazione emozionale; autocontrollo; funzionamento mentale; integrazione sociale; funzionamento fisico) si otterranno le percezioni soggettive sul benessere psicofisico ed emozionale del paziente in fase di ricovero e dimissione. I dati ottenuti dalla CGI consentiranno la formulazione di un giudizio globale in tre aree: gravità di malattia, miglioramento globale ed efficacia terapeutica.
Conclusioni: questo studio permetterà di confrontare il benessere psicofisico valutato dalla SWN con il giudizio clinico della CGI. Si valuterà soprattutto se l'efficacia del trattamento e la valutazione clinica della malattia evidenziati dalla CGI corrispondano ad un miglioramento del benessere soggettivo (SWN) e se possano rappresentare un indice positivo in termini di compliance.

INDICE DEGLI AUTORI

Indice degli Autori

Abbate Daga G., 59, 158
Abelli M., 186, 221, 221, 236
Abram K., 36
Adamo D., 223
Adamo S., 220
Addazi A., 130
Addona F., 181, 214, 236
Aguglia A., 199, 213
Aguglia E., 50, 70, 124, 140, 159, 218
Albano A., 176, 177, 203
Albert U., 42, 72, 173, 213
Alinovi G., 222
Allera O., 174, 262
Altamura A.C., 24, 65, 145, 176, 177, 194, 203, 204. 219, 233
Altamura M., 174
Amati A., 159
Amato C., 70
Ambrosi E., 174
Amendola L., 215
Ammendola S., 183
Amore M., 132, 146
Andreoli S., 243
Andriola I., 175, 198, 198, 235, 239
Antona M., 244
Arcieri R., 99
Ardizio E., 195
Ardizzone I., 77
Arici C., 233
Armani A., 207
Asinari G.F., 224
Attratto M., 175, 198
Attrotto M.T., 188
Atzori D., 220
Atzori P., 100
Augusto S., 207
Austrom M.G., 31
Auteri C., 185
Avolio D., 175
Azzoni A., 168

Ba G., 262
Badescu G.M., 199
Baldo E., 243
Baldwin D., 15
Balestrieri M., 57, 120, 205, 218, 261
Ballerini A., 78
Balottin U., 77
Bandini T., 76
Barbagallo C., 205
Barberi A., 197, 228
Barbieri S., 216
Barbuto E., 197
Bardicchia F., 176
Barone L., 257
Baroni S., 155, 205, 235, 259
Barrale L., 227
Bartoli E., 174
Bartolommei N., 206
Bascioni S., 249
Bassi M., 45, 262
Battaglia M., 20
Baylé F.J., 197
Bazzichi L., 215
Bellantuono C., 60, 224, 246, 249, 249
Bellavia C., 191
Bellino S., 74, 176, 254
Bellodi L., 206
Bellomo A., 109, 159, 162, 174
Benatti B., 219, 233
Benedetti F., 201
Benedetti M., 194
Benvenuti A., 191
Berardelli I., 128
Berardi D., 45, 114
Beretto N., 173
Berloffa S., 95, 100
Bernini O., 221
Berrettini W., 19
Bersani G., 122, 123
Bertani M., 63, 154
Bertetto N., 72, 224, 226
Berti B., 206
Berti Ceroni G., 90
Bertolino A., 17, 15, 174, 175, 188, 198, 217, 235, 239, 242, 258
Besana D., 134
Betti L., 235, 247
Bianchini V., 153
Bianco A., 63
Biancofiore G., 218
Bidzan L., 202
Bielli A., 204
Biggio G., 68
Binda V., 174
Bini F., 192
Biondi M., 35, 86, 87, 98, 128
Birindelli N., 189
Bissoli S., 154
Bizzarri J.V., 211, 248, 255
Blandamura A., 176
Blasi G., 175, 188, 198, 198, 217, 235, 239, 242, 258
Blüml V., 129
Bocchetta A., 218
Bocchio-Chiavetto L., 226
Bogetto F., 72, 93, 106, 173, 190, 199, 201, 226
Bomba M., 126
Bonanno B., 185, 186, 217, 240, 250
Bonaviri G., 185
Bonello E., 233
Bonetto C., 154
Borroni S., 84
Bortolomasi M., 216
Bortolotti B., 114
Bortolussi S., 176, 203, 204
Bosello R., 230
Bosia M., 17
Bossini L., 52, 102, 118, 128
Bovero A., 70, 87
Bozzao A., 174
Bozzatello P., 176, 254
Brambilla F., 157
Brambilla P., 120
Brandolini S., 255, 257
Bressi C., 219
Bria P., 243
Brogli A., 217
Brugnoli R., 89, 108
Brunatto C., 173
Brüne M., 106
Brunetti S., 86
Bruni A.C., 229
Bruno A., 191, 232
Bruno F., 104
Bruson A., 230
Brustolin A., 158
Bucci P., 175, 195, 202, 206
Buffa S., 232
Bugarini M., 99
Bulati M., 231, 232
Buoli M., 176, 177, 194, 203, 204
Burba B., 197
Busetta B., 240
Buzzi M., 257

Cacace S., 231
Caffo E., 49, 116, 155
Caforio G., 175, 198, 235, 239, 258
Caglieresi C., 247
Caglioti F., 206
Calabrò P.F., 207
Calandra C., 222, 223
Calarese T., 241
Calderone A., 207
Caldirola D., 118
Callieri B., 78
Calò S., 89, 212
Calogero A., 54, 141
Caltabiano M., 181, 214, 214, 236
Calugi S., 195
Camerini G.B., 80
Campana T., 175
Campanella D., 181, 200, 210, 214, 236, 252, 255, 256, 257, 260
Campobasso F., 246
Camuri G., 176, 219
Canale D., 247
Candiloro L.S., 173
Canestri L., 111

Cannavò D., 140
Cannito A., 246
Cantelmi T., 82
Cappellin F., 229, 233
Cappello L., 243
Capuano M., 175
Carabellese F., 135
Caraci F., 218
Carano A., 178, 181, 200, 207, 208, 209, 210, 214, 228, 236, 237, 252, 255, 256, 257, 260
Cardamone G., 176
Cardella A., 243
Cardini A., 186, 221, 236
Caretti V., 83
Carigi T., 77
Carlini M., 178, 211, 214, 125
Carlino E., 201
Carlotta V., 187, 196, 245
Carmassi C., 178, 211, 214, 215, 234
Carminati C., 118
Carnevale P., 174
Carpiniello B., 144
Carrà G., 37, 56, 130
Carratelli T.I., 77
Carretta E., 234
Carta I., 110
Carta M.G., 218, 220, 250
Caruso R., 144
Casacchia M., 23, 49, 153, 218
Casamassima F., 178, 206
Casarelli L., 101
Caselli U., 192
Casiello M., 183
Caslini M., 212, 222
Casolari L., 114
Cassano G.B., 178, 183, 186, 188, 189, 190, 191, 195, 206, 221, 236, 248, 255
Castagna F., 187
Castellana C., 175, 188, 198, 235
Castellani A., 64
Castellano F., 233
Castelli L., 70, 87
Castellini G., 158
Castrogiovanni P., 49
Catanesi R., 109, 135
Catapano F., 42
Catena Dell'Osso M., 155, 178, 205, 211, 235, 259
Catena M., 28
Catenacci E., 219
Catucci A., 216
Cavaggioni G., 97
Cavallaro R., 17, 202
Cavallo L., 212
Cavallotti G., 251
Caverzasi E., 119
Cavuto M., 214, 236
Celozzi C., 200
Centanaro F., 227
Ceraudo G., 95
Ceroni U., 238
Ceruti M., 45
Cerutti R., 246
Cerveri G.C., 58, 163
Cervone A., 183
Cesarali V., 85
Cesari D., 178, 211, 214, 234
Ceschin L., 233
Cetani F., 221
Chamberlain S., 38
Chen J., 251
Chiapparo S., 127
Chiarenza G., 240
Chiarle A., 173, 226
Chillotti C., 182
Chiocchi L., 166
Chiodo D., 197, 228
Ciabatti M., 177
Ciambrone P., 229
Ciampa G., 215
Ciapparelli A., 211, 234, 234
Cicale M., 259
Cieri L., 94
Cimmarosa S., 212, 213
Clain A., 178
Clementi M., 230
Clerici C.A., 251
Clerici M., 37, 56, 130, 212, 222
Cocchi F., 17
Cohen D., 76
Colella A., 227
Colizzi M., 198, 235
Colom F., 34
Colombini N., 114
Colombo F., 176, 203, 204
Colombo M., 262
Colonna Romano G., 231, 232
Colonnello V., 244
Comparelli A., 131, 174
Consoli G., 155, 205, 215, 235, 247, 259
Conversano C., 214
Conwell Y., 30
Corasaniti F., 179, 197
Corbani I., 45
Corbelli C., 255
Corlito G., 176
Corominas Rabassa D., 189
Corrivetti G., 137, 197
Corsi M., 183, 186, 188, 195, 221, 236
Cortese L., 187, 245
Costa B., 236
Costantini A., 86, 99
Costantini M.F., 242
Costanzo S., 104
Cosyns P., 72
Cova S., 196
Cozzupoli C., 218
Craparo G., 83
Crawley J.N., 251
Crisoliti A., 209, 228, 260
Cristofalo D., 154
Crivaro F., 179, 180
Crivelli B., 189
Cupach W.R., 40
Cuzzolaro M., 145

D'Agati E., 101
D'Agostino A., 200, 252, 255, 256, 257
D'Alessandro A., 191
D'Amato F., 20, 212, 213, 227
D'Ambrosio V., 199, 213
D'Amore S., 233
D'Antuono L., 244
D'Arcangelo M., 181
D'Urso N., 233
Da Pozzo E., 186, 214, 236
Dallapiccola B., 258
Dalle Luche R., 151
Dalmonte E., 255, 257
Damiani O., 218
Daneluzzo E., 202, 239
Daniele S., 186, 214
Daolio O., 155
Davies S., 119
de Bartolomeis A., 32, 259
De Berardis D., 177, 178, 181, 200, 207, 208, 209, 210, 214, 228, 236, 237, 252, 255, 256, 257, 260
De Coppi M., 222
De Fazio P., 179, 197, 206, 228, 229
de Giorgio G., 195
De Hert M., 9
De Luca L., 261
De Luca V., 182
De Notaris E.B., 223
De Peri L., 190
De Riso F., 195
De Ronchi D., 31
De Rosa C., 188, 262
de Simeis G., 198
De Simone S., 195
De Vidovich G.Z., 119
De Vito O., 229
De Vivo E., 244
de Bartolomeis A., 89. 149, 168
De Capua A., 71, 166
de Girolamo G., 116
De Santi K., 154
De Santis V., 128
De Vanna M., 125, 159
de' Micheli A., 251
Deakin J.F.W., 33
Decety J., 5
Degli Esposti E., 238
Degortes D., 230
Deiana V., 182
Del Casale A., 174
Del Vecchio H.G., 188, 262
Del Vecchio V., 184, 188, 262
Del Zompo M., 182

Delia R., 238
Dell'Agnello G., 240
Dell'Osso B., 146, 176, 177, 203, 204, 219, 233
Dell'Osso L., 211, 214, 215, 218, 234
Delle Chiaie R., 35
Delle Fave A., 262
Demartini B., 215
Desideri A., 192
Di Benedetto B., 227
Di Caro A., 191, 232, 238
Di Cosimo A., 181
Di Felice C., 243
Di Filippo C., 21
di Fiorino M., 182
Di Giannantonio M., 181, 214, 236
Di Giorgio A., 175, 188, 198, 198, 217, 235, 239, 242, 258
Di Giorgio V., 191
Di Iorio M., 243
Di Marzo S., 243
Di Noi I., 215
Di Paolo L., 183, 195
Di Petta G., 79
Di Salle F., 23
Di Salle F., 134, 136
Di Sciascio G., 212, 218
Di Stani M., 238, 245, 254, 255, 257
Di Tommaso S., 239
Di Trani M., 127
Di Caprio E.L., 88
di Giannantonio M., 51, 67
Di Mauro S., 153
Di Nasso E., 163
Di Nicola M., 129
Di Sciascio G., 62, 89, 108
Diazzi C., 257
Diefenbacher A., 45
Digiacomantonio V., 243
Dio Spigno Necci R.D., 94
Dobrea C., 233
Dodet M., 90
Domenici E., 91
Doria M.R., 191
Drago F., 218
Ducati A., 173
Durbano F., 138

Elce C., 183
Elisei M., 218
Elisei S., 37
Elmi S., 206
Emdin M., 221
Emin Ceylan M., 202
Erfurth A., 129
Erzegovesi S., 206
Escobar J., 6

Fabbrini L., 247
Fabozzi L., 244
Fagiolini A., 71, 94, 102, 166
Fairfield B., 174
Falavolti S., 200
Falco M., 183
Fanara G., 238
Farano M., 207, 208, 236, 260
Faravelli C., 28, 158, 218
Faravelli L., 211
Farinaccio M., 185, 240
Farinella C., 191
Fassino S., 59, 158
Fava M., 15, 178
Favaretto G., 138
Favaro A., 22, 39, 157, 206, 215, 230, 233
Fazio L., 188, 198, 217, 239, 242, 258
Feggi A., 174, 253
Ferracuti S., 79
Ferrandi A., 64
Ferrannini L., 135, 142, 184
Ferranti R., 230
Ferrara R., 157
Ferrara S., 107
Ferrari S., 57, 115, 125
Ferrario N., 262
Ferraro L., 191, 232
Ferri A., 252
Ferro F.M., 13, 106, 177, 178, 207, 208, 209, 210, 228, 237, 260
Ferrucci R., 216, 233
Filì P., 191
Filippi L.S., 103
Filipponi F., 218
Fiore F., 227
Fiori M., 176
Fiorillo A., 184, 188, 242, 262
Fischel T., 197
Floris A.L., 220
Follesa P., 122
Folnegovic Smalc V., 202
Fontana R., 254
Forconi S., 54, 141
Forresi B., 49, 55
Forzan M., 230
Fossati A., 84
Franco D., 184
Franco M., 200
Francomano A., 185, 186, 240
Frangou S., 23
Franzoni E., 251
Frediani S., 240
Fronda C., 173
Fucà L., 186, 232
Fuchs T., 244

Gabelloni P., 236
Gabrielli F., 248
Gabriëls L., 72
Gaggioli C., 192
Gagliano A., 241
Gai P., 261
Galderisi S., 38, 175, 189, 190, 195, 206, 227
Galletta D., 183
Galli P., 215
Gallina A.M., 248
Gallinat J., 20
Gambini O., 58, 180, 215
Garcia S., 261
Garghentini G., 212
Gaudi S., 26
Gelao B., 175, 188, 198, 235, 239, 242
Genchi G., 192
Gennarelli M., 226
Gentile P., 179, 229
Gentile S., 61
Gentili C., 221
Germanò E., 241
Gesi C., 186, 221, 236
Giacco D., 184, 188, 242, 262
Giacomini G., 248
Giacopuzzi M., 216
Giaimis G., 242, 243, 258
Gianesini T., 127
Giangaspero R., 216
Giannaccini G., 205, 235, 247
Giannakopoulos P., 30
Giannunzio V., 215
Gianturco C., 229
Giardina V., 240
Giner Ubago J., 159
Gioffrè G., 196
Giordano M., 250
Giovannetti A., 237
Girardi P., 132, 243
Giugiario M., 187, 189
Giurdanella S., 241
Glassman A., 8
Golia F., 155, 205, 235
Goracci A., 102
Graffino M., 187, 189
Gramaglia C., 158
Grassi L., 86, 144
Grassi M., 118
Grassia R., 191
Grattagliano I., 246
Graziottin A., 52
Grazzi L., 59
Griez E., 118
Grillo G., 191, 227
Grilo C.M., 21
Gritti A., 127
Gritti P., 88
Gualandi P., 251
Guarneri M.G., 217
Guazzelli M., 221
Guella A., 185

Hall J., 17
Halmi K.A., 18
Hardoy M.C., 218, 220, 250
Hare R.D., 40
Harnic D., 243
Hoeben D., 199, 200

Höfer P., 129

Iacobucci P., 244
Iannitelli A., 122, 123
Iero L., 251
Igliozzi R., 192
Innocenti M., 192
Iodice D., 244
Islam L., 215
Isola M., 261
Italiani P., 247
Iuliano A., 206
Ivanov M.V., 200

Janiri G., 217
Janiri L., 129, 181, 214, 236, 243
Jannini E.A., 52
Jukic V., 199

Kansky C., 178
Kennedy J.L., 182
Kissane D., 86
Kissane D.W., 9
Klein R.G., 25
Klosterkötter J., 13
Kogoj D., 129
Kotler M., 200
Kotzalidis G.D., 174
Kusmann F., 223

La Barbera D., 40, 185, 186, 191, 217, 220, 227, 230, 231, 232, 238, 240, 250
La Cascia C., 191, 232
La Grutta S., 238
La Placa M., 191, 240
La Torre D., 187, 245
La Barbera D., 83, 111
La Tegola D., 135
Lahaye M., 200
Lampis V., 20
Landi A., 217, 250
Landi P., 178, 211
Lanotte M., 173
Lari L., 186, 221, 236
Lasalvia A., 154
Lasaracina M., 217
Lattanzi L., 206
Lavatelli L., 244
Lazzarotto L., 154
Lazzerini F., 218
Lecca M.E., 218, 220
Lenzi A., 218
Leonardi N., 187, 245
Lera A., 219
Lesch O.M., 129
Lettieri V., 230
Lex A., 202
Lia C., 97
Lietti L., 219
Litta A., 206
Lo Baido R., 238
Lo Bianco L., 188, 198, 235, 239, 242, 258
Lo Iacono P., 222
Lo Sauro C., 28, 158
Loiacono M.M., 212
Loiarro G., 223
Lombardi A., 253
Lombardi M., 245
Lombardi V., 206
Lombardini A., 192
Lorettu L., 55, 75, 143, 159
Loriedo C., 111
Losmargiasso V., 204
Lozupone M., 198
Lu B., 251
Luca M., 222, 223
Lucacchini A., 236
Lucarelli C., 249
Luchini F., 206
Luciano M., 184, 188, 242, 262

Macciardi F., 25
Macinante F., 223
Maciulis V., 199
Madeddu F., 253
Maffei C., 84, 104
Magazù A., 241
Maggì G.B., 185, 186, 217
Maggini C., 1424, 164
Maina G., 72, 93, 143, 147, 156, 157, 173, 190, 195, 199, 206, 213, 224, 226, 227
Malangone C., 188
Maltiniti E., 186, 218
Maltinti E., 183, 188, 195, 218, 221, 236
Mameli P., 220
Mammarella N., 174
Manca M., 246
Mancini M., 188, 198, 242
Manetti C., 192
Manfredi A., 261
Mangiapane D., 227
Manini V., 246
Manji H.K., 259
Manzotti S., 63
Marazziti D., 155, 205, 214, 215, 235, 247, 259
Marcantonio L., 222
Marchese F., 191, 232
Marchesi C., 165
Marchetti P., 86
Maremmani A.I., 178, 211
Marinaro A.M., 227
Marini M., 97
Marini R., 130
Marino G., 66
Marrazzo G., 191
Marrella G., 154
Marteddu V., 233
Martinez G., 197
Martini B., 226
Martini C., 186, 214, 236
Martino V., 246
Martinotti G., 129, 181, 214, 236
Martucci S., 183
Maruca M., 197
Masala I., 155, 235, 247, 259
Masellis R., 175, 198
Masi G., 95, 100, 154, 156
Maso E., 261
Massaglia P., 126
Massaro Y., 246
Massei G.J., 189, 191, 248, 255
Mataix-Cols D., 41
Matera V., 207, 208, 210
Matinella A., 220
Mattei A., 99
Mattei C., 248
Matteucci G., 87
Mattiussi E., 205
Mauri M., 164, 206, 207, 247
Mazza M., 107, 122, 153, 243
Mazzarini L., 174
Mazzoncini R., 154
Mazzoni R., 218
Mechelli A., 107
Medina Leon A., 159
Meli A., 185, 186
Melis G., 100
Melpignano R., 89
Mencacci C., 68, 138, 159, 163
Menchetti M., 114, 148
Mendolia S., 70
Merendino A., 238
Merlotti E., 189
Merzagora Betsos I., 80
Messina N., 232
Messina V., 222, 223
Meyer-Lindenberg A., 16
Mezzatesta C., 250
Micanti F., 212, 213
Migliaresi G., 138
Milani F., 189, 191
Milianti M., 189, 191, 248
Militerni R., 133
Millepiedi S., 95, 100
Millet B., 200
Milos G., 21
Mingrone C., 187, 190
Miniati M., 189
Minocci D., 248
Minutolo G., 140
Mircoli G., 246, 249
Mistretta C., 191, 227
Mistretta M., 128
Moles A., 20
Möller H.-J., 32
Mollica R., 27
Mollica R.F., 7
Monchieri S., 64
Mongini T., 201

Montagnani G., 182, 184
Montefusco V., 227
Monteleone P., 21, 124, 147, 157, 206
Montemagni C., 74, 133, 142, 189, 190
Montomoli C., 130
Moretti P., 195
Morgan C., 44
Morlino M., 223
Moro M.F., 218, 220
Morosini P.L., 218
Moschetta F.S., 200, 214, 236, 252, 255, 256, 257
Moschetta S., 210, 228
Moschini C., 247
Mucci A., 19, 175, 189, 190, 195, 202, 206, 227
Mucci M., 77
Muccio R., 249
Mulè A., 191, 232
Mundo F., 191, 248
Munno D., 229, 233
Muratori F., 77
Muscettola G., 182
Muti M., 73, 93, 186, 221, 236

Naber D., 184
Nacinovich R., 126
Nanni M.G., 144
Napryeyenko O., 197
Nardini M., 159, 160, 175, 188, 198, 217, 218, 235, 239, 242, 258
Narzisi A., 192, 249, 257
Nasini S., 237
Nassini S., 178, 207., 208, 209, 210, 228
Nastri L., 250
Negri G., 120
Nelli G., 221
Neri F., 126
Nessi B., 77
Neznanov N., 197
Nicolosi G., 222
Nieri P., 248
Nigro G., 192
Nivoli G.C., 36, 55, 75, 141, 159
Nocini F., 54, 141
Noia R., 206
Nutello C., 242
Nuti M., 215
Nuttin B., 72

Ogliari A., 20
Oldani L., 177, 203, 204, 219
Oliva A., 204
Olivieri L., 181, 214
Oppo A., 189
Orlando F., 82
Orlando S., 183
Orofino G., 250
Ortolani C., 236
Otto M.W., 43

Pacifico R., 167, 203, 239
Pacitti F., 122, 123
Padalino F.A., 174
Palagini L., 221
Palladino O., 244
Pallanti S., 14, 121, 128, 150, 167
Palmieri M., 178
Paloscia C., 101
Palumbo G., 218
Panariello F., 182
Panei P., 99
Panerai A., 58
Pani P.P., 150
Panighini A., 186, 214
Panksepp J., 244
Pantusa M.F., 192, 193, 194
Paoli M.T., 177
Paoli R.A., 194
Papaleo F., 251
Paparo S., 192, 193, 194
Papazacharias A., 188, 198, 217, 239, 242, 258
Paradiso D., 254
Parafioriti A., 244
Parena A., 94
Pariante C., 27
Parisi P., 196
Parmigiani G., 128
Parnas J., 13
Pasini A., 101
Pasquini M., 87
Passino C., 221
Passione N.M., 227
Paturzo G., 189, 191, 248
Patuzzi M.F., 215
Pavani F., 18
Pedrazzoli L., 233
Pellegrini N., 154
Pellegrini S., 107
Pellegrino F., 114
Pellicanò M., 231, 232
Pellicciari A., 251
Pergentini I., 183, 186, 188, 195, 221, 236
Perilli V., 198, 242
Perlis R.H., 178
Perna G., 118
Perone A., 85
Perozzi P., 205
Perozziello F., 136
Perrella C., 54
Perretti A., 222
Perris F., 73
Perugi G., 95, 147, 169
Perugi G., 95
Pesenti-Gritti P., 20
Peterson B.S., 25
Pfanner C., 95, 100
Phillips K.A., 18
Piantadosi M., 223
Piazzoli A., 195

Picchetti M., 155, 205, 214, 235
Picchi L., 77
Picone F., 220
Piegari G., 175, 195
Pieraccioli C., 85, 257
Pietrini P., 107, 166
Pini E., 212, 222
Pini S., 16, 73, 93, 183, 186, 188, 190, 195, 221, 236
Pinna F., 144
Pinna M., 182
Pirarella F., 227
Piras P., 75
Pirone S., 222, 227
Pirro V., 251
Pistorio E., 222, 223
Pitzianti M.B., 101
Piz L., 189
Pizzorno A.M., 200, 252, 255, 256, 257
Pizzorno E., 248
Plebani M., 252
Plebani S., 126
Plescia G., 227
Poli F., 64
Polini M., 247
Pollice R., 49, 66, 153
Pollio A., 223
Pollo A., 201
Poma M.L., 238
Pompili M., 29
Popoli M., 92
Popolizio T., 217, 239, 258
Popovic D., 169
Porcelli A., 188, 198, 235, 242
Porro M., 174, 253
Presaghi F., 246
Preti E., 253
Preve M., 73, 183, 188, 195, 236
Priebe S., 7
Primavera D., 194
Priori A., 71, 216, 233
Probo M., 244, 253
Prosperini P., 174, 262
Prunas A., 253

Quartesan R., 37
Quarto T., 239
Quattropani M.C., 196

Rabinowitz J., 197
Rachini A., 85
Rago N., 130
Raia V., 127
Raimondi F., 189
Raja M., 168
Ramacciotti S., 177, 209
Ranalli C., 181, 214, 236
Rapicavoli P., 226
Rapisarda V., 105
Ravani L., 191
Ravel M.G., 223

Ravera F., 253
Reda M.A., 111
Reibman Y., 138
Ressico F., 244
Ricca V., 158, 211
Riccardi I., 167, 181, 202
Ricci A., 262
Ricci C., 254
Rigardetto S., 224
Rigatelli M., 57, 125
Rigoni D., 107
Rinaldi C., 176, 254
Riva M.A., 168
Rizza P., 179
Rizzo M., 175, 198, 235
Rocca B., 233
Rocca G., 76
Rocca P., 74, 133, 187, 189, 190, 200, 201
Romano A., 174, 207
Romano P., 189
Romano R., 175, 188, 198, 217, 235, 239, 242, 258
Roncone R., 68, 153
Roselli V., 128
Rossi A., 28, 96, 149, 167, 181, 190, 202, 203, 239, 259
Rossi G., 77, 192
Rossi M., 63, 224
Rossi R., 224
Rossi S., 71, 166
Rossi Monti M., 106
Rosso G., 93, 226
Rovati R., 64
Rovera C., 194
Rovera G.G., 104
Ruberto S., 179
Rucci P., 191, 211, 234, 248, 255
Ruggeri M., 154
Ruggerini C., 63
Rumeo M.V., 40, 83, 191, 250
Rumiati R., 120
Russo A., 227
Russo D., 227

Sacripanti F., 243
Sadee W., 198, 239, 258
Sadun D., 200
Saioni R., 243
Sala M., 119
Salerno A., 192, 193
Salerno A., 194
Salerno R.M., 177, 178, 181, 207, 208, 209, 210, 214, 228, 236, 237, 260
Salvati L., 94
Salvi V., 199
Sanna E., 100
Santacroce R., 210, 237
Santini D., 245, 255
Santonastaso P., 22, 157, 206, 215, 230, 233
Santone G., 60
Sarno I., 253
Sartori G., 107
Sartorio C., 191, 227
Saverio Moschetta F., 181
Sbrana A., 189, 191, 248
Sbrana A., 255
Scaini S., 20
Scalese M., 190
Scapati F., 135
Scardina S., 220
Scarone S., 179, 180, 215
Schiavone V., 223
Schimmenti A., 83
Schmauss M., 199
Schreiner A., 199, 200, 202
Sciarini P., 37, 56, 130
Sciortino F., 185, 186
Sciortino S., 94
Scocco P., 234
Scognamiglio P., 124
Scuticchio D., 63
Segura Garcìa C., 179, 197, 206, 228, 229
Senatore I., 151
Sensky T., 5
Serati M., 177
Sergio G., 117
Seripa S., 200
Serretti A., 29, 92, 200, 252, 256, 257
Serroni L., 200, 252, 255, 256, 257
Serroni N., 177, 181, 200, 210, 214, 236, 237, 252, 255, 256, 257
Severino G., 182
Shamy-Tsoory S., 22
Sideli L., 191, 220, 227, 250
Sigaudo M., 133, 187, 189, 201
Silvani V., 85
Silvestrini C., 177, 207, 208, 210, 228
Simonetti F., 218
Sinibaldi L., 258
Siracusano A., 44, 50, 199
Siracusano R., 241
Sirianni M., 179, 206, 228, 229
Smeraldi E., 17, 197, 202
Solano P., 248
Solmi M., 230
Soresina A.R., 126
Sormani M.P., 248
Spagnuolo Lobb M., 257
Spatola C.A.M., 20
Spaziani D., 259
Spicuglia P., 204
Spina E., 241
Staffa P., 179
Stagi P., 117
Steptoe A., 6
Sterpone S., 229, 233
Stratta P., 28, 35, 167, 181, 190, 202, 203, 259
Struglia F., 96, 203, 239, 259
Suriano M.G., 228
Suvini F., 192
Szanto K., 29

Tacchini G., 204
Tadini L., 216
Tamburini C., 238, 254, 257
Tansella M., 154
Tarantino F., 229
Taranto F., 94, 102
Tarolla E., 152
Tarricone I., 45
Tarsitani L., 128, 152, 174, 243
Taurisano P., 188, 198, 217, 239, 242, 258
Teggi R., 118
Tenconi E., 157, 230
Terra J-L., 250
Terribili C., 242, 243, 258
Tisi G., 179, 180
Titton F., 230
Todarello O., 57, 216
Todarello G., 175, 198, , 235
Tomasetti C., 259
Tomassini A., 149, 259
Toni C., 147
Tonna M., 165
Torre E., 174, 244, 253, 262
Torri P., 247, 259
Torrioli M.G., 240
Torta R., 70, 87
Tortorella A., 147
Tortorella G., 241
Tosato S., 154
Totano E., 237
Totaro E., 207, 208, 209, 210, 228, 260
Tranchina E., 231
Tranchina G., 231
Trapolino G., 186
Tricoli M., 187, 245
Tridente A., 244
Trincavelli M.L., 214
Trojano M., 217
Trotta A., 230, 232
Tundo A., 94, 148
Turck C., 91
Turkington D., 34

Uccello O., 191
Ullo A., 70
Ursini G., 175, 198, 198, 242
Ursini L., 235, 239, 258
Usala T., 100

Valsavoia R., 230, 231, 232
Vanni G., 118
Vannucchi G., 189, 191, 248, 255
Vannucchi T., 261
Vecchi V., 219
Vela A., 250
Vella S., 99

Vender S., 58
Veneroni L., 251
Venica D., 261
Ventrella G., 223
Venturi M., 192
Venuta M., 57
Vergari M., 216, 233
Vicari S., 127
Vicinanza S., 242
Viganò C., 262
Vighetti S., 201
Viglione V., 77
Vignapiano A., 189
Villari V., 142
Vincenzi S., 221
Vinci V., 184, 188, 262
Virgilio P., 232
Visca V., 80
Visintini R., 85
Vita A., 65, 190
Vittozzi C., 134
Volonteri L., 68, 163
Volpe U., 189, 242
Volterra V., 80, 105, 152, 156
Vyssoki B., 129

Walter H., 129
Washburn J.J., 37
Weinberger D.R., 251
Wessely S., 5
Whiteford H., 6
Wise T.N., 8
Wykes T., 39
Yuan P-X., 259

Zanardini R., 226
Zanetti T., 233
Zanfini R., 245
Zanoni S., 233
Zanuttigh G., 215
Zappa L.E., 212, 222
Zappia S., 190
Zarrelli C., 223
Zeppegno P., 31, 174, 244, 253, 262
Zimmerman M., 43
Zinni M., 204
Zizza M., 229, 233
Zuanon S., 205
Zuddas A., 100, 240
Zullo F., 206

Finito di stampare nel mese di Febbraio 2010
presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore S.p.A.
Via A. Gherardesca • 56121 Ospedaletto • Pisa
Telefono 050 313011 • Telefax 050 3130300
www.pacinimedicina.it