PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

AnnoXXVIII • n. 1 • gennaio - giugno 2015 Rivista fondata e diretta da Alberto Giannelli *Semestrale*

SOMMARIO

AnnoXXVIII • n. 1 • gennaio - giugno

IN PRIMO PIANO

3 **Dalle delusioni della mente alle tecniche digitali**
di Giannelli A.

8 **Gli snodi critici della psicopatologia forense**
di Volterra V.

20 **Angelo Cocchi – in memoria**
di Erlicher A.

49 **Gruppo sulla gestione dell'ansia**
Esperienza in un servizio di salute mentale
di Tedeschi I., Tricarico V., Cerveri G., Mencacci C.

54 **Giovani e salute mentale**
Un profilo sintetico di due Programmi innovativi (2012–2013)
di De Isabella G., Di Tucci A., Biffi G.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

22 **Il tempo nella malattia, nella cura e nella relazione**
di Bignamini S., Rabboni M.

32 **La predittività dei comportamenti dannosi in psichiatria**
di Spinogatti F.

PSICHIATRIA FORENSE

62 **La posizione di garanzia dello psichiatra, le linee guida e la colpa professionale per malpractice**
di Mantovani R.

In copertina: *Head No.2*
Naum Gabo, 1916
Tate collection

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

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

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

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

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

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

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

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

Gruppo sulla gestione dell'ansia

Esperienza in un servizio di salute mentale

Ilaria Tedeschi, Vincenzo Tricarico*, Giancarlo Cerveri*, Claudio Mencacci**

L'ANSIA E I DISTURBI PSICOTICI

L'ansia è un normale fenomeno della vita psichica, avente un significato protettivo e legato alla sopravvivenza: ci permette infatti di allertarci e attivarci di fronte ad un potenziale pericolo. In alcuni casi l'intensità di questa emozione diventa tale da interferire notevolemente nella vita quotidiana della persona causando numerose limitazioni.

In Italia la prevalenza life time dei disturbi d'ansia è del 5.5% per gli uomini e del 16.2% per le donne. Nello specifico il disturbo più frequente è la Fobia Specifica, con una prevalenza lifetime del 5.7%, seguito dal Disturbo Post Traumatico da Stress (2.3%), dalla Fobia Sociale (2.1%) e dall'Ansia Generalizzata (1.9%) (4).

In letteratura è stata inoltre riportata una maggior prevalenza di problematiche ansiose e depressive nei pazienti affetti da psicosi rispetto alla popolazione generale (Waller, 2014; Buckley 2008). È stata però riscontrata una notevole etereogeneità nelle stime di prevalenza tra i vari studi, nonostante ciò queste differiscono in modo significativo dalle pravalenze nella popolazione generale (Achim, 2011).

Il disturbo di Panico sembrebrebbe avere una prevalenza dal 3.3 al 29.5% nei pazienti affetti da Schizofrenia, il Disturbo Post Traumatico da Stress del 29% e il Disturbo Ossessivo Compulsivo del 23% (3; 12).

Gli attacchi di panico sembrerebbero essere più frequenti nei pazienti affetti da Schizofrenia di tipo paranoide; la presenza di Disturbo Post Traumatico da Stress sembrerebbe invece essere associata a maggior gravità clinica, maggior presenza di ideazione suicidaria e maggior numero di ospedalizzazioni (3).

Per quanto riguarda la Fobia Sociale, anch'essa sembrerebbe essere spesso presente in comorbilità con le psicosi, con una prevalenza riscontrata tra l'8 e il 36%. La Fobia Sociale è inoltre spesso accompagnata da alti livelli di depressione, una ridotta qualità di vita, disabilità sociale e una prognosi peggiore.

È stato ipotizzato che la Fobia Sociale possa essere legata ai sintomi positivi, e in particolar modo alla paranoia, attraverso modalità differenti (10):

- la Fobia Sociale potrebbe precedere l'esordio della paranoia e mantenere le credenze persecutorie;
- Fobia Sociale e paranoia potrebbero esordire e svilupparsi di pari passo;
- la Fobia Sociale potrebbe essere conseguenza delle credenze persecutorie;
- la Fobia Sociale potrebbe emergere in risposta alla vergogna e allo stigma sociale legato alla malattia.

Le problematiche di tipo ansioso, quando presenti, comportano un impatto notevole nella vita quotidiana dei pazienti, creando evitamenti e rendendo più difficoltosa la partecipazione ad attività di tipo sociale, ricreativo o riabilitativo.

In particolar modo, dai dati presenti in letteratura sembrerebbe che nei pazienti affetti da Schizofrenia, la presenza di un disturbo ansioso in comorbilità comporti maggiori difficoltà nel processo di cura, un più elevato rischio di ricadute ed una ridotta qualità di vita percepita (1; 9).

Si evince quindi l'importanza di non sottovalutare le problematiche di tipo ansioso in questi pazienti e di fornire un adeguato trattamento per migliorare la qualità di vita degli stessi e anche l'outcome terapeutico (1).

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE NELL'ANSIA E NEI DISTURBI PSICOTICI

La terapia cognitivo comportamentale (CBT) è stata indicata dalle linee guida inglesi del National Institute of Care and Health Excellence (NICE) e dall'American Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) come terapia che andrebbe offerta a tutti i pazienti affetti da psicosi o schizofrenia (11).

Numerosi studi hanno infatti rilevato l'efficacia di questo tipo di trattamento, affiancato alla terapia antipsicotica, nella riduzione dei sintomi e del numero di ospedalizzazioni.

La maggior parte degli interventi di CBT che vengono proposti a questo tipo di pazienti, e quindi anche la maggior parte degli studi di efficacia presenti in letteratura, riguardano la riduzione dei sintomi psicotici, ovvero si focalizzano sulle credenze deliranti e sulla gestione degli aspetti allucinatori; numerosi sono anche gli interventi volti al miglioramento dei deficit cognitivi.

Meno diffusi sono gli studi che hanno valutato l'efficacia di interventi volti alla riduzione dei sintomi ansiosi o depressivi nella popolazione psicotica (10), nonostante questi siano molto spesso concomitanti.

La tradizione della CBT nella cura dei disturbi d'ansia è invece ben radicata e di lunga data.

La CBT è infatti indicata come l'intervento di prima scelta nel trattamento di questa categoria di disturbi, nei quali ne è stata ampiamente dimostrata l'efficacia (5).

In particolar modo, sono stati sviluppati dei protocolli di intervento specifici per ogni particolare disturbo d'ansia, il cui utilizzo si sta ultimamente diffondendo anche nel territorio italiano (2; 7).

L'ESIGENZA DI UN GRUPPO SULL'ANSIA IN UN SERVIZIO PSICHIATRICO TERRITORIALE

Vista la notevole frequenza di comorbilità dei disturbi ansiosi in pazienti affetti da psicosi e il notevole impatto di quest'ultima nella vita quotidiana dei pazienti, all'interno di un Centro Psicosociale è nata l'esigenza di fornire un intervento di gruppo che potesse affrontare in modo privilegiato queste problematiche.

Numerosi interventi di gruppo di tipo terapeutico, riabilitativo e di sostegno vengono tipicamente proposti ai pazienti afferenti al CPS e al Centro Diurno, ma la sfera ansiosa non era ancora stata presa come target specifico di questi interventi.

È stato quindi strutturato un intervento avente come obiettivo la gestione dei sintomi ansiosi in pazienti affetti da disturbi della sfera psicotica.

ASPETTI ORGANIZZATIVI

L'intervento è stato inizialmente presentato all'equipe di specialisti prestanti servizio presso la struttura, in modo da coinvolgere ognuno rispetto alla segnalazione di potenziali utenti che avrebbero potuto trarre benefici da questo tipo di progetto terapeutico.

I pazienti coinvolti sono stati quindi segnalati ai conduttori del gruppo dagli operatori stessi.

Ogni paziente è stato poi contattato telefonicamente e se interessato, invitato a effettuare un primo colloquio conoscitivo e valutativo con la psicologa e l'infermiere professionale che hanno gestito il gruppo.

In sede di primo colloquio, ai pazienti è stato presentato l'intervento, gli obiettivi, le caratteristiche e le metodologie utilizzate, così come sono state raccolte le impressioni, domande e timori eventualmente presenti. Ottenuto il consenso alla partecipazione al gruppo, è stato condotto un colloquio di approfondimento delle problematiche ansiose e della loro entità; inoltre, sono stati somministrati, con il medesimo scopo, il State-Trait Anxiety Inventory (STAI), la Symptom Checklist 90 (SCL-90) e la WHOQOL-BREF per valutare la qualità di vita percepita. L'utilizzo di questi questionari è avvenuto sia per approfondire lo specifico caso di ogni paziente, sia per avere dei criteri oggettivi per valutare l'efficacia dell'intervento di gruppo in termini di cambiamento

della sintomatologia ansiosa nel tempo.

L'intervento è stato proposto inizialmente a 13 pazienti in carico presso il CPS, segnalati dai propri medici curanti; di questi 12, 3 pazienti hanno rifiutato a priori di partecipare e 2 pazienti hanno droppato dopo pochi incontri.

CARATTERISTICHE E STRUTTURA DELL'INTERVENTO DI GRUPPO

Il gruppo è stato rivolto a 8 pazienti, eterogenei per sesso, età e tipologia di diagnosi primaria, ma accomunati dalla presenza di una forte sintomatologia asiosa.

Il gruppo è stato condotto da una psicoterapeuta cognitivo comportamentale e da un infermiere professionale, con la partecipazione di una tirocinante di Tecniche della Riabilitazione Psichiatrica.

Sono previsti 25 incontri, dalla durata di un'ora ciascuno e a cadenza settimanale, aventi luogo da Giugno 2014 a Febbraio 2015.

Obiettivo dell'intervento è migliorare la capacità dei partecipanti di gestire la propria ansia nei momenti di difficoltà, imparando a riconoscerla come emozione e ad utilizzare degli strumenti pratici per poterla affrontare.

Tale intervento è stato orientato ai protocolli di Andrews per il trattamento in gruppo dei disturbi d'ansia; tali protocolli sono stati adattati e modificati tenendo in considerazione la particolare tipologia dell'utenza e soprattutto l'etereogenità diagnostica presente all'interno del gruppo.

Non essendo il gruppo composto da pazienti con la stessa diagnosi d'ansia, il gruppo è stato condotto utilizzando quelle tecniche ritenute facilmente applicabili ed efficaci in svariate problematiche ansiose.

L'intervento è stato strutturato in modo modulare: sono previsti due macro moduli, ognuno composto da micromoduli.

I° macromodulo: approfondimento dell'ansia e apprendimento delle tecniche comportamentali.

Composto da 4 micromoduli:

- Psicoeducazione dell'ansia;
- Respirazione lenta;
- Rilassamento muscolare isometrico;
- Rilassamento muscolare progressivo.

II° macromodulo: approfondimento della sfera cognitiva dell'ansia.

Composto da 3 micromoduli:

- Gestione del rimuginio;
- Problem solving;
- Credenze disfunzionali.

Il gruppo è semi-aperto: è possibile che nuovi partecipanti vengano inseriti all'inizio di ogni nuovo modulo.

TECNICHE UTILIZZATE

- *Psicoeducazione dell'ansia:* insieme ai pazienti è stato affrontato in dettaglio ciò che accade quando si entra in ansia, la spiegazione di ogni sintomo in base alla risposta di attacco-fuga, l'ansia come valutazione di una minaccia e i comportamenti funzionali o disfunzionali che tendono a essere messi in atto in quei momenti. Questa fase è stata reputata dai pazienti stessi utile fin da subito; infatti familiarizzare con questi aspetti decatastrofizza l'esperienza in sé, rendendola più comprensibile e meno fonte di paura.

- *Tecnica della respirazione lenta:* è stata insegnata ai pazienti per ridurre i sintomi di iperventilazione. La messa in atto di questa tecnica permette di respirare con cicli di 6 secondi per respiro e di contrastare l'iperventilazione che automaticamente subentra nei momenti di ansia. Questa tecnica è stata ben accolta dai pazienti, e fin da subito integrata nella vita quotidiana dalla maggior parte di loro.

- *Tecnica del rilassamento isometrico:* questa tecnica è composta da una serie di esercizi che possono essere di volta in volta scelti dal paziente, e che comportano

un rilassamento dei vari distretti muscolari attraverso la contrazione di forze opposte. Ai pazienti viene chiesto di metterla in atto nella loro quotidianità, scegliendo gli esercizi aventi come target quei muscoli che per colpa dell'ansia tendono a essere eccessivamente tesi; una costante pratica di questi esercizi migliora il generale stato di rilassamento della persona.

- *Tecnica del rilassamento progressivo di Jacobson:* al paziente viene chiesto di mettere in atto una sequenza di esercizi che rilassano in maniera progressiva tutti i distretti muscolari. I pazienti sono stati poi invitati a utilizzare questa tenica a casa, prima di esporsi a situazioni potenzialmente fonte di ansia.

- *Homework:* È stato inoltre richiesto ai pazienti di applicare tale tecniche nella loro vita quotidiana, compilando i diari di monitoraggio. Il riscontro avuto rispetto all'applicazione degli homework è stato più che positivo; la maggior parte dei pazienti ha messo in atto in maniera continuativa e costante gli esercizi richiesti. Per agevolare lo svolgimento degli homework, abbiamo utilizzato dei supporti audio con le registrazioni delle varie tecniche di rilassamento spiegate dai conduttori del gruppo, che sono poi stati distribuiti ad ogni partecipante.

- *Gestione del rimuginio*: approfondiremo e riconosceremo il rimuginio, quando presente; rifletteremo sui pro e i contro di questo tipo di attività mentale e sulla sua gestione.

- *Tecnica del problem solving:* affronteremo il metodo strutturato di soluzione dei problemi per fornire ai pazienti uno strumento pratico e semplice da attuare nei momenti in cui si sentono sopraffatti dai problemi.

- *Credenze disfunzionali:* lavoreremo sulle quelle credenze disfunzionali che sono emerse nel corso dell'intervento di gruppo, stimolando i pazienti a riconoscerne il loro impatto e a metterle in discussione; inoltre li alleneremo nella ricerca di pensieri alternativi più flessibili e meno fonte di ansia.

CONSIDERAZIONI E DIFFICOLTÀ

Questo tipo di intervento si configura come una novità all'interno del nostro servizio di salute mentale.

In generale, se tipicamente gli interventi a orientamento cognitivo comportamentale sulla gestione dell'ansia sono rivolti a pazienti con diagnosi primaria di disturbo d'ansia e che vengono collocati in gruppi omogenei per diagnosi, la principale novità di questo intervento risiede proprio nella disomogenità diagnostica e nell'utilizzo di queste tecniche in pazienti con problematiche della sfera psicotica.

Bisognerà attendere il termine del gruppo per avere dati oggettivi rispetto all'efficacia, ma i segnali e le impressioni che fin adesso abbiamo raccolto dai partecipanti sono positivi.

Gli interventi proposti sono stati ben tollerati dai pazienti, e accettati con un generale entusiasmo; la frequenza dei partecipanti è stata buona, così come la loro risposta all'utilizzo delle tecniche di rilassamento. La tecnica che apparentemente ha riscosso maggior successo, in termini di riduzione percepita dell'ansia e facilità di applicazione, sembrerebbe essere il rilassamento muscolare progressivo di Jacobson.

La disomogenità diagnostica è apparsa essere in alcuni momenti del percorso grande fonte di arricchimento e stimolo di condivisione e supporto tra i vari membri. È stato però fonte di drop out per una paziente che, per problematiche personali, faticava a tollerare il disagio psichico riportato da alcuni pazienti con un funziomento maggiormente compromesso.

** Dipartimento di Neuroscienze AO Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano*

Bibliografia

1. Achim A.M., Maziade M., Raymond E., Olivier D., Merette C., Roy M.A., *How prevalent are anxiety disorders in Schizophrenia? A Meta-analysisand critical review on a Significant Association*. Schizphrenia Bullettin vol 37(4): 811-821, 2011.
2. Andrews G., Creamer M., Crino R., Hunt C., Lampe L., Page A., *Trattamento dei disturbi d'ansia: Guide per il clinico e manuale per chi soffre del disturbo*. Centro Scientifico Editore, 2003.
3. Buckely P.F., Miller B.J., Lehrer D.S., Castel D.J., *Psychiatric comorbidities and Schizphrenia*. Schizophrenia Bullettin Vol. 35(2): 383-402, 2009.
4. De Girolamo G., Polidori G., Morosini P., Mazzi F., Serra G., Visonà G., Falsirollo F., Rossi A., Scarpino V., Reda V., *La prevalenza dei disturbi mentali in Italia: il progetto ESEMED-WMH. Una sintesi*. Disponibile online: *www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf.*
5. Hofmann F.G., Asnaani A., Vonk I.J., Sawyer A.T. Fang A., *The efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: a review of meta-analysis*. Cognit Ther Res, 36(5):427-440, 2012.
6. Leahy R., *Sette mosse per liberarsi dall'ansia*. Raffaello Cortina editore, 2007.
7. Leveni D., *Attuazione pratica della terapia cognitivo comportamentale per i disturbi d'ansia in un servizio di salute mentale: aspetti clinici e organizzativi*; in Trattamento dei disturbi d'ansia: Guide per il clinico e manuale per chi soffre del disturbo. Centro Scientifico Editore, 2003.
8. Lorenzini R., Sassaroli S., *La mente prigioniera – Strategie di terapia cognitiva*. Raffaello Cortina Editore, 2000.
9. Makara-Studzinksa M., Wolyniak M., Krys K., *Influence of anxiety and depression on quality of life of people with schizophrenia in the eastern region of Poland*. International Scholarity Reserach Network, 2012.
10. Michail M., Birchwood M., Tait L., *Protocol for a systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder in psychosis*, Systematic Reviews, 3:62, 2014.
11. Nordentoft M., Austin S., *CBT for psychotic disorders: beyond meta-analysis and guidelines – it's time to implement!* World Psychiatry 13:3, Oct 2014.
12. Pallanti S., Cantisani A., Grassi G.; *Anxiety as a core aspect of Schizophrenia*. Curr Psychiatry Rep, 15:354, 2013.
13. Prinz U., Nutzinger D.O., Schulz H., Petermann F., Braukhaus C., Andreas S., *Comparative Psychometric analysis of the SCL 90 and its short versions in patients with affective disorders*. BMC Psychiatry 2013, Mar 28; 13-104.
14. Sassaroli S., Lorenzini R., Ruggiero G.M., *Psicoterapia cognitiva dell'ansia*. Raffaello Cortina Editore, 2006.
15. Skevington S.M., Lotfy M., O'Connell K.A., *The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group*. Qual Life Res 2004, Mar, 13(2): 299-310.
16. Waller H., Craig T., Landau S., Fornells-Ambrojo M., Hassanali N., Iredale C., Jolley S., McCrone P., Garety P., *The effects of a brief CBT intervention, delivered by frontline mental health staff, to promote recovery in people with psychosis and comorbid anxiety or depression (GOALS Studies): Study protocol for a randomized controlled trial*. Trials 15:255, 2014.
17. Wykes T., Steel C., Everitt B., Tarrier N., *Cognitive Behavioral Therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor*. Schizoprhenia Bullettin 34(3):523-537, 2008.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.
Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo *redazione@psichiatriaoggi.it*

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.
Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.
Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

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

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

SIP-Lo
Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:
Massimo Rabboni *(Bergamo)*

Presidente eletto:
Massimo Clerici *(U. Mi Bicocca)*

Segretario:
Mauro Percudani *(Garbagnate, Mi)*

Vice-Segretario:
Giancarlo Cerveri *(Milano)*

Tesoriere:
Gianluigi Tomaselli *(Bergamo)*

Consiglieri eletti:
Mario Ballantini *(Somdrio)*
Franco Spinogatti *(Cremona)*
Andrea Materzanini *(Iseo)*
Costanzo Gala *(Milano)*
Orsola Gambini *(U. Mi Statale)*
Claudio Cetti *(Como)*
Giuseppe De Paoli *(Pavia)*
Nicola Poloni *(Varese)*
Antonio Magnani *(Mantova)*
Emi Bondi *(Bergamo)*
Ettore Straticò *(Mantova)*
Roberto Bezzi *(Legnano, Mi)*
Marco Toscano *(Garbagnate, Mi)*
Antonio Amatulli *(Sirp.Lo)*
Caterina Viganò *(Sirp.Lo)*

Rappresentanti

Sezione "Giovani Psichiatri":
Alessandro Grecchi *(Milano)*
Francesco Bartoli (*Monza Brianza)*
Giacomo Deste *(Brescia)*
Giovanni Migliarese *(Milano)*

Membri di diritto:
Giorgio Cerati
Angelo Cocchi,
Arcadio Erlicher,
Claudio Mencacci,
Emilio Sacchetti
Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:
Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi