



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXVI • n. 2 • luglio-dicembre

IN PRIMO PIANO

- 3** Che paese è mai questo
di Giannelli A.
- 9** Lettera all'Assessore
alla Salute al Presidente
della Commissione Sanità
della Regione Lombardia
di Clerici M., Rabboni M.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

- 11** Influenza del deficit
neurocognitivo sul
funzionamento personale,
sociale e lavorativo della
schizofrenia: uno studio
sperimentale
*di Becchi M., Cocchi F., Bianchi L.,
Bosia M., Buonocore M., Guglielmino C.,
Pigoni A., Spangaro M., Smeraldi E.,
Cavallaro R.*
- 21** Un programma innovativo
di individuazione e trattamento
della depressione in gravidanza
e nel post partum presso
l'Ospedale San Carlo Borromeo
di Milano
*di Bo F., Tallarico L., Grecchi A.,
De Isabella G., Biffi G.*
- 30** L'intervento in adolescenza
e sugli esordi psicopatologici:
complessità cliniche e criticità
organizzative
di Grecchi A., Migliarese G.
- 41** Disturbo bipolare
o malattia globale
di Zarattini F.

49 L'attualità di Jaspers
di Schiavone M.

54 Sogno ed esistenza
di Borgna E.

NOTE DAI CONVEGNI

58 Percezione soggettiva
ed effetto contesto
nel trattamento farmacologico
infusivo dell'episodio
depressivo maggiore resistente
*di Galimberti C., Bosi M.F., Tirelli A.,
Truzoli R., Viganò C., Ba G.*

61 Asenapina nel trattamento
del paziente con disturbo
bipolare di tipo II: uno studio
retrospettivo
*di Genova C., Galimberti C., Viganò C.,
Truzoli R., Bassetti R., Bosi M., Ba G.*

64 Valutazione delle dinamiche
familiari nei pazienti con
disturbi Psichiatrici maggiori:
il test di Brem Graser
*di Bottarini F., Beltrami M.M.,
Truzoli R., Galimberti C., Mattone C.,
Viganò C., Ba G.*

66 Gravità e gravosità: studio
nel contesto dei centri diurni
dell'Azienda Ospedaliera
di Varese
Berto E., Caselli I., Bonalumi C., Vender S.

71 Depressione e rischio di
mortalità in soggetti affetti
da stroke: revisione sistematica
e meta-analisi
*Lax A., Bartoli F., Lillia N., Crocamo C.,
Carrà G., Clerici M.*

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:
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 DSM A. O. Ospedali Riuniti di Bergamo - Largo Barozzi, 1 - 24128 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

IN COPERTINA: *Tavolo surrealista,*

Alberto Giacometti (1933)

Musee national d'art moderne, Centre Georges Pompidou, Paris

Che paese è mai questo?

Alberto Giannelli

Che Paese è mai questo? Nel quale la criminalità organizzata detta le sue leggi, da parte dei politici e degli amministratori c'è l'uso disinvolto del finanziamento pubblico, il senso dello Stato è disatteso, si costruiscono case sui greti dei fiumi, il disboscamento è selvaggio (il 69% delle frane europee si verifica in Italia: delle centinaia di miliardi di euro erogati dal 1990 per la tutela del territorio ne sono stati spesi a tal fine lo 0,9%), il dibattito politico è personalizzato, un leader pregiudicato pretende che il Capo dello Stato gli dia la grazia senza averla mai chiesta (le sue fan lo divinizzano e sviluppano nei suoi confronti veri e propri *délires passionnels*) e confonde il consenso con la popolarità (cosa questa che riguarda però anche leader di altre forze politiche), ogni tre giorni una donna viene uccisa dal suo partner attuale o pregresso, si lesinano i soldi alla ricerca, all'infanzia e alla scuola, e si erogano invece a spese militari, la disoccupazione giovanile è del 41% etc. etc.? Ma che paese è mai questo dove si pensa di risolvere il problema del sovraffollamento delle carceri tramite l'amnistia e l'indulto, e non di affrontarlo con una (coraggiosa) riforma della giustizia, i malati di SLA protestano, rischiando di anticipare la loro morte, davanti al Mi-

niistero dell'Economia o a Palazzo Chigi e rivendicano il (sacro) diritto di essere ascoltati e aiutati, si discute ancora sulla legge del reato di clandestinità per chi chiede asilo politico e per questo ha attraversato il mare (troppi vi hanno perduto la vita), si allarga la forbice per cui i ricchi (pochi) diventano sempre più ricchi e i poveri (moltissimi) sempre più poveri, il linguaggio (quello che ci distingue dai primati) è avvelenato dai reciproci insulti e gli atteggiamenti interpersonali mancano di quel rispetto necessario alla vita in comune, rigurgiti antisemitici ci rimandano a tempi che credevamo lontani e non più ripetibili, il parlamento è stato eletto con una legge dichiarata incostituzionale, personaggi

che non ne avrebbero più diritto continuano, a nostre spese, a fruire della scorta sottraendo al controllo del territorio ingenti forze dell'ordine (in Lombardia nell'ultimo anno sono state saccheggiate ogni giorno 720 case private) etc. etc.? Ma che Paese è mai questo? Me lo chiedo e aggiungo che in questo Paese così mal ridotto spesso non riesco più a individuare la mia patria. Ma nel riflettere su queste (e altre cose) da comune cittadino, non posso spogliarmi della mia identità professionale, di psichiatra. E di conseguenza *non posso non chiedermi come la psichiatria*



Frans Masereel, *L'Idée*, 1920

si ponga nei confronti dei problemi etici e culturali che sono strettamente legati a quelli politici, economici e sociali appena citati a titolo di esempio.

Per rispondere a questa domanda è necessaria una breve parentesi storica, limitandola al XX secolo e riprendendo alcune cose dette in un mio precedente lavoro su questa stessa rivista.

La psichiatria è stata spesso in una posizione di sudditanza nei riguardi del potere, dell'ideologia dominante (in alcuni casi, addirittura collaborante). Germania nazista, Unione Sovietica, Paesi centro-sudamericani, Cambogia, Italia (sia pure in tono minore) etc. ne sono testimonianza. Come ricorda Luigi Zoja, i grandi eventi del XX secolo lo fanno definire il secolo del male perché alcuni suoi protagonisti - cito soltanto Hitler e Stalin - non hanno permesso di distinguere la patologia paranoica dal male morale. *Perché di paranoia si è trattato.* La paranoia ha massacrato masse umane più delle epidemie di peste e ha annientato e umiliato più uomini della collera di Dio, anzi è la vera collera di Dio che si è servita di uomini tra i più irragionevoli e ostinati. *La paranoia è un problema ancora attuale, in questo secolo, anche se in termini quantitativamente più ridotti* (si pensi ai Balcani, ad esempio, o ai dissidenti politici che, ancora del tutto recentemente, vengono internati in ospedale psichiatrico nella Russia di Putin). Come ha scritto Meldini, bisogna ricordare come, nel ventennio mussoliniano, la paranoia da individuale si sia fatta collettiva perché il Capo aveva carisma, erogava potenza, era dotato di una eloquenza convincente e (purtroppo) ideologicamente fondata (su farneticanti e ossessivi richiami alla romanità), ma soprattutto si rivolgeva a un popolo uscito stremato dalla I guerra mondiale e in balia di una classe politica inetta e incapace di rispondere sul piano del risanamento morale, culturale ed economico, alle sue legittime domande. La paranoia è una malattia altamente contagiosa e nel suo passaggio da quella individuale (del Capo) a quella collettiva (della maggioranza degli italia-

ni) si è servita, nel ventennio fascista, di vari meccanismi psicologici: quello della identificazione proiettiva (*Duce, sei tutti noi!*), quello dell'ossessiva dipendenza infantile (*il Duce ha sempre ragione!*), quello della coazione a ripetere (il continuo richiamo - nelle adunate di piazza Venezia, nelle scuole e nelle fabbriche, sui libri di testo, alla radio e sui giornali - *all'orgoglio, alle tradizioni del popolo, alla grandezza dell'Impero di Roma!*). Gli stessi meccanismi, le stesse condizioni storico-politiche, la stessa sofferenza popolare che, con le dovute differenze, hanno permesso in altri Paesi il contagio trasmesso al popolo dal potente di turno. Da noi, sia pure con una partecipazione meno palese, ma in molti casi altrettanto significativa, la psichiatria è stata in silenzio, a volte subalterna: Benito Albino, figlio segreto della relazione di Mussolini con Ida Dalser (entrambi finiti in manicomio), la promulgazione delle leggi razziali, la partecipazione alla guerra senza alcuna preparazione, il rovesciamento delle alleanze.

Oggi le cose sono cambiate. La psichiatria non è in una posizione di sudditanza di fronte al potere politico, né potrebbe esserlo visto il frequente mutare di tale potere, ma è, a mio avviso, in una posizione di *indifferenza*. La stessa cosa, però, si può dire della classe politica, che nelle sue progettazioni relative agli investimenti destinati alla sanità ha sempre trascurato quelli necessari alla tutela della salute mentale, la quale - è bene sottolinearlo - è tutela della salute pubblica, nonché quelli necessari alla ricerca scientifica e alla cura e riabilitazione di coloro che tale salute hanno perduto. Detta indifferenza si rispecchia in una lontananza della pubblica opinione (ivi compresa quella medica generale) dalla nostra disciplina, vista da lontano, spesso temuta, ancora penalizzata dallo stigma. E questo malgrado gli sforzi assai lodevoli e talvolta efficaci che fanno la SIP e la comunità psichiatrica rappresentata dagli operatori della salute mentale, sforzi tesi a ottenere un maggiore riconoscimento dell'importanza sempre crescente dei disturbi psichici, individuali e collettivi. Dati

provenienti dalla SIP e dal Ministero della Salute stimano in 17 milioni gli italiani sofferenti di disturbi psichici: di questi un terzo con disturbi permanenti, e due terzi con disturbi episodici o ripetuti. Nel 2010 sono stati effettuati 10.675 ricoveri sanitari obbligatori. Ma il dato ancora più importante è che meno del 15% di detti soggetti vengono in contatto con i professionisti della salute mentale (e, non di rado, quando prendono contatto molto tempo è passato dall'esordio dei disturbi).

Questa indifferenza della politica nei riguardi della psichiatria, che rispecchia quella della popolazione generale, è testimoniata anche *dall'assenza degli psichiatri nel dibattito culturale, etico e sociale* che attraversa questo paese da molti anni, ma soprattutto nel momento di crisi attuale. I temi di tale dibattito sono tutti densi di implicazioni psicologiche e psicopatologiche. Ma ai talkshow che imperversano sui nostri canali televisivi, partecipano politici, giornalisti, giuristi, criminologi, economisti, filosofi, eticisti, assai raramente psicologi, mai gli psichiatri. Non vengono invitati o, se invitati, non intendono partecipare? Propendo per la prima ipotesi. Diceva Burkhardt che nella follia talvolta emerge quell'aspetto del reale che l'uomo non deve vedere per rimanere sano (o, aggiungo io, per continuare a illudersi di esserlo). Gli uomini che occupano il potere sono spesso banali sul piano della loro interiorità, ma per quanto piccoli e affettivamente insignificanti possano essere, ciò non toglie che siano capaci di fare del male e di avvelenare il loro popolo con le schegge della paranoia di cui sono ignari depositari. E nessuno osa farlo capire a chi sta loro vicino (per lo più in una posizione di vassallaggio) o denunciare pubblicamente che di folli si tratta. Quando il dr. Bechterw fu chiamato al Cremlino perché Stalin stava poco bene formulò la diagnosi di paranoia e poche ore dopo fu ucciso nell'albergo in cui aveva preso alloggio a Mosca. Il putsch del 1938 in cui alcuni psichiatri, appoggiati da qualche ufficiale della Whermaçth, tentarono di ricove-

rare Hitler in ospedale psichiatrico, fallì miseramente e non ebbe alcun seguito negli anni successivi, nemmeno quando la dilagante paranoia del tiranno si rese evidente anche a coloro che erano a lui più vicini, in continuo e quotidiano contatto, anch'essi inesorabilmente contagiati dalla potenza carismatica e maligna dei suoi deliri megalomani e di annientamento del popolo ebraico, dei rom, degli omosessuali e dei malati di mente. L'intervento di una psichiatria coraggiosa avrebbe evitato centinaia di migliaia di morti. Ma dobbiamo renderci conto che, come i loro assistiti ricoverati, gli psichiatri non erano -non potevano essere- dei rivoluzionari: sia gli uni che gli altri esaurivano in una sorta di tragico psicodramma la loro (eventuale) spinta alla ribellione.

La storia per certi versi non cambia e la psichiatria, per quanti passi avanti abbia compiuto negli ultimi decenni, *rimane avviluppata nel dilemmatico, duplice compito di esprimere la propria vocazione clinica e nel tempo stesso di esercitare una sorta di controllo sociale*. Ma da questa ambigua posizione deve uscire per rivendicare la sua natura di disciplina medica, dotata però di una specifica funzione sociale che la distingue dalla restante medicina. E non le mancano i requisiti perché ciò si verifichi, soprattutto oggi che viviamo una crisi economica, culturale e politica di una gravità tale da non avere precedenti nella storia di questo e di altri paesi europei (e non solo europei). Non le mancano i requisiti, dicevo, perché prima di essere medica essa è una disciplina umana e sociale e *non deve rinunciare alle sue fondazioni antropologiche*. La sua posizione è di essere una disciplina e non una scienza, una disciplina che però ambisce a diventare scienza, ma attualmente si trova ancora in una posizione al confine della scienza o, meglio, è essa stessa è una scienza di confine.

In che modo, allora, può contribuire anch'essa a fare uscire un paese - il nostro paese - dalla crisi in cui ormai da troppi anni si trova? Innanzitutto, acquisendo *una maggiore visibilità*, cioè venendo a contatto con un pub-

blico più largo dal cui consenso ottenere comprensione e aiuto, al fine anche di superare quei pregiudizi e quelle diffidenze che ancora gravano sulla malattia mentale, su chi ne soffre e su chi ad essa si dedica (sono molto lontani i tempi in cui qualcuno diceva che la follia non esiste là dove non c'è la psichiatria o che la distinzione tra salute e malattia mentale sta solo nella testa degli psichiatri). E' per questo che prima lamentavo l'assenza degli psichiatri dai grandi temi etici, culturali e sociali che lacerano oggi la coscienza individuale e quella collettiva. Non per amore di protagonismo o di competizione con scienze ad essa contigue, ma per la consapevolezza dei contributi che può dare, *la psichiatria deve essere presente* nei talkshow che dilagano sui canali TV, sulla stampa, su tutti i mezzi di comunicazione che la moderna tecnologia ci mette a disposizione. Essa è per eccellenza una disciplina della comunicazione, cioè di quel mezzo che veicola la trama complessa delle relazioni inter-personali: le risse cui assistiamo nei dibattiti, il linguaggio volgare dei titoli di certe testate giornalistiche, l'arroganza con cui opinabili tesi vengono espresse con ossessiva ripetitività (impermeabile a qualsiasi momento di autocritica) sono vere e proprie *malattie della comunicazione*, di fronte alle quali non si può continuare a essere inermi spettatori. Certe affermazioni, espresse in termini dogmatici da politici o amministratori del bene pubblico, assumono sovente *l'aspetto di veri e propri deliri*, sia perché prive di oggettivi riscontri nella realtà quotidiana, sia perché dotate di quella certezza ideologica che non si piega di fronte all'evidenza storica dei fatti. Quella paranoica, insomma, è -come dicevo poche pagine prima- l'atmosfera che avvelena la nostra vita di tutti i giorni, una sorta di Stimmung che trae alimento dalle delusioni alle quali con ricorrenza esasperante andiamo incontro da qualche decennio. Certo, non si tratta della paranoia sanguinaria che ha oscurato la storia del XX secolo (e della quale ho fatto cenno in precedenza), ma di *una forma più sottile e*

meno drammaticamente visibile, che però fa anch'essa un numero incalcolabile di vittime (disoccupazione, tragedie nell'ambito domestico, povertà ingravescente, suicidi in preoccupante aumento nelle aree urbane, abbassamento del livello culturale delle classi giovanili, lesione della dignità delle donne, spesso soggette alla brama del piacere altrui, diffidenza sempre più accentuata nei rapporti tra cittadini dello stesso paese e tra quelli di un paese rispetto ad un altro, nel progressivo allontanamento da quel federalismo cui questo continente sembrava destinato fin dall'inizio del secondo dopo guerra del secolo scorso: tra le conseguenze di questa conflittualità cito l'aumento dell'incidenza delle malattie mentali in Spagna e in Grecia e quello dei suicidi nelle persone con meno di 65 anni, che si verifica in Europa dal 2007). Certo, non possiamo disconoscere che l'ambizione al suddetto federalismo deve fare i conti con la visione angusta, burocratica e monetaria che oggi abbiamo dell'Unione Europea, che resta una entità giuridicamente indefinibile.

Può sembrare ingenuo pensare che la psichiatria possa contribuire al superamento della crisi nella quale ci troviamo, che non è solo una crisi economica, finanziaria, politica, ma anche etica e sociale: una mina sotterranea che vaga pericolosamente in cerca della scintilla che la faccia esplodere. Può sembrare *utopica* la tesi di un contributo del genere: ma, come diceva Rousseau, essere troppo realisti è pericoloso in quanto, attenendosi esclusivamente a ciò che è fattibile, si finisce sempre per giustificare quel che si fa o, aggiungo io, quel che non si è fatto, e sarebbe lungo elencare tutto quello che in questi ultimi anni non si è fatto (e che se fatto, non ci avrebbe portato al punto in cui siamo o quantomeno avrebbe mitigato le condizioni di sofferenza, individuale e collettiva, nella quale questo paese, e con esso molti altri, oggi si trova). Oppure, a qualcuno può sembrare addirittura *provocatorio* pensare che la psichiatria possa dare un suo contributo al superamento di detta crisi. Ma

la provocazione può essere utile a riflettere sul fatto che noi, psichiatri, arroccandoci sull'aspetto esclusivamente medico della nostra disciplina, e rimanendo nel silenzio di fronte ai problemi del paese, deleghiamo ai cultori di altre discipline contigue il compito di approfondirne le cause, ora evidenti, ora nascoste. O, ancora, potrebbe essere visto come *il tentativo di conferire una velleità che alla psichiatria deve essere estranea*: quella di medicalizzare la normalità, interpretando in modo riduttivo lo sviluppo delle neuroscienze e della genetica e rischiando di delegare ad altri- neurologi e neuropsicologi- il compito di curare i sintomi mentali di malattie ritenute, appunto, cerebrali. Al contrario, farla uscire dall'indifferenza e renderla più visibile significa *riconsegnare alla psichiatria* (intesa nella sua accezione più ampia e non limitandola al suo aspetto clinico, di diagnosi e cura dei disturbi mentali) *un orizzonte di senso di più ampio respiro*, nel quale fare emergere, accanto e al di là delle sue capacità comunicative e argomentative, quelle dell'accoglienza e del rispetto nelle relazioni interpersonali - come recentemente ha ribadito Borgna - il che, in definitiva, si traduce nel dare aiuto all'uomo più fragile, riconoscendone la dignità e il diritto a non vedere minata la sua soggettività. Da troppi anni la politica viene meno sistematicamente al riconoscimento di tale diritto per cui una gran parte di cittadini, sani o malati che siano, vengono oggettivati da iniziative, prese di posizione, omissioni di intervento di fronte alle (pressanti) esigenze contingenti etc., con il risultato finale di sentirsi trascurati o beffati e, di conseguenza, indotti a dare la loro adesione a proteste inadeguate e troppe volte prepotenti, come la cronaca recente ha testimoniato.

Per quanto disciplina la più sguarnita tra quelle mediche in termini di riconoscimenti, risorse e finanziamenti, la psichiatria ha la forza del suo pensiero, delle sue radici culturali, dei suoi fecondi rapporti con la filosofia, la linguistica, l'antropologia e, per certi

aspetti, con la teologia e, addirittura, la teosofia. *Questo enorme patrimonio derivante dal suo polisemico sapere non può non essere messo al servizio della polis*, il che significa non rispolverare i (falliti) tentativi di applicare la politica alla psichiatria, ma, al contrario, guardando al presente e al prossimo futuro, *applicare la psichiatria alla politica* (fruendo, appunto, di quel patrimonio cui ho appena accennato).

Introduco a questo punto un'altra modalità che, articolata con quella della maggiore visibilità, costituisce anch'essa un contributo che la psichiatria può dare al superamento non solo della crisi attuale, ma anche di quelle che, purtroppo, non mancheranno in futuro. Il contributo ai metodi di argomentare e dialettizzare il confronto politico e sociale non è però esauriente. Esso si deve concretizzare anche sul piano dei contenuti e delle loro ricadute sul piano operativo. E qui *il discorso si articola con la dimensione medica del fare psichiatria*, una dimensione oggi di portata assai considerevole (purché non si cada in un assoluto riduzionismo, considerando l'azzeramento dei sintomi l'obiettivo principale da raggiungere e dimenticando quanto *la psicopatologia ci insegna sulla differenza che corre tra i sintomi e i vissuti*, differenza che distingue la psichiatria dalla restante medicina). *Il fare psichiatria significa anche fare prevenzione*. E cioè occuparsi dell'ambiente e *delle persone che lo abitano*: sono gli uomini che fanno i luoghi. Altrimenti sarebbe come fare pneumologia senza occuparsi dello smog che soffoca le nostre città metropolitane (e limitarsi alle conseguenze patologiche da esso derivanti). Come ha sottolineato Boncinelli anche recentemente, la personalità deriva dall'incontro tra i fattori genetici, casuali (detti anche stocastici) e biografici. Lavorando su questi ultimi, attraverso la sua maggiore visibilità e la sua partecipazione all'educazione dei cittadini al rispetto del prossimo, delle sue esigenze e delle sue diversità, la psichiatria può dare (deve dare) un contributo a prepararli

ad affrontare non solo alcuni aspetti della crisi attuale, ma anche ad attrezzarli eticamente e culturalmente a quelle che non mancheranno in un prossimo futuro.

Si deve dunque uscire da quell'isolamento nel quale la psichiatria sembra essersi calata, quasi timorosa di fronte ai progressi straordinari delle scienze (genetica, epigenetica, biologia molecolare, biochimica) e delle tecnologie, timore derivante anche dalla indisponibilità di indici biologici utili alla diagnostica precoce delle patologie di cui si occupa. Le modalità di formazione delle nuove leve psichiatriche saranno, a questo riguardo, decisive. Non vorrei che negli anni a venire qualcuno si domandasse che senso abbia continuare a studiare e applicare la psichiatria così come oggi la si studia e la si applica. In altre parole, si domandasse se essa è ancora necessaria, visto che l'operazione del 1976 - l'anno in cui il suo insegnamento a livello universitario si è differenziato da quello della neurologia - risulterebbe più che un divorzio una transitoria separazione: domanda questa - sul valore del continuare a esserci - che si pongono anche i cultori delle discipline umanistiche, in primis i filosofi, con i quali gli psichiatri condividono il potere del *logos* (si veda, a titolo di esempio, il contributo di Lyotard).

Questo paese sta subendo, ormai da qualche anno, la crisi più grave dal secondo dopoguerra del secolo scorso, e la sua classe dirigente non si è rivelata competente e, pur con le dovute eccezioni, moralmente e culturalmente all'altezza della situazione. Nella prima parte di questo testo ho fornito esempi delle contraddizioni, delle ingiustizie, delle incongruenze che connotano il clima e l'atmosfera nella quale ci troviamo a vivere come cittadini, pressati da carichi fiscali eccessivi e da assillanti problemi di lavoro, precario o incerto o addirittura assente, fino al limite della umana sopportazione. E mi sono posto la domanda se noi psichiatri, oltre che essere comuni cittadini che sentono anch'essi sulla loro pelle la gravità della situazione, possiamo, uscendo da una sorta di

scarsa o ininfluyente partecipazione, dare un contributo, a dir così professionale, alla soluzione della crisi in atto. *La mia risposta è sì*, purché lo si voglia e ci si impegni a farlo: *sensibilizzando* le istituzioni e i cittadini ai problemi della salute mentale, che sono problemi di salute pubblica, conseguenti, ma, a loro volta, aggravanti della crisi e, in contemporanea, orientando l'asse degli interventi verso la *prevenzione*, il che vuol dire occuparsi dell'ambiente, inteso come ecosistema culturale e sociale, operazione questa da privilegiare soprattutto nelle fasce adolescenziali e giovanili. La psicologia sociale da tempo ci ha insegnato che i comportamenti della massa, della folla, hanno le loro radici anche e soprattutto nella cultura e nell'educazione, a partire dai giovani e dai loro problemi, troppo spesso inascoltati.

Se detto auspicio si avverasse, alla domanda che ho posto all'inizio potremmo rispondere che questo Paese, anche grazie all'aiuto che gli ha dato una psichiatria diversa, è andato avanti sulla strada della sua maturazione, individuale e collettiva.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Boncinelli E., *Vita*. Bollati Boringhieri, Torino, 2013
2. Borgna E., *La dignità ferita*. Feltrinelli, Milano, 2013
3. Burkhardt H., *Sichöffnen und Sichschliessen*. Z. f. Psychol. und Psychother. 19, 1971
4. Giannelli A., *L'attualità della paranoia*. www.psichiatriaoggi.it, 2012
5. Lyotard J. F., *Perché la filosofia è necessaria*. R. Cortina, Milano, 2013
6. Meldini P., *Mussolini contro Freud*. Guaraldi, Firenze-Rimini, 1976
7. Zoja L., *La paranoia. La follia che fa la storia*. Bollati Boringhieri, Torino, 2011

Lettera all'Assessore alla Salute e al Presidente della Commissione Sanità della Regione Lombardia

*Egr. Sig. Dott. Mario Mantovani
Assessore alla Salute della Regione Lombardia*

*Egr. Sig. Dott. Angelo Capelli
Presidente della Commissione Sanità del Consiglio Regionale della Lombardia*

Gentilissimi,

lo scorso 11 dicembre si è svolto a Rho il Congresso della Società Italiana di Psichiatria – Sezione Regionale Lombardia, dedicato al tema del lavoro territoriale nei DSM tra criticità e nuove sfide.

Il Congresso, che ha visto la presenza di oltre duecento colleghi, ha formulato alcune riflessioni, che desidero sottoporre alla loro attenzione, con l'auspicio che possano essere un contributo offerto dai clinici della salute mentale alla riflessione costantemente attenta e partecipe che la Regione dedica alla psichiatria.

La crisi economica, i bisogni emergenti e l'acquisizione di nuove conoscenze impongono una riflessione sui modelli organizzativi dell'assistenza psichiatrica.

La sfida per i prossimi anni sarà quella di coniugare l'esigenza di razionalizzazione delle risorse, con il necessario rinnovamento dei modelli di cura, orientati a una maggiore efficienza ed efficacia e ad una maggiore integrazione nelle aree ad elevata complessità. Sarà necessario mettere in campo nuovi strumenti e nuove strategie perché i servizi psichiatrici siano in grado di affrontare in modo appropriato le crescenti richieste che vengono dal mondo sanitario e più in generale dalla società.

Il Congresso 2013 della Società Italiana di Psichiatria – Sezione Regionale Lombarda (SIPLo) affronta oggi le problematiche attuali della psichiatria, principalmente nella prospettiva delle attività territoriale dei DSM.

Le tematiche principali che sono state affrontate riguardano la psichiatria di comunità in tempo di crisi, la prevenzione in salute mentale, il governo clinico e i PDTA in psichiatria. In specifiche tavole rotonde si sono affrontate problematiche quali la cura dei soggetti affetti da disturbi psichici e autori di reato, l'integrazione tra psichiatria e altre discipline, l'inclusione sociale dei soggetti con disturbo psichico.

La SIP-Lo è consapevole sia delle crescenti esigenze e richieste da parte della popolazione, ove i disturbi psichici sono ampiamente diffusi rappresentando in Lombardia il 22% del carico globale di malattia, sia

IN PRIMO PIANO

dei nuovi bisogni portati dagli adolescenti e dai giovani, sia dell'emergere dei disturbi emotivi comuni e depressivi in forte aumento secondo i rilievi epidemiologici aggiornati.

I dati di attività mostrano inoltre che la cura dei disturbi mentali e l'impegno ad occuparsi dei problemi di salute mentale delle persone, non di rado correlati agli effetti della crisi, coinvolge sempre più i CPS, i servizi psichiatrici dei DSM delle Aziende Ospedaliere e gli operatori lombardi, ai quali sono attribuiti ulteriori e sempre maggiori compiti.

Servono nuove risorse, specifiche competenze formate, più integrazione con tutto il sistema dei servizi socio-sanitari e con i Medici la medicina generale.

Grazie alla collaborazione con le reti naturali, con le associazioni dei familiari e con gli utenti stessi e grazie all'esito favorevole dei programmi innovativi di salute mentale in termini di maggiore specificità di intervento e di risposta ai bisogni, si realizza un costante sforzo di miglioramento della qualità delle cure e della soddisfazione.

Le prospettive indicate, sulla base di considerazioni da tutti condivise, vanno nel senso di accrescere ulteriormente l'appropriatezza e la possibilità di accesso alle cure della popolazione.

In questo quadro complesso si avverte il reale bisogno di condizioni di certezza e di stabilità, quali quelle assicurate dall'attuale organizzazione regionale che prevede all'interno delle Aziende Ospedaliere, con tutte le specialità medico-chirurgiche, la presenza dei Dipartimenti di Salute Mentale, con la loro sperimentata consistenza e ricchezza di strutture, competenze e progetti e con la loro capacità di collegamento con i territori nell'ambito degli organismi di salute mentale, delle ASL e dei Comuni; organizzazione che, oltre a non reintrodurre discriminazioni in danno degli ammalati psichici, dà valore alle migliaia di casi (prevalentemente nei percorsi di consulenza e di assunzione in cura) non solo trattati, ma anche guariti presso i servizi psichiatrici pubblici di Regione Lombardia.

RingraziandoLi entrambi per l'attenzione, è gradito cogliere l'occasione per inviare, con i più cordiali saluti, i migliori auguri di serenità per le prossime Feste ed il Nuovo Anno.

Massimo Clerici, Massimo Rabboni

Presidenti Società Italiana di Psichiatria Sezione Lombarda (SipLO)



Influenza del deficit neurocognitivo sul funzionamento personale, sociale e lavorativo della schizofrenia: uno studio sperimentale

*Bechi Margherita**, *Cocchi Federica**,
*Bianchi Laura**, *Bosia Marta***,
*Buonocore Mariachiara**, *Guglielmino Carmelo**,
*Pigoni Alessandro****, *Spangaro Marco**,
*Smeraldi Enrico*****, *Cavallaro Roberto**

INTRODUZIONE

L'evoluzione delle capacità terapeutiche nell'ambito della schizofrenia, negli ultimi venti anni, ha alimentato le speranze verso un miglioramento della qualità di vita dei pazienti. Per "qualità della vita" si intende, ad oggi, il raggiungimento di un livello di funzionamento il più possibile vicino alla normalità in ambito personale, occupazionale e delle relazioni interpersonali. Fino agli anni '80 la cura di questa patologia era focalizzata sulla riduzione dei sintomi positivi e negativi, considerati come la manifestazione predominante della malattia. Queste linee di pensiero condizionarono notevolmente la riabilitazione psichiatrica, che difatti aveva una prevalente caratterizzazione sociale e che sanciva in parte l'estraneità dal processo riabilitativo di componenti cognitive di interesse primario. Nella seconda metà degli anni '70 e nei

primi anni '80, però, le neuroscienze dettero una spinta nelle direzione bio-psicosociale più marcata, infatti il condizionamento sui deficit cognitivi da parte dei neurolettici alimentò la necessità di sottolineare il ritrovamento di deficit neuropsicologici diffusi in pazienti schizofrenici e la loro probabile localizzazione in aree e reti neuronali specifici del cervello. Da ciò si iniziò a valutare il fatto che la riabilitazione doveva riappropriarsi degli elementi di partenza cognitivi individuali del deficit, integrandoli con le difficoltà derivanti dall'ambiente sociale. Così nacquero i primi approcci di riabilitazione cognitivo-comportamentale della schizofrenia, poi divenuti un elemento essenziale di qualsiasi intervento adeguato.

Si parla oggi di disfunzione corticale prefrontale nella schizofrenia perché i pazienti schizofrenici durante compiti che richiedano l'impiego di funzioni neuropsicologiche notoriamente legate all'integrità della corteccia prefrontale dorsolaterale, attivano in modo disfunzionale quell'area. Ciò rappresenterebbe quindi un cosiddetto endofenotipo della malattia più direttamente correlata al substrato biologico che non alla manifestazione sintomatologica. È infatti noto che il 75-85% dei pazienti schizofrenici ha un deficit cognitivo rispetto a controlli sani campionati per età ed educazione corrispondenti (1) e che gemelli discordanti e fratelli sani di pazienti schizofrenici mostrano in misura minore gli stessi deficit cognitivi. I deficit sono riscontrabili sin dall'esordio della malattia, e secondo alcuni studi precedono l'esordio della stessa e sono identificabili in disturbi dello spettro, quali il disturbo schizotipico di personalità (1). Una volta instaurato il deficit diviene un tratto stabile di malfunzionamento, indipendente dalla sintomatologia presente e

dalla fase di malattia. I principali deficit neuropsicologici associati alla schizofrenia e per cui sono state osservate relazioni con l'esito a lungo termine sono principalmente la memoria, l'attenzione e la funzione esecutiva.

Se il deficit neuropsicologico della schizofrenia non è stato univocamente e significativamente correlato e associato alle manifestazioni sintomatologiche "positive" e "negative", è sempre più evidente come esso abbia un importante influenza sull'outcome a lungo termine del deficit funzionale della schizofrenia (2). Lo studio dei deficit neurocognitivi e la loro correlazione con outcome funzionali ha origine da un'impostazione teorica semplice: se il soggetto schizofrenico ha una difficoltà, per inefficienza patologica, ad utilizzare domini neurocognitivi che vengono necessariamente utilizzati anche dalla semplice interazione con l'ambiente, la difficoltà a confrontarsi con lo stesso diviene enorme. La conclusione clinica di ciò è che la disfunzione neurocognitiva andrebbe quindi recuperata contemporaneamente o meglio preventivamente alla applicazione delle tecniche convenzionali di riabilitazione cognitivo-comportamentale (3), in modo da non trovarsi di fronte ad un passo limitante che riduce di molto l'efficienza dei trattamenti cognitivo-comportamentali e ne potrebbe spiegare molti fallimenti (4, 5). Per affrontare il deficit neurocognitivo, fattore limitante l'effetto delle tecniche di riabilitazione cognitivo-comportamentale e vocazionale (6), sono attualmente applicate strategie farmacologiche e neuroriabilitative. Della prima fanno parte sia i risultati ottenuti con i trattamenti antipsicotici stessi, che quelli ottenuti attraverso potenzianti specifici della neurotrasmissione ritenuta pertinente ai diversi deficit cognitivi con esiti contrastanti.

L'altra faccia del potenziamento del funzionamento cognitivo è rappresentata dalla "*cognitive remediation*": questa tecnica terapeutica è basata sul presupposto che le disfunzioni cognitive siano modificabili esercitando il soggetto all'uso ed evocando le riserve cognitive pertinenti attraverso lo stesso meccanismo o sviluppando altri meccanismi che appunto "rimedino" il deficit. Esistono

molti studi che ne comprovano l'efficacia a breve e lungo termine (7, 8) e che ne hanno studiato gli effetti sulla qualità di vita dei pazienti ottenendo buoni risultati.

Pertanto ancora più opportuno risulta essere lo studio delle ricadute dei deficit neurocognitivo sul funzionamento quotidiano dei pazienti schizofrenici.

Esistono già diversi lavori scientifici che indicano la presenza di una correlazione tra funzionamento del soggetto e prestazioni neuropsicologiche, su cui si basano gli interventi citati precedentemente. I primi studi condotti in tal senso si limitavano a delle misurazioni globali dell'andamento neurocognitivo, come ad esempio il quoziente intellettivo, per giungere a delle conclusioni altrettanto globali sul funzionamento dei pazienti. A questo sono susseguiti studi sempre più particolareggiati e specifici a partire dagli studi di Buchanan et al (9), che evidenziavano una relazione lineare e significativa tra cambiamento della prestazione alla Wechsler Memory Scale e funzionamento personale, relazionale e lavorativo misurato con la QLS, ai più recenti di Mc Gurk e Meltzer (10), in cui il funzionamento lavorativo risulta essere correlato alle funzioni esecutive, di vigilanza e di memoria di lavoro. Un grande passo avanti è stato spostarsi da un livello generale di investigazione ad una valutazione più specifica dei singoli deficit neurocognitivi e della loro possibile correlazione con specifici e selettivi outcome funzionali.

Foster Green (11) ha condotto un'analisi per determinare quale deficit restringesse il funzionamento dei pazienti schizofrenici. Partendo dall'ipotesi che prestazioni deficitarie in tali domini impedissero di ritenere, acquisire o apprendere skills necessari per affrontare il mondo e la vita di tutti i giorni, ha analizzato 17 studi in cui erano stati valutati i domini neurocognitivi o come misura, o come predittori, o correlati di outcome funzionali. Nonostante le differenze presentate nella metodologia, la tipologia di campionamento e l'analisi dei dati degli studi presi in esame, è stato possibile categorizzare i deficit neurocognitivi e i relativi domini funzionali. Verificando

quanto le correlazioni venissero replicate negli studi, Green ha potuto formulare tre concetti generali:

1. I deficit cognitivi sono implicati nel funzionamento globale dei pazienti schizofrenici
2. Alcuni deficit influiscono selettivamente e specificamente su outcome funzionali
3. I pazienti schizofrenici non appartengono ad un gruppo omogeneo nella manifestazione deficitaria, per quanto riguarda la gravità, la tipologia e l'espressione del funzionamento cognitivo.

Tali risultati sono confermati anche nello studio di Smith (12) in cui da un'analisi più specifica delle componenti del funzionamento sociale dei pazienti schizofrenici, è emerso come ad una carenza delle abilità in social problem solving siano fortemente correlati la memoria verbale secondaria, l'attenzione e i sintomi negativi, e debolmente correlati la memoria verbale immediata. Alla capacità di imparare e riacquisire abilità psicosociali, elemento determinante nel funzionamento sociale dei pazienti, sono fortemente correlate sia la memoria verbale primaria che secondaria così come l'attenzione e debolmente correlate le funzioni esecutive, i processi visivi, la velocità psicomotoria. Inoltre in letteratura è sottolineato come i sintomi psicotici non siano correlati con nessun outcome funzionale.

Partendo da queste osservazioni, il gruppo di Velligan (13) ha condotto uno studio il cui obiettivo era poter identificare se uno specifico deficit neurocognitivo fosse predittivo di uno specifico dominio funzionale. Pertanto è stata somministrata una batteria completa di test neurocognitivi a 40 pazienti schizofrenici, dopo un periodo di ospedalizzazione. Dopo un intervallo variabile di tempo (dai 12 ai 48 mesi) lo stesso campione è stato sottoposto alla misurazione del livello di funzionalità raggiunta nella vita di tutti i giorni, per poi effettuare uno studio di correlazione tra i deficit neurocognitivi precedentemente registrati e i nuovi dati. I risultati sono in parte concordanti con quelli

ottenuti da Green. Come per Green la memoria verbale è correlata a molti domini funzionali, l'attenzione è predittiva di un efficace comportamento sociale, così come i sintomi positivi non sono predittori di alcuni outcome e i sintomi negativi sono debolmente correlati al funzionamento dei pazienti.

Per quanto riguarda il funzionamento esecutivo, Velligan in parte si distingue da Green, in quanto sostiene che esso sia predittore della produttività lavorativa, confermando i dati dello studio di Lisaker (14), dell'indipendenza nello svolgere compiti e di una più globale concezione di competenza sociale. L'attenzione è significativamente correlata ad un outcome funzionale globale ma, più specificamente, è risultata essere predittiva dell'efficacia sociale e non di un buon rendimento lavorativo o di indipendenza nello svolgere compiti come in altri studi. Pertanto lo studio dei deficit neurocognitivi nella schizofrenia e la ricaduta di tali deficit sul funzionamento quotidiano diventa di importanza primaria, rendendoli dunque un bersaglio essenziale della terapia della schizofrenia, sia farmacologica, con farmaci antipsicotici e potenzianti le singole funzioni, sia riabilitativa, riorganizzando i processi psicoterapici attorno ad un nucleo neuropsicologico funzionale oltre che cognitivo comportamentale (15).

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Lo studio si propone valutare, in una popolazione Italiana di soggetti schizofrenici responder al trattamento con farmaci tipici ed atipici e clinicamente stabilizzati, le possibili correlazioni tra caratteristiche psicopatologiche residue, clinico-demografiche e di prestazione neuropsicologica e il funzionamento personale, sociale e lavorativo, nell'ipotesi di verificare l'esistenza di contributi diversi delle caratteristiche in studio ai diversi aspetti del funzionamento.

MATERIALE E METODI

Campione

Il campione esaminato è costituito da 103 soggetti diagnosticati come affetti da schizofrenia, tutti i sottotipi, secondo i criteri del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), reclutati tra i pazienti affetti all'ambulatorio dei disturbi psicotici e al servizio di riabilitazione del Dipartimento di Scienze Neuropsichiche dell'IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano.

I pazienti schizofrenici inclusi nello studio dovevano avere una sintomatologia clinica stabilizzata da almeno 6 mesi e una monoterapia antipsicotica altrettanto stabilizzata e corrispondente al trattamento a cui era stata osservata la migliore risposta anamnestica.

Per essere inclusi nello studio i pazienti dovevano inoltre avere un'età compresa tra i 18 e i 65 anni, non avere riscontri anamnestici di sofferenze e traumi perinatali, epilessia, traumi cranici, interventi neurochirurgici e malattie organiche a carico del sistema nervoso centrale, dipendenza da alcool o sostanze di abuso anche pregressa. Tali informazioni venivano raccolte dalla cartella clinica e implementate con un colloquio clinico.

Valutazioni

La *valutazione della psicopatologia* presente al momento dell'intera valutazione è stata effettuata attraverso la scala di valutazione PANSS (Scala di valutazione della sintomatologia positiva e negativa per la schizofrenia, Kay et al. (16)), somministrata da un medico specificamente addestrato e sottoposto a valutazioni regolari della inter-rater reliability.

La *valutazione della qualità della vita* è stata effettuata attraverso la scala di valutazione QLS (Quality of life scale, Henrichs et al., (17)), somministrata da un medico specificamente addestrato e sottoposto a valutazioni regolari della inter-rater reliability.

Il profilo neuropsicologico è stato valutato attraverso la somministrazione di una batteria testale raccolta per

valutare le funzioni più frequentemente compromesse nella schizofrenia. Tale batteria è composta da sette test neuropsicologici per la valutazione delle seguenti funzioni: Funzioni esecutive: Wisconsin card sorting test (WCST), Vigilanza e attenzione sostenuta: Continuous Performance test (CPT), Fluenza verbale: Test di fluenza fonologica e semantica, Working memory: Memoria e riordinamento di sequenze numeriche, Velocità e coordinazione psicomotoria: Compito motorio dei gettoni, Memoria verbale: Memoria di liste di parole ripetute, questi ultimi tratti dalla BACS (Brief assessment of cognition in schizophrenia, BACS, Anselmetti., (18)).

Analisi statistica

L'analisi descrittiva del campione ed i confronti tra gruppi sono stati effettuati con test statistici non parametrici (ANOVA di Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U-Test per confronto tra medie, Spearman rank correlation per correlazioni tra variabili), mentre test parametrici sono stati utilizzati per il confronto di frequenze (Chi square Test) e per i modelli di analisi di correlazione multipla (Stepwise multiple regression): in queste evenienze i dati grezzi sono stati standardizzati prima dell'analisi. In caso di test multipli sulla stessa variabile la significatività del test è stata controllata adottando la correzione di Bonferroni dopo avere rieseguito l'analisi sui dati grezzi standardizzati e sottoposti al corrispondente test parametrico.

RISULTATI

Analisi descrittiva

La *tabella 1* raccoglie le caratteristiche epidemiologiche psicopatologiche e di funzionamento del campione. La *tabella 2* contiene, espressi in medie deviazioni standard, le prestazioni ottenute ai test neuropsicologici effettuati: WSCT (variabile analizzata: percentuale di errori perseverativi), CPT (variabile analizzata: numero di bersagli persi), Fluenza verbale e semantica (variabi-

le analizzata: numero di termini prodotti), Working Memory (variabile analizzata: Numero delle serie di numeri riordinate e ricordate correttamente), Velocità psicomotoria (variabile analizzata: numero dei gettoni messi nel contenitore nei primi 30 secondi), Memoria Verbale (variabile analizzata: numero di items ricordati dopo 5 ripetizioni). Le variabili demografiche, psicopatologiche e cliniche, di funzionamento personale, sociale e lavorativo non differivano significativamente tra i gruppi di trattamento (ANOVA e ANOVA di Kruskal-Wallis).

ANALISI di correlazione multipla

La valutazione del contributo di variabili psicopatologiche (sottoscala sintomi positivi e negativi PANSS), clinico-demografiche (durata di malattia e scolarità) e di prestazione neuropsicologiche su ciascuna delle diverse componenti della QLS è stata affidata alla tecnica statistica regressione multipla 'stepwise'. Tutte le variabili, per garantire una più corretta applicazione della tecnica, sono state standardizzate. Il valore di F utilizzato per l'immissione della singola variabile nel modello è di 1

Le *tabelle 3/A, 3/B, 3/C* illustrano i modelli forniti dalla analisi di regressione "stepwise". I tre modelli, tutti altamente significativi ed esplicativi di una percentuale di varianza variabile dal 32 al 36%, sono risultati diversi sia nelle variabili ammesse a partecipare al modello dalla procedura "stepwise", sia nelle variabili, tra queste, risultate contribuire significativamente alla regressione. La *tabella 4* illustra, in modo comparativo tra le tre diverse componenti della QLS, le variabili inserite nei tre modelli di regressione multipla e quelle, tra esse che hanno un contributo significativo.

Discussione

Lo studio sperimentale ha permesso di verificare nei limiti imposti dal disegno, dalla popolazione e dalle metodiche di analisi scelte, la correttezza dell'ipotesi principale dello studio, e cioè la presenza di predittori clinici, clinico-epidemiologici e di prestazione neuropsicologica diversi per le diverse componenti del funzionamento dei

soggetti studiati.

I dati provenienti da altri studi risultano di per sé piuttosto discordanti, infatti in alcuni di essi (13, 5) sono particolarmente messe in luce le interazioni tra attività funzionali dei pazienti e deficit neurocognitivi e sono state trovate correlazioni deboli o anche assenti, tra sintomatologia negativa e positiva e outcome funzionali. Altri studi invece (19, 20) pur rilevando l'influenza dei deficit cognitivi nella schizofrenia, mettono in evidenza come la sintomatologia determini e sia buon predittore della qualità della vita dei pazienti schizofrenici. Tra le possibili spiegazioni di questa discordanza possono essere incluse la diversa numerosità dei campioni, la presenza nei campioni di soggetti in fase di esacerbazione o in uscita da un'esacerbazione acuta, la presenza di campioni misti di pazienti affetti da diagnosi di disturbo schizoaffettivo e schizofrenia, la presenza di trattamenti non controllati e di trattamenti farmacologici influenzanti la prestazione neuropsicologica come anticolinergici, la differenza nelle metodiche di analisi.

Anche il confronto dei nostri risultati con la letteratura fa emergere elementi di concordanza ed elementi di discordanza. Come nello studio di Green possiamo notare che la memoria verbale assume un'importanza notevole nel determinare la qualità della vita negli ambiti interpersonale e lavorativo. Green sostiene che la Memoria Verbale rivesta un ruolo fondamentale nell'acquisizione di Skills, in quanto il soggetto, durante un compito di memoria verbale, deve classificare (encoding) e richiamare (recall) il materiale per eseguire correttamente le istruzioni. Questo processo sembrerebbe quindi molto importante per il funzionamento ottimale e l'espletamento di un ruolo ben strutturato nella società. Lo stesso risultato viene riportato da Velligan con l'adozione di un'analisi analoga a quella scelta per il nostro studio.

I dati riguardanti le funzioni esecutive discordano in parte dai risultati presenti in letteratura. Nello studio di Lisaker et al. (14) le funzioni esecutive, misurate attraverso il WCST sono correlate e considerate predit-

tive di un buon funzionamento lavorativo, ma l'analisi statistica mostrava una debole significatività dell'effetto e su ogni variabile venivano effettuate più analisi senza correlazioni statistiche evidenti. Nel nostro studio invece rientrano nel terzo modello (vedi tabella 3/C) e sono solo debolmente associate con il funzionamento nell'area dell'autonomia personale. Di fatto la misurazione della performance esecutiva con il WCST include diverse componenti della funzione esecutiva, quali le capacità di planning, la flessibilità cognitiva e la working memory. E' quest'ultima componente che sembra essere particolarmente importante nel determinare la risultante funzionale nell'area del funzionamento occupazionale. Questo dato ben si accorda con i risultati di Smith et al, unico studio disponibile ad avere valutato in modo specifico, attraverso un test analogo di digit span, la working memory in relazione al funzionamento. Di fatto le componenti neuropsicologiche correlate significativamente all'outcome occupazionale, la working memory e la fluenza semantica, oltre alla memoria verbale sono sicuramente parti importanti della funzione esecutiva intesa in termini più globali e riferita alle reti neurali frontali e frontotemporali, note per essere alterate dalla patologia.

Si allontanano dai valori riscontrati in letteratura invece i dati relativi all'attenzione: se nello studio di Green (11) era collegata all'acquisizione di skills necessari per una ottimale vita nella comunità e alla soluzione di problem solving, così come nello studio di Corrigan et al. (21) e Penn et al. (22), era correlata all'efficienza sociale ed ad altre misure di possibile funzionalità globale, nel presente lavoro essa è solo debolmente correlata alla sottoscala del funzionamento lavorativo (vedi tabella 3/B). Il confronto può essere viziato dal fatto che molti studi hanno utilizzato misure di vigilanza piuttosto che di attenzione sostenuta e che i nostri pazienti non avessero dei livelli di psicopatologia produttiva interferenti con la performance di attenzione sostenuta.

Di fatto il nostro campione, per le caratteristiche di

ammissibilità allo studio, costituisce un esempio particolarmente rappresentativo della condizione di tratto della patologia schizofrenica, poiché tutti i pazienti erano omogeneamente responder al trattamento, che era stato scelto in termini sequenziali fino al miglior trattamento possibile ed avevano una condizione di stabilità clinica superiore a sei mesi. Negli studi citati il campionamento è molto eterogeneo e solo nello studio di Velligan, che peraltro conferma la memoria verbale come variabile neuropsicologica di maggior importanza per il funzionamento interpersonale e occupazionale, è stata adottata un'analisi di correlazione multipla 'stepwise', anche se i dati di prestazione neuropsicologica erano misurati all'uscita da una riacutizzazione e correlati alla performance funzionale a 3 anni. I campioni analizzati dalla maggior parte degli studi erano composti da pazienti ricoverati e spesso in fase di riacutizzazione (Green) e le previsioni fatte a lungo termine sugli outcome, piuttosto che sulla correlazione al tempo di osservazione.

Il nostro studio ha adottato un'ottica diversa che è quella della valutazione dei fattori influenzanti e/o limitanti la riabilitazione, all'interno di una 'fotografia' istantanea della condizione funzionale, neuropsicologica e psicopatologica di ciascun soggetto, considerando quindi un modello di performance risultante dall'integrazione dei diversi elementi, tutti presenti in quantità diversa in ciascun soggetto.

La correlazione, così importante, con la sintomatologia negativa in tutti i tre modelli ha fonti di spiegazione sicuramente nel bias legato alla sovrapposizione di alcuni items della sottoscala PANSS negativa ed altri rilevati dalla QLS nelle sue diverse componenti. La verifica successiva dei modelli, togliendo questa variabile dalla lista delle variabili da inserire nel modello stepwise, non ha però portato ad una modificazione sostanziale delle variabili incluse nei modelli e statisticamente significative, nella contribuzione al modello stesso, ma solamente ad una riduzione importante, di circa il 50% della percentuale di varianza spiegata dal modello. Questo fenomeno

mette in luce come possa essere difficile valutare questo ordine di effetti, dato che il dubbio circa la possibilità che la perdita di percentuale di spiegazione della varianza totale sia dovuta ad una ridondanza dell'informazione è legittimo, ma la valutazione completamente indipendente delle due variabili è di difficile realizzazione.

Di fatto una buona parte della letteratura riporta la sintomatologia negativa come correlata significativamente all'outcome funzionale, anche più dei deficit cognitivi stessi (19, 20), in cui i sintomi negativi sono migliori predittori rispetto ai deficit cognitivi di outcome funzionali. In altri studi la sintomatologia negativa stabilisce una debole relazione solo con lo svolgimento di problem solving e non correla con gli altri domini presi in esame (community outcome e acquisizione di skills o addirittura non correla ad alcuna delle variabili di funzionamento (23, 14, 11, 5, 13).

La sintomatologia positiva invece non è risultata essere correlata significativamente con nessun outcome funzionale, confermando la quasi totalità degli studi (20, 11, 5) anche se, data la natura del campione il ritrovamento era prevedibile.

Durata di malattia e scolarità invece 'caricano' in modo diverso sul fattore di funzionamento relazionale e di autonomia personale. Entrambe le correlazioni sono plausibili data la progressiva ingravescenza dello stigma schizofrenico nell'inserimento del paziente schizofrenico nel tessuto sociale con il perdurare della malattia. In assenza di un dato sul Q.I., la scolarità potrebbe essere un indice del livello premorbo raggiunto. Di fatto la correlazione si perdeva in una analisi di controllo, se si consideravano i soli soggetti con un'età di esordio superiore ai 24 anni.

In conclusione lo studio ha portato a confermare l'ipotesi di contributi diversi di psicopatologia, performances cognitive e variabili clinico-epidemiologiche alle diverse componenti della disfunzione personale, occupazionale e relazionale del nostro campione di pazienti schizofrenici. La lettura clinico-terapeutica di questi risultati suggerisce

che nei programmi riabilitativi debbano essere preventivamente valutati gli elementi di disfunzione cognitiva e la sintomatologia residua in modo da intervenire nel modo più idoneo, farmacologico, riabilitativo sociale e riabilitativo cognitivo-comportamentale e neurocognitivo a modificare in modo vantaggioso le diverse variabili che contribuiscono all'outcome, considerando il peso diverso delle stesse sulle diverse componenti del funzionamento.

Tabella 1. Caratteristiche clinico-demografiche e del funzionamento quotidiano del campione

Partecipanti	103		
Sex (F)	F=42	M=61	
	Media	Dev Std	ANOVA
Età	33.71	8.83	Ns
Scolarità	11.75	2.91	Ns
Onset	23.61	5.83	Ns
Durata malattia	10.10	7.00	Ns
PANSS positiva	14.23	6.22	Ns
PANSS negativa	19	8.14	Ns
PANSS generale	32.07	12.64	Ns
OLS P. Relazionale	23.31	11.63	Ns
OLS P. Lavorativa	9.57	8.48	Ns
QLS P. Autonomia	30.28	12.42	Ns

Tabella 2. Caratteristiche delle prestazioni neuropsicologiche nel campione

	Media	Dev Std	ANOVA
Funzioni esecutive	33.71	11.81	Ns
Memoria Verbale	34.2	11.6	Ns
Working Memory	17.12	4.9	Ns
Coordinazione psicomotoria	32.78	9.30	Ns
Fluenza fonemica	8.94	3.98	Ns
Fluenza semantica	14.92	5.44	Ns
Attenzione selettiva	37.25	34.95	Ns

Tabella 3/A.: Risultato dell'analisi di regressione per la variabile dipendente "Relazioni Interpersonali" (Q.L.S.)

R=,62007226 R²=,38448960 R² Aggiust.=,34602021

F(6,96)=9,9947 p<,00000 Errore Std. di stima:,79267

Variabili nel modello	BETA	Err. Std di BETA	B	Err. Std di B	t	p-level
PANSS negativi	-0,47	0,08	-0,47	0,08	-5,67	0,00
Durata malattia	-0,18	0,08	-0,02	0,01	-2,18	0,01
Memoria verbale	0,24	0,09	0,25	0,09	2,64	0,00

Tabella 3/B. Risultato dell'analisi di regressione per la variabile dipendente "Funzionamento lavorativo" (Q.L.S.)

R=,61970261 R²=,38403133 R² Aggiust.=,32442146

F(9,93)=6,4424 p<,00000 Errore Std. di stima:,80566

Variabili nel modello	BETA	Err. Std di BETA	B	Err. Std di B	t	p-level
PANSS negativi	-0,22	0,10	-0,22	0,10	-2,23	0,03
Fluenza semantica	0,36	0,11	0,45	0,15	2,99	0,00
Memoria verbale	0,25	0,09	0,34	0,12	2,7	0,00
Working Memory	0,24	0,09	0,25	0,10	2,5	0,01

Tabella 3/C. Risultato dell'analisi di regressione per la variabile dipendente "Autonomia Personale" (Q.L.S.)

R=,62805029 R²=,39444716 R² Aggiust.=,36323310

F(5,97)=12,637 p<,00000 Errore Std. di stima:,78217

Variabili nel modello	BETA	Err. Std di BETA	B	Err. Std di B	t	p-level
PANSS negativi	-0,49	0,07	-0,49	0,07	-6,30	0,00
Scolarità	0,18	0,08	0,06	0,02	2,27	0,02

Tabella 4. Prospetto riassuntivo del contributo di ciascuna variabile ai diversi modelli di correlazione con le sottoscale della QLS

Variabile	Relazioni Interpersonali	Funzionamento lavorativo	Autonomia personale
Scolarità		°	+
Durata di Malattia	+	°	
PANSS positivi		°	
PANSS negativi	+	+	+
Memoria verbale	+	+	
Fluenza verbale	°	°/+	
Fluenza semantica		+	°
Working Memory		+	°
Funzione esecutiva			°
Velocità psicomotoria			
Attenzione		°	

Legenda: ° variabile considerata dal modello ma non significativa
 + variabile considerata dal modello e significativa
 °/+ variabile considerata nel modello e con trend alla significatività (.1>p>.05)

* Istituto Scientifico San Raffaele, Dipartimento di Scienze
 Neurocliniche, Milano, Italia

** Institute for Advanced Study, IUSS, Center for Neurolinguistics
 and Theoretical Syntax (NeTS), Pavia, Italy

*** Università Vita -Salute San Raffaele, Milano, Italia

Contatto: cocchi.federica@hsr.it

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Gold J., Goldberg T., Kleinman J., Weinberger D.,
*The effects of symptomatic state and pharmacological
 treatment on the neuropsychological test performance of
 patients with schizophrenia and affective disorders.* In E.
 Mohr E, Brouwers P, eds, Handbook of Clinical Trials:
 The Neurobehavioral Approach, Swets & Zeitlinger,
 185-216, 1991.
2. Green C.A., Fenn D.S., Moussaoui D., *Quality of life in
 treated and never treated schizophrenic patients.*
 Acta Psychiatrica Scandinavica Vol.103: 131-142, 2001
3. Spaulding W. D., Reed D., Sullivan M., Richardson C.,
 Weiler M., *Effects of cognitive treatment in Psychiatric
 rehabilitations.* Schizophrenia Bulletin. Vol.25 no. 4, 1999

4. Bellack A.S. Gold J.M., *Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Problems, prospects, and strategies*. In Schizophrenia Bulletin Vol.25: 257-274, 1999
5. Green M.F., Kern R.S., Braff D.L., Mintz J., *Neurocognitive Deficits and functional outcome in Schizophrenia: Are we measuring the right stuff*. Schizophrenia Bulletin, Vol.26 no. 1, 2000
6. Smith T., Hull J., Goodman M., Hedayat-harris A., *The Relative Influences of Symptoms, Insight, and Neurocognition on Social Adjustment in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder*. Journal of Nervous and Mental Diseases Volume 187(2) February pp 102-108 1999
7. Cavallaro R., Anselmetti S., Poletti S., Bechi M., Ermoli E., Cocchi C., Stratta P., Vita A., Rossi A., Smeraldi E., *Computer-aided neurocognitive remediation a san enhancig strategy for schizophrenia rehabilitation*. Psychiatry Research 169, 191-196. 2009
8. Poletti S., Anselmetti S., Bechi M., Ermoli E., Bosia M., Smeraldi E., Cavallaro R., *Computer-aided neurocognitive remediation in schizophrenia: Durability of rehabilitation outcomes in a follow-up study*. In Neuropsychological Rehabilitation DOI: 10.1080/09602011003683158
9. Buchanan RW. Strauss ME., Holstein C., Breier A., *Neuropsychological impairments in deficits vs non deficit firms of schizophrenia*. Arch Gen Psychiatry Vol.51: 804-11 Oct, 1994
10. McGurk SR., Meltzer HY., *The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia*. Schizophrenia Research Vol.45: 175-84, October 2000
11. Green M. F., Ph.D., *Wath are the functional consequences of neurocognite deficits in schizophrenia*. American journal of psychiatry Vol.153:3, March 1996
12. Smith T.E., Hull J.W., Roomanelli S., Fertuck E., Waeiss K.A., *Syntoms and neurocognition as rate limiters in skills training for psychotic patients*. American Journal of psychiatry Vol. 156: 11, November 1999
13. Velligan D.I., Bow-Thomas C.C., Huntziger C., Ritch J., *Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adctive functioning in out patients with Schizophrenia*. American Journal of Psychiatry Vol. 157: 8 August 2000
14. LysaKer P., Bell M., Zito W.S., *Social skill at work: Deficit and predictors of improvement in schizophrenia*. Journal of Nervous and Mental Disease; Vol.183: 688-692, 1995.
15. Green M. F., Nuechterlein K.H., *Should Schizophrenia be tratted as a neurocognitive disorder?* Schizophrenia Bulletin Vol. 25, no.2, 1999
16. Kay Sr., Fiszbein A., Opler LA. *The positive and negative syntome scale (PANSS) for schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin Vol.13: 161-176, 1987
17. Henrichs D.W., Hanlon T.E., Carpenter W.T., *The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit Syndrome*. Schizophrenia Bulletin Vol.10: 388-398, 1984
18. Anselmetti S., Poletti S., Ermoli E., Bechi M., Cappa S., Venneri A., Smeraldi E., Cavallaro R., *The brief assessment of cognition in schizophrenia. Normative data for the Italian population*. Neurological Science. 29, 85-92. 2008
19. Ertugrul A., Ulug B., *The influence of neurocognitive deficits and syntoms on disability in schizophrenia*. Acta Psychiatrica Scandinavica Vol 105: 196-201, 2002
20. Bellack A.S., Sayers M., Mueser K., *Evaluation of social problem solving in schizophrenia*. Journal of Abnormal Pscology, Vol. 103: 371-378, 1994
21. Corrigan P.W., Wallace C.J., Green M.F., *Cognitive dysfunctions and psycosocial skill learning in schizophrenia*. Behavior Therapy. Vol 25: 5-15, 1994
22. Penn D.L., MueserK.T., Spaulding W., *Information processing and social competence in chronic schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin Vol. 21: 269-281, 1995
23. Mueser and Bellack, . Psychiatry Research Vol.57: 141-153, 1995

Un programma innovativo di individuazione e trattamento della depressione in gravidanza e nel post partum presso l’Ospedale San Carlo Borromeo di Milano

Bo Franca*, Tallarico Loredana*,
Grecchi Alessandro**, De Isabella Giorgio***,
Biffi Giuseppe****

“L’individuazione di queste patologie non è un fine in sé, l’essenziale è tentare di riportare nelle pratiche un’umanità e un rigore sufficienti affinché ciascuno trovi il suo posto”

Missioner, 2005

Il programma innovativo per l’individuazione e il trattamento della depressione nella gravidanza e nel post-partum TR-46 nasce dalla collaborazione tra il Dipartimento di Salute Mentale dell’Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo e l’ASL Milano 1 già nel triennio 2009-2011 e successivamente è stato prorogato tramite il finanziamento della Regione Lombardia (Decreto n. 3308 del 16 aprile 2013) a tutto l’anno 2013.

INTRODUZIONE

Sappiamo dalla letteratura che la depressione ha una variabilità tra il 15 e il 20% in gravidanza e tra il 10 e 15% nel post partum (1;2). Va considerato, inoltre, che chi soffre di depressione in gravidanza nel 40% svilupperà una depressione post partum e che chi ha sofferto di depressione nel post partum svilupperà nel 40% un episodio depressivo nelle gravidanze successive (3).

Sull’assunto che “per poter attuare una buona prevenzione precoce in campo perinatale, è necessario sostituire

una cultura basata sulla riparazione del danno con una che miri ad anticipare e creare le competenze genitoriali” (4), il progetto innovativo vuole impostare l’attività con l’obiettivo di prevenire, per quanto possibile, lo strutturarsi di presupposti psichici che possano rendere problematica l’esperienza della maternità, ridurre il senso di precarietà della donna in gravidanza sul doppio registro del biologico e del mentale, intervenire precocemente ed in maniera competente nel prevenire o comunque rimodulare l’eventuale disregolazione della relazione madre-bambino.

Per raggiungere tale obiettivo è parsa centrale l’esigenza di sviluppare una rete di Servizi in grado di garantire una prevenzione del disturbo depressivo nella gravidanza e nel post partum.

È nel corso della gravidanza, infatti, che la donna ha maggiori opportunità di entrare in contatto con il personale sanitario che, se opportunamente formato, può essere in grado di intervenire sui fattori di rischio al fine, se possibile, di ridurre la patologia perinatale e di intervenire, inviando ai Servizi specialistici, in caso di psicopatologia conclamata.

Una riduzione della prevalenza e dell’incidenza della depressione nella gravidanza e nel post partum, infatti, con valori lievemente inferiore ai dati presenti in letterature è stata riscontrata in un recente studio italiano suggerendo come questi dati possano riflettere il trattamento multidisciplinare offerto alle pazienti già nel corso dello studio (5).

STRUMENTI DI SCREENING

Lo screening viene effettuato attraverso la somministrazione, da parte di personale formato, della Edinburgh Postnatal Depression Scale (6) nella versione validata per la lingua italiana (7) e attraverso colloqui clinici volti a confermare la diagnosi.

La scala EPDS è un questionario composto da 10

quesiti che vengono posti alla donna a cui si chiede di segnare la risposta che più si avvicina a come si è sentita nell'ultima settimana.

Ad ogni risposta viene attribuito un punteggio attraverso la griglia di correzione, che varia da 0-3; con la somma dei punteggi ottenuti nei singoli item si rileva il punteggio totale.

Il cut-off è individuato a 12.

CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

Vengono incluse nel progetto diagnosi di episodio depressivo lieve, moderato e grave senza sintomi psicotici, sindromi depressive ricorrenti. Sono diagnosi di esclusione episodi depressivi "gravosi" che si verificano in contesti familiari particolarmente problematici e in storie che richiedono interventi multidisciplinari, disturbi di personalità di cluster A e B, doppia diagnosi, ritardo mentale, comorbidità psichiatriche gravi e preesistenti.

EQUIPE E TIPOLOGIA DI INTERVENTO

La composizione dell'equipe si è venuta a modificare nel corso degli anni. Inizialmente, nel primo triennio, erano coinvolti uno psichiatra, uno psicologo psicoterapeuta referente e due consulenti psicologi.

Ad oggi la composizione del gruppo è di uno psichiatra referente e due consulenti psicologi.

Le pazienti inserite nel progetto ricevono sia psicoterapia individuale che di gruppo (cognitivo-comportamentale), counselling di coppia e psicoeducazione (8;9;10).

Qualora venga riscontrata la necessità di un intervento farmacologico, le stesse vengono inviate al CPS di competenza (nel primo triennio la prescrizione farmacologica era di competenza dello psichiatra del progetto).

SINTESI DELL'ATTIVITÀ SVOLTA

La prima decisiva parte del lavoro inerente il programma innovativo ha visto nel triennio 2009-2011 un lavoro di costruzione della rete integrata di Servizi (fig. 1) che potesse permettere la valutazione e il trattamento del maggior numero di donne possibile coinvolgendo diverse figure professionali.

Sono state coinvolte l'ASL 1 e alcune associazioni sul territorio e, all'interno del nostro presidio ospedaliero, il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento Materno Infantile con le UOC di Psichiatria, Psicologia Clinica, Ginecologia ed Ostetricia e Pediatria.

Gli operatori sono stati contestualmente formati attraverso i canali ufficiali dell'ASL, riunioni organizzative ed eventi formativi. Sono stati coinvolti i Pediatri di Libera Scelta, i Medici di Medicina Generale, i punti Vaccinali, i Consultori, le Ostetriche e i Pediatri neonatologi.

È stata inoltre fornita una brochure informativa da consegnare agli utenti (fig. 2).

Nel progetto si è considerata l'opportunità di inserire anche i padri nel percorso terapeutico.

Solo dopo aver costituito questa rete integrata è stato possibile iniziare la fase operativa del progetto.

Tale lavoro ha permesso di effettuare, nel triennio 2009-2011, uno screening su 144 madri di cui 37 hanno avuto accesso al programma specifico per la depressione perinatale. Le 37 mamme che hanno avuto accesso al programma hanno dapprima effettuato uno screening psicodiagnostico che ha visto la somministrazione di scale specifiche per la depressione in aggiunta all'E.P.D.S., sempre somministrata, a cui si è aggiunto un percorso psicoterapeutico sia individuale sia di gruppo. Talvolta si è avuta difficoltà nel far accedere le neo mamme al percorso grupale, difficoltà che vengono spesso concretizzate nella paura di doversi assentare per diverse

ore dal proprio figlio e nella paura che quest'ultimo possa sentire la loro mancanza.

Altra criticità che si è presentata in modo rilevante nel primo triennio di attività del programma innovativo è stata quella di coinvolgere la figura paterna all'interno delle attività della famiglia.

Dal 2012 è stato possibile investire prevalentemente sul trattamento delle madri intervenendo preventivamente, grazie alla collaborazione con il reparto di Ostetricia e Ginecologia, nei corsi di preparazione alla nascita.

Nel corso di questi incontri è stato possibile sviluppare le tematiche seguenti:

1. Conoscere gli eventi legati alla gravidanza e al parto
2. Il rapporto con il proprio corpo durante la gravidanza, il travaglio e il parto
3. Conoscere le esigenze del neonato e favorire l'imprinting neonatale
4. Aspetti psicologici dell'allattamento: allattare non è solo nutrire
5. Aspetti psicologici della relazione madre-bambino: il bambino immaginario e il bambino reale
6. I cambiamenti nella coppia: aspetti relazionali e sessualità
7. Dalla coppia alla famiglia
8. Baby blues e Depressione post-partum

La possibilità di "entrare" nell'osservatorio privilegiato dei corsi di preparazione alla nascita ha permesso attivare lo screening su un campione di madri molto più ampio rispetto ai numeri del triennio precedente. Nel corso del 2012 sono stati effettuati 6 incontri di preparazione alla nascita, 10 nel 2013.

Nel solo 2012, infatti, sono state oggetto di screening 243 donne reclutate all'interno del reparto o dei corsi di preparazione alla nascita, di cui 23 sono state prese in carico con apertura di cartella clinica presso l'ambulatorio.

Delle utenti prese in carico 3 erano di nazionalità straniera (fig. 3 e 4).

La media dei punteggi EPDS è stato di 6,95 mentre

per le madri prese in carico il punteggio medio era di 18,48 (fig. 5).

Nel medesimo contesto è stato possibile somministrare la EPDS anche a 12 tra futuri padri e padri, nessuno dei quali ha raggiunto la soglia per la presa in carico.

L'età media del campione preso in carico era di 34 anni (fig.6).

Lo stato civile delle pazienti in carico al programma vedeva 13 coniugate e 10 nubili con una scolarità così suddivisa: 9 con un diploma di scuola media inferiore, 10 di scuola media superiore e 4 laureate.

All'interno del campione le madri avevano avuto precedenti gravidanze senza sintomi in 13 casi con 5 interruzioni di gravidanza di 1 terapeutica. Nell'unico caso di fecondazione assistita si è avuto un parto trigemino.

Di questo campione in 9 hanno abbandonato dopo una serie da 1 a 3 incontri e, alla fine dell'anno 1 sola aveva terminato la terapia positivamente.

Nel 2013 sono state sottoposte a screening 177 madri tra i corsi di preparazione al parto e in reparto. Tra queste ne sono state prese in carico 20 di cui 6 straniere (fig. 3 e 4). La media dei punteggi EPDS è stata di 7,76 mentre tra le prese in carico è stato di 15,05 (fig.5).

Nel medesimo contesto è stato possibile somministrare la EPDS anche a 11 tra padri e futuri padri nessuno dei quali ha raggiunto la soglia per la presa in carico.

La media dell'età per le donne prese in carico è stata di 32,9 anni (fig.6). Per quanto riguarda lo stato civile 7 donne risultano nubili e 13 coniugate, mentre rispetto alla scolarizzazione 10 donne possiedono un diploma di scuola media superiore e 10 la laurea.

Si rilevavano 3 gravidanze precedenti all'insorgenza dei sintomi depressivi, 4 aborti precedenti l'insorgenza dei sintomi e 2 gravidanze gemellari. In nessun caso si è ricorso alla fecondazione assistita.

Del campione 8 hanno abbandonato dopo una serie da 1 a 3 colloqui e, alla fine di novembre 2013, 3 pazienti avevano terminato positivamente il percorso.

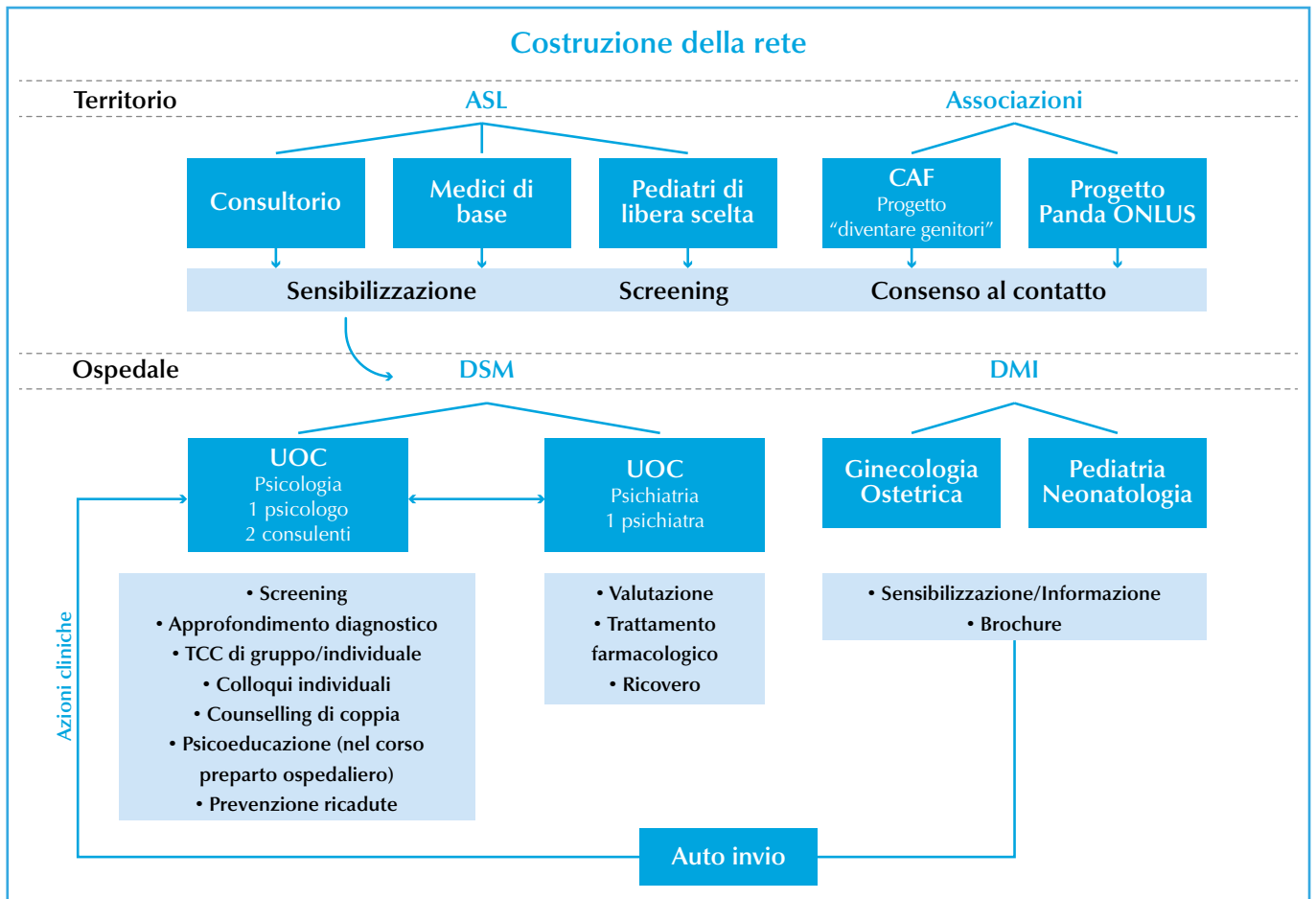


Fig. 1 - la costruzione di una rete integrata di Servizi in grado di valutare e trattare il maggior numero di donne possibili ha rappresentato la prima decisiva parte del lavoro del Programma Innovativo nel triennio 2009-2011

Finalità del Progetto

Diventare mamma rappresenta una esperienza entusiasmante ma anche molto complessa che comporta la costruzione di un nuovo equilibrio psicologico e con il compagno, non sempre facile da realizzare.

Per questo è normale che accanto alle prevedibili emozioni positive la neo-mamma viva anche momenti di sconforto e paura.

Se durante la gravidanza o dopo il parto la donna non si sente in forma e pensa di avere un problema di depressione post-partum può rivolgersi a del personale specializzato presente in ospedale con il quale potrà confrontarsi.



Come prendere appuntamento

Contattare:
Tel. 02-4022.2832
dal lunedì al venerdì
dalle 8.30 alle 13.00
e dalle 14.00 alle 16.00

Chiedendo del
**PROGRAMMA
PER LA DEPRESSIONE POST-PARTUM**

Verrete ricontattati
per fissare la data
del primo appuntamento

IL PROGRAMMA È TOTALMENTE GRATUITO

Progetto finanziato dalla Regione Lombardia
Decreto n° 3308 del 16 aprile 2013

Programma Innovativo TR37:
Trattamento integrato della depressione

Responsabile scientifico:
Dott. Giuseppe Biffi
Referente del Progetto:
Dott. Alessandro Grecchi
Collaborano al Progetto:
Dott.ssa Franca Bo
Dott.ssa Loredana Tallarico

Sistema Sanitario Regione Lombardia

OSPEDALE
SAN CARLO BORROMEO
ASPIRATA OSPEDALIERA



Dipartimento di Salute Mentale
Direttore: Dott. Giuseppe Biffi

PROGRAMMA INNOVATIVO per l'individuazione e il trattamento della depressione in gravidanza e nel post-partum

Unità Operativa Complessa
di Psichiatria
Direttore: Dott. Giuseppe Biffi

Unità Operativa Complessa
di Psicologia Clinica
Direttore: Dott. Giorgio De Isabella

Fig. 2 - Brochure informativa

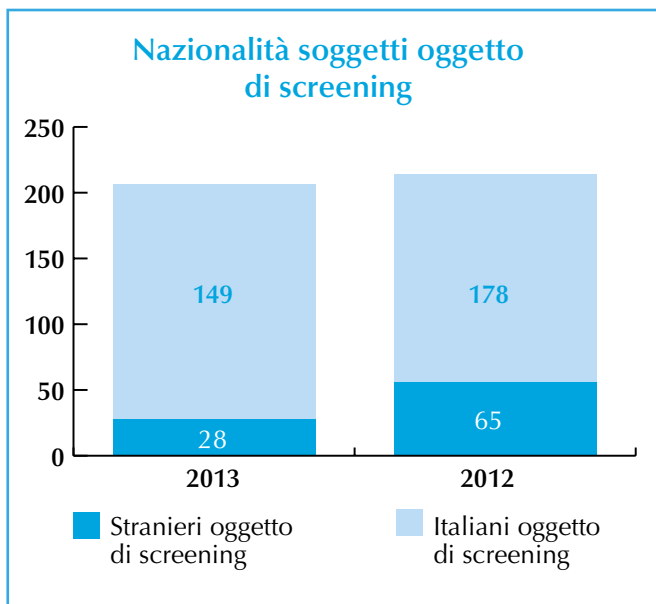


Fig. 3 - Sono state sottoposte a screening 243 donne nel 2012 e 177 nel 2013 a seguito della possibilità di intervenire all'interno dei corsi di preparazione alla nascita con una netta prevalenza di italiane

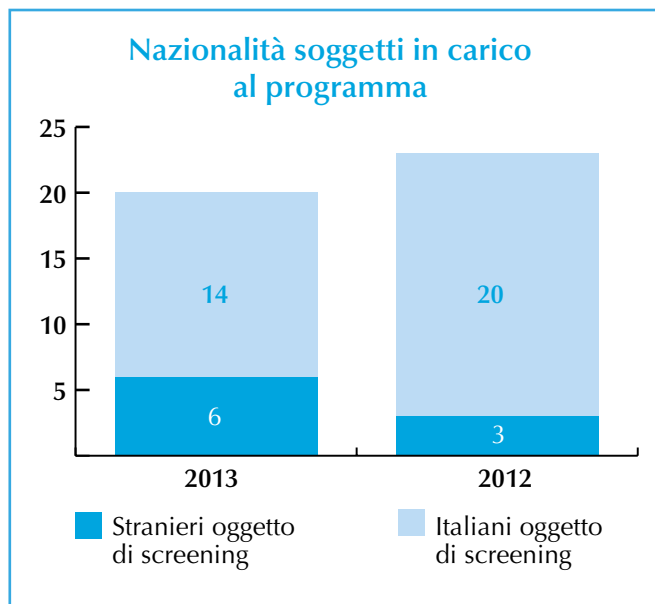


Fig. 4 - sono state prese in carico dal Programma Innovativo 23 donne nel 2012 e 20 nel 2013

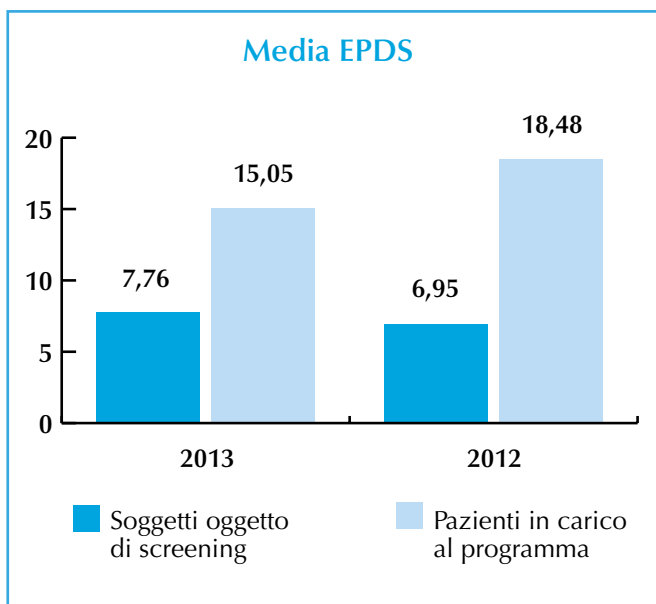


Fig. 5 - nel campione di donne in carico al programma sia nel 2012 che nel 2013 il punteggio medio della EPDS risultava superiore al cut off di 12

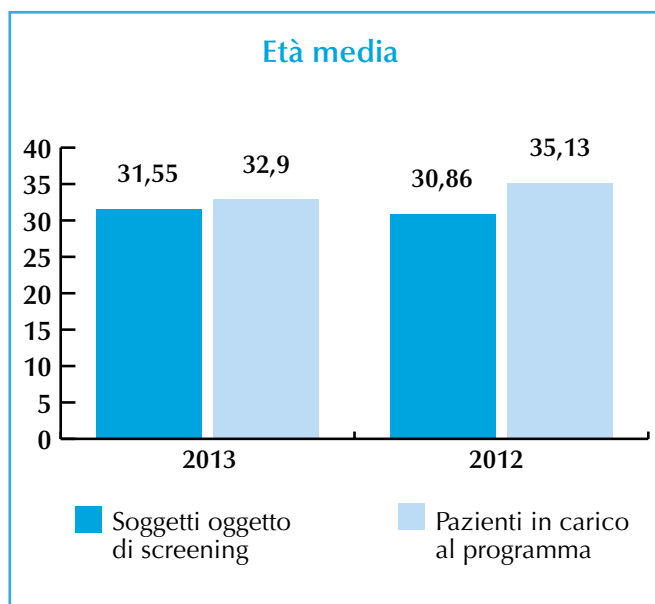


Fig. 6 - le pazienti prese in carico sia nel 2012 che nel 2013 presentano mediamente un'età maggiore rispetto all'intero campione sottoposto a screening

RIFLESSIONI SUL PROGETTO

Scrive Marinopoulos (2005):

“Un bambino può nascere solo dopo la nascita di sua madre. Prendersi cura della nascita significa prendersi cura della nascita della madre e di quella del bambino”.

Se un bambino può nascere solo dopo la nascita di sua madre e di suo padre, possiamo affermare che anche un programma innovativo può nascere solo dopo aver intessuto relazioni tra istituzioni che lavorano nell'ambito della maternità, relazioni che possono permettere ai futuri genitori di entrare in un “campo psichico” in cui i diversi specialisti e le diverse istituzioni collaborano insieme in un clima di stima e fiducia reciproca. Ecco perché la prima decisiva parte del lavoro inerente il programma innovativo ha visto nel triennio 2009-2011 un lavoro di costruzione della rete.

Tante volte durante i colloqui individuali le mamme che afferisco al programma innovativo parlano di fatica, di senso di responsabilità che le angoscia: *“Un conto è essere soli, decidere per sé, un conto è quando sai che c'è qualcuno che dipende da te. E se si comporterà male è perché lo faccio io?”*.

Queste tra le paure più grandi: *“Sarò capace?; Sarò perfetta?; Ce la farò?”*. Ecco che lavorando con le mamme che soffrono di depressione post partum si fa pressante il bisogno di confrontarsi con le proprie emozioni, talvolta anche molto intense, con la propria fragilità interiore, con la legittimità di certe emozioni che non possono trovare posto neppure nei pensieri ma che, talvolta nei casi più gravi, trovano posto negli agiti. *“Ma se voglio bene al mio bambino come posso anche solo pensare di scaraventarlo dalla finestra o di fargli del male? Solo che piange tanto e questo mi fa impazzire!”*.

Le mamme evidenziano come il pianto dei loro neonati, quel suono potente che penetra nel cervello come fosse un ultrasuono e che tiene sempre sveglia e angosciata senza sapere cosa fare sia un elemento inquietante e

difficile da tollerare. Quanta fatica nell'accompagnare il proprio figlio durante un pianto e nel comprendere che non c'è sempre una risposta per tutto e che talvolta ciò di cui il bambino ha bisogno è “semplicemente” la presenza dell'altro, ma non di un altro qualunque ma di qualcuno che gli cammina accanto e lo aiuta a trasformare gli elementi più primitivi in pensieri pensabili e a dare un nome alle cose proprio come le mamme da millenni fanno con i loro bambini.

Come riportato da Missonnier (4) i fattori di rischio materno per la depressione post partum riconosciuti sono numerosi: attesa “idealizzata” di essere genitori, difficoltà nell'accettare la notizia della gravidanza, disturbi psicosomatici della gravidanza, intensità della sindrome premenstruale, relazione povera e conflittuale con la madre, difficoltà familiari e separazioni precoci nell'infanzia, mancanza di supporto sociale, insufficienza di sostegno coniugale. Tra i numerosi indicatori gli eventi con potenzialità traumatica assumono un valore particolare come ad esempio la morte di un familiare, l'abbandono del padre del bambino e lo sradicamento dovuto all'immigrazione o l'annuncio di handicap o di malattia grave del bambino.

La fatica di queste mamme spesso è proprio quella di essere o di sentirsi sole e abbandonate durante la gravidanza o di aver concepito senza un reale progetto di famiglia, senza un bambino nella testa, trovandosi in quella che Veglia (11) definisce la dimensione riproduttiva tipica del cervello rettiliano e non la dimensione procreativa (neocorteccia) in cui il figlio rappresenta un progetto che i due futuri genitori hanno deciso di realizzare come segno tangibile della propria relazione affettiva.

Tutte le mamme che hanno preso parte al programma innovativo per l'individuazione e il trattamento della depressione in gravidanza e nel post partum, 23 nel 2012 e 20 nel 2013, presentano umore depresso per la maggior parte del tempo e una marcata diminuzione di interesse o di piacere per tutte o quasi le attività per la maggior parte del giorno. Hanno spesso idealizzato il loro futuro

bambino e in quasi la metà dei casi non hanno veramente desiderato questo figlio che è arrivato, inaspettato e inatteso, in alcuni casi accettato perché già era stata provata l'esperienza dell'aborto che aveva lasciato un senso di sofferenza molto grande nella donna che lo aveva vissuto.

Rispetto alla relazione di coppia e con il partner la maggioranza delle pazienti che afferiscono al progetto giudicano per lo più la relazione con il proprio compagno carente e insoddisfacente, poiché si sentono poco supportate emotivamente: in molti casi (circa un terzo del campione) sembra che la depressione post natale esaspera i problemi di coppia già presenti durante la gravidanza.

Nel nostro campione purtroppo, i padri sembrano avere poco presenti nei loro pensieri i propri figli e le mogli, che vengono lasciate, per lo più sole ad affrontare un percorso di psicoterapia individuale o di gruppo. Infatti solo tre padri hanno partecipato al lavoro di gruppo nel 2012 e tre al lavoro di coppia nel 2013. I padri spesso forniscono motivazioni pratiche (ad es. gli orari lavorativi) per giustificare la propria impossibilità a prendere parte al progetto, impossibilità che spesso le neo mamme riferiscono sentire, in realtà, come un bisogno di fuggire da una situazione angosciante e sconosciuta quale è quella della maternità e paternità.

Solo in un caso si è potuto effettuare un percorso di psicoterapia individuale sia del padre che della madre, unitamente ad un percorso di terapia di coppia e una parte di gruppo di psicoeducazione. Tale lavoro di terapia individuale avvenuto in parallelo per i coniugi tuttavia ha preso le mosse da gravi problematiche di salute fisica di entrambi i coniugi affetti da patologia organica piuttosto grave.

Complessivamente quattro donne si sono trovate a vivere la propria gravidanza in completa solitudine perché abbandonate durante la gestazione con profondi sentimenti di angoscia e isolamento. In due casi, inoltre, la gravidanza è stata gemellare, elemento che ha ulteriormente acuito le difficoltà di gestione, anche pratica dei figli essendosi trovate le madri ad affrontare la

situazione gemellare in completa solitudine a partire dal quinto e dal sesto mese di gestazione. Si è inoltre seguita una mamma con gravidanza multipla che ha sofferto di depressione post partum anche a causa della gravidanza trigemina avvenuta in concomitanza con la perdita della propria madre.

In generale appare abbastanza evidente la reticenza delle future mamme a parlare di depressione post partum sia che questo avvenga durante il percorso di preparazione alla nascita, sia che i dati vengano raccolti durante i giorni di degenza successivi al parto.

Il lavoro di prevenzione e individuazione precoce effettuato nell'ambito del Programma innovativo ha visto la somministrazione della Scala di Edinburgo (EPDS) ad un vasto campione ma nonostante ciò è risultato piuttosto difficile prendere in carico, fin da subito, le situazioni il cui punteggio all'EPDS fosse superiore al cut off. Inoltre, dato su cui potrebbe aprirsi una riflessione, l'età media delle donne prese in carico è superiore a quella dello screening. Dalla nostra esperienza appare maggiormente possibile occuparsi con una presa in carico psicologica delle future mamme in quei casi in cui le stesse hanno avuto un contatto privilegiato con gli operatori, ad esempio attraverso una conoscenza diretta della psicologa all'interno del percorso di preparazione alla nascita o su invio e segnalazione di operatori che hanno seguito l'intero percorso della nascita.

Tali difficoltà sembrano essere elevate sia nel caso di donne italiane sia straniere le quali sembrano poter accedere al programma se sollecitate dal partner o se inviate dal Centro di Salute e di Ascolto per le Donne Immigrate, presente in ospedale, a cui le neo mamme si rivolgono principalmente per problematiche legate alla lingua oltre che a situazioni di disagio sociale. Con gli operatori del Centro di Salute e di Ascolto per le Donne Immigrate così come con gli operatori del Servizio Soccorso Rosa, attivo in ospedale, adibito ad accogliere le situazioni di violenza, nel 2013 è stato possibile stringere una collaborazione e seguire quattro casi di depressione

peri e postnatale legate a condizioni di vita disagiate e a isolamento sociale ed affettivo.

La situazione migratoria, come è noto, riattiva in modo drammatico la perdita del punto di riferimento rappresentato dal gruppo di base e tale elemento può fortemente influire sulla realizzazione del progetto di maternità che spesso accade in modo inconsapevole. L'assenza di una condizione sociale e familiare stabile, oltre alle difficoltà connesse alla propria storia di rifugiata politica sono stati gli elementi che hanno portato una paziente del programma a riflettere circa le proprie difficoltà ad assumersi un ruolo attivo e consapevole nella propria maternità e a confrontarsi con l'immagine reale e fantasmatica dei propri genitori di cui si è dovuto elaborare il lutto poiché tutto il villaggio in cui la paziente africana risiedeva è stato distrutto in un attacco di guerriglia tra bande rivali. Statisticamente le mamme straniere non accedono al programma innovativo: solo nove sono infatti gli accessi di mamme non italiane nel biennio appena concluso.

Tra le criticità rilevate rispetto allo svolgimento del programma sottolineiamo la difficoltà a favorire l'accesso di mamme straniere così come la difficoltà dei padri di partecipare alle attività.

CONCLUSIONI

Data la difficoltà a reclutare le neo mamme che mostrano di avere ancora molti stereotipi, appare evidente stringere maggiormente relazioni con quelle figure professionali che quotidianamente si trovano ad interagire con le neo mamme e i neo papà. Risulta, infatti, a nostro avviso molto importante coinvolgere i Pediatri di Libera Scelta e i medici della UOC di Pediatria, al fine di sensibilizzarli all'individuazione precoce dei fattori di rischio per la depressione post partum e all'invio tempestivo al programma innovativo.

Altro elemento che ci pare cruciale nel proseguo del

progetto potrebbe essere la validazione della scala EPDS per i padri. Tale ipotesi affonda le sue radici nella possibilità di strutturare una scala volta a rilevare una effettiva necessità di interventi nei confronti dei padri. Questi, infatti, dalla nostra esperienza sembrano mostrare delle difficoltà che sarebbe utile indagare per discriminare tra umana condizione e condizioni meritevoli di attenzione clinica.

**U.O.C. Psicologia Clinica, **U.O.C. Psichiatria,*

**** Direttore U.O.C. Psicologia Clinica,*

*****Direttore DSM A.O. "Ospedale San Carlo Borromeo" Milano*

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Muzik M., Markus S.M., Heringhausen J.E., Flynn H., *When depression complicates childbearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care.* *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2009; 36(4):771-88.
2. Yonkers K.A., Wisner K.L., Stewart D.E., Oberlander T.F., Dell D.L., Stotland L., Ramin S., Chaudron L., Lockwood C., *The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists.* *Gen Hosp Psychiatry*, 2009; 31(5): 403-413.
3. Austin M.P., *Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depression and anxiety: where to from here?* *Arch Womens Ment Health*, 2004; 7(1):1-6.
4. Missionnier S., *La consultazione terapeutica perinatale. Psicologia della genitorialità, della gravidanza e della nascita.* ed. Cortina, 2005.
5. Banti S. Mauri M., Oppo A., Borri C., Rambelli C., Ramacciotti D., Montagnani M.S., Camilleri V., Cortopassi S., Rucci P., Cassano G.B., *From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression-research & screening unit study.* *Compr Psychiatry*, 2011; 52 (4), 343-351.
6. Cox, J.L., Holden J. M., Sagowsky R., *Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale.* *British Journal of Psychiatry*, 1987;150: 782-786.
7. Carpiniello B., Pariente C.M., Serri F., Costa G., Carta M.G., *Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy.* *J Psychosom ObstetGynaecol.* 1997;18(4):280-285.
8. Piacentini D. et al., *Prevalenza dei fattori di rischio nella depressione post partum.* In "Epidemiologia e Psichiatria Sociale" vol. 18 n.3, luglio-settembre 2009.
9. Piacentini D et al., *Risultati di un intervento cognitivo comportamentale manualizzato nella depressione post partum.* In "Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale" vol. 15 n.3, 2009 pag. 379-389.
10. Piacentini D et al., *Efficacia di un intervento cognitivo comportamentale manualizzato nella depressione post partum.* In "Rivista di Psichiatria", 2011,46,3, pag.187-194.
11. Veglia F., *C'era una volta la prima volta*, Erickson, Trento, 2003.

L'intervento in adolescenza e sugli esordi psicopatologici: complessità cliniche e criticità organizzative

Grecchi Alessandro, Migliarese Giovanni***

INTRODUZIONE

La realtà clinica che si trovano ad affrontare i medici e gli operatori nei Servizi di Salute Mentale sta progressivamente mutando evidenziando, tra i bisogni emergenti, la necessità di studiare strategie di intervento adeguate al trattamento dei disturbi psichiatrici con esordio in adolescenza e la transizione dei nuovi utenti dai Servizi di Neuropsichiatria Infantile alla Psichiatria.

Come evidenziato dai documenti stilati dai GAT (Gruppi di Approfondimento Tecnico) all'interno dell'area dello sviluppo e innovazione nell'area dell'infanzia e dell'adolescenza, in Lombardia, infatti, la prevalenza degli accessi degli adolescenti ai Servizi NPIA e psichiatrici è bassa (2,5% a 15 anni, 1,7% a 17 anni) a fronte di un andamento inverso nella prevalenza per età dei ricoveri per diagnosi psichiatrica (3% tra 11 e 17 anni) e di un aumento del 64% dei ricoveri per diagnosi psichiatrica nella fascia d'età tra i 14 e i 17 anni tra il 2001 e il 2008.

Il nodo principale da sciogliere riguarda la "diagnosi d'ingresso" laddove il processo diagnostico risulta essere in itinere e la distinzione tra patologia e umana condizione, facilmente distinguibile retrospettivamente, rischia di condurre ad un overtreatment con conseguenze, lavorando nei Servizi, anche di ordine medico legale. I criteri diagnostici su cui basiamo il nostro ragionamento clinico ci vengono perlopiù da categorie derivate da pazienti con un medio-lungo percorso di malattia. L'attesa della comparsa della soglia di sintomi per cui poter fare diagnosi rischia di ritardare il trattamento riducendo i percorsi di cura successivi a palliativi e rinforzando la

percezione pubblica di una relativa impotenza terapeutica dell'intervento psichiatrico (16). Inoltre, la presentazione spesso atipica della sintomatologia all'esordio rischia di produrre un numero elevato di imperfezioni diagnostiche e interventi solo parzialmente efficaci (16). In quest'ottica, la stigmatizzazione associata alla diagnosi psichiatrica nei minori e l'assenza di ricerca rappresentano una barriera che impedisce alla clinica psichiatrica di raggiungere gli stessi successi in termini di prevenzione e trattamento precoce di altre branche mediche.

In Italia, per come è strutturata la rete di Servizi Psichiatrici, qualunque servizio territoriale, con un bacino d'utenza determinato, diventerà responsabile della maggior parte di tutti i nuovi casi di "patologia mentale grave" della zona di competenza (eccetto quelli transitori e che si risolvono spontaneamente). Da questa coorte, nel giro di alcuni anni, originerà il sottogruppo di utilizzatori regolari e cronici del servizio e cioè alla maggioranza dei pazienti (17). Questa eventualità rende necessaria la programmazione di interventi integrati di prevenzione specifica che abbiano l'obiettivo di intercettare quegli utenti che pur essendo sintomatici e non motivati da sofferenza attuale presentino un'anormalità clinica dimostrabile. Questi interventi devono essere indirizzati ad individui ad alto rischio, che presentano segni o sintomi minimi, ma individuabili, che facciano presagire un disturbo mentale, ma che non soddisfano i requisiti diagnostici attuali (1).

Molte patologie psichiatriche hanno il loro esordio in età evolutiva, e se non adeguatamente e tempestivamente trattate, possono determinare conseguenze assai significative in età adulta sia per quanto riguarda la salute mentale che le condizioni di invalidità e non autosufficienza (24). Nel caso dei disturbi psichiatrici ad esordio in età adolescenziale vi sono però alcuni aspetti peculiari connessi alla specificità dei disturbi neuropsichici e agli interventi in età evolutiva. Le specificità appaiono di tipo clinico e organizzativo, soprattutto in quelle situazioni che richiedono una presa in carico multidisciplinare di

lunga durata, con interventi complessi e coordinati di diagnosi, trattamento e riabilitazione che coinvolgano la famiglia e i contesti di vita. Un sistema integrato e completo di servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza richiederebbe quindi la presenza di équipes multidisciplinari composte di tutte le figure professionali necessarie a garantire gli interventi ed un adeguato range di strutture (ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, di ricovero), entrambe indispensabili per garantire i LEA.

Nonostante le indicazioni previste nei Progetti Obiettivo Materno-infantile e Salute mentale e i successivi approfondimenti nelle Linee di indirizzo per la Salute mentale, la situazione dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza è disomogenea nelle diverse regioni e, in taluni casi, presenta evidenti carenze. Particolarmente critiche appaiono le risposte ai disturbi psichiatrici in adolescenza, soprattutto al momento dell'acuzie (con la pressochè assoluta assenza di strutture ospedaliere dedicate al ricovero di situazioni d'urgenza) e l'intervento precoce e la presa in carico nelle disabilità complesse e dello sviluppo. Appare infine problematica anche la transizione tra i servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta, sia per una diversa organizzazione dei servizi, sia perchè lo scoglio della maggiore età appare del tutto arbitrario in situazioni che clinicamente prevederebbero una costanza dell'ambiente di cura (e del personale che ha in carico una determinata condizione clinica) almeno fino al termine dello sviluppo evolutivo (indicativamente i 24 anni). Nell'attuale assenza di strutture psichiatriche dedicate all'intervento in età adolescenziale (14-24 anni) appare quindi fondamentale che le Regioni - nell'ambito delle proprie autonomie - migliorino la risposta ai bisogni degli utenti affetti da disturbi neuropsichici dell'età evolutiva e attivino uno stabile sistema di monitoraggio (21). Diviene pertanto necessaria l'individuazione di protocolli realmente operativi di intervento negli esordi psicopatologici e di integrazione tra la Neuropsichiatria Infantile e la Psichiatria per garantire una continuità di cura adeguata. All'interno di questa cornice analizzeremo

due casi clinici che ci possano permettere alcune descrizioni delle problematiche che si affrontano nel contesto della pratica clinica.

CASO CLINICO N.1

Prima visita

L. ha 19 anni e si presenta accompagnato dal padre e dal fratello più grande (24 anni). L'accesso in CPS è stato accettato dal paziente e richiesto invece dal padre, preoccupato per una situazione clinica che mostrava un rapido e progressivo peggioramento. Il padre imprenditore, estremamente pragmatico, aveva prima messo in contatto il figlio con una psicoterapeuta, poi, vedendo il progredire del peggioramento clinico ha deciso di fissare una visita psichiatrica in CPS. Il figlio ha accettato passivamente.

Anamnesi psicopatologica prossima

Nel corso delle ultime settimane L. si era mostrato sempre più chiuso e reticente, e da alcuni giorni ha iniziato a non parlare e a non alimentarsi. Da un paio di settimane ha abbandonato la frequenza scolastica (doveva fare l'esame di maturità pochi mesi dopo). Viene riferito un saltuario abuso di cannabis negli ultimi 3 mesi. Non risulta invece uso di alcolici. Vengono riferiti dai parenti discorsi sconnessi riguardanti la morte.

Modalità di accesso al colloquio

La prima visita è pressochè interamente occupata dal colloquio con i familiari in quanto L. non parla e rimane silenzioso, con lo sguardo basso e apparentemente allucinato, in un angolo dello studio. Il padre non pare del tutto sorpreso della situazione del figlio, che ha sempre considerato come il più sensibile e fragile della famiglia. L. analizza lo studio con aria angosciata e pur non parlando riesce a compilare alcune scale cliniche autosomministrate che di routine vengono proposte in CPS a soggetti di giovane età. I risultati dei test indicano una situazione al

confine tra aspetti chiaramente psicotici/interpretativi e aspetti depressivi, in una situazione dominata da una fortissima quota d'ansia.

Anamnesi psicopatologica remota

Non si apprezzano alterazioni del funzionamento psichico fino all'età di 12 anni, quando, in seguito alla perdita della madre per neoplasia, il paziente presenta una sintomatologia compatibile con lutto complicato (circa un anno), non trattata. Riferito successivo benessere fino ai 17 anni quando inizia nuovo periodo caratterizzato da peggioramento dei risultati scolastici, ritiro socio-relazionale, ridotta cura di sé, apatia. Tale episodio ha portato a una riduzione delle capacità scolastiche tanto che L. è stato bocciato al 4 anno del liceo scientifico in seguito a un rapido peggioramento delle performance.

Anamnesi medica

Silente

Anamnesi familiare

Padre senza precedenti psichiatriche (nonostante temperamento tendenzialmente ansioso e ipertimico). Madre con dubbio episodio depressivo post-partum. Zia materna con ansia generalizzata in trattamento con benzodiazepine da anni.

Decisioni cliniche successive al primo colloquio e andamento clinico nel tempo

La situazione clinica (diagnosi iniziale effettuata "episodio psicotico acuto") suggerisce di proporre un breve ricovero ospedaliero, in modo da impostare una terapia idonea ed effettuare una più approfondita valutazione diagnostica, anche testale. Il rifiuto del paziente e della famiglia a questa ipotesi si associa a una buona disponibilità ad assumere trattamenti indicati e a effettuare visite frequenti presso il servizio, in modo da monitorare la situazione clinica, non suggerendo il ricorso al ricovero obbligatorio. Viene definito quindi un case manager e il

paziente viene accolto giornalmente per l'impostazione della terapia farmacologica presso il CPS. Si provvede poi a fissare degli incontri con i familiari sia di tipo informativo che di tipo psico-educazionale. La terapia farmacologica con lorazepam e aloperidolo causa una rapida lisi dell'angoscia tanto che al colloquio successivo il paziente si presenta da solo e riesce ad accedere al colloquio in prima persona. In occasione della visita riferisce una sintomatologia depressiva iniziata vari mesi prima, che accanto a manifestazioni tipicamente neuro-biologiche (sonno poco riposante e disturbato, riduzione dell'appetito, anergia, apatia, disinteresse sessuale) mostra la presenza di pensieri di colpa relativi al lutto materno e una forte tendenza all'auto-svalutazione. Accanto a questa sintomatologia, che ben conosce e bene riesce a descrivere, L. riferisce anche la presenza di sintomi più sfumati ed insorti più recentemente, soprattutto in seguito a uno sporadico abuso di cannabis con gli amici: manifesta infatti una sensazione di estraniamento in cui fatica a riconoscere i propri confini e in cui il proprio pensiero risulta influenzato da quello degli altri, che viene vissuto come intrusivo e giudicante, riducendo gli spazi di intimità. Sono presenti allucinazioni uditive commentanti, non particolarmente chiare, ma presenti in sottofondo, che si accentuano soprattutto alla sera quando fatica ad addormentarsi. Nello stesso momento della giornata riferisce di aver sperimentato anche fenomeni dispercettivi visivi angoscienti.

La relazione con L. si instaura in modo positivo: si sente accolto ed ascoltato e si mostra curioso ad effettuare un lavoro che cerchi di inserire i sintomi all'interno della sua storia personale, dando loro un senso. Appare collaborante nell'assunzione della terapia farmacologica, che gli permette una migliore gestione dell'angoscia. In circa due mesi si assiste a una completa scomparsa della sintomatologia psicotica ed emergono via via più chiaramente gli aspetti depressivi già accennati alle prime visite. Si decide di modificare la diagnosi clinica (episodio depressivo maggiore con sintomatologia psicotica) e la

terapia, introducendo un antidepressivo. Gli incontri con la famiglia riescono a ridurre il clima di allarme presente durante i primi incontri e iniziano inoltre a creare le condizioni di un distacco tra L. e il padre. L., su sua richiesta, inizia, all'esterno del CPS, un intervento psicoterapico che lo aiuta a lavorare sulla propria storia, sulle proprie aspettative e il suo rapporto col padre, che inizia a trasformarsi gradualmente e diviene via via più maturo. Si può così ridurre gradualmente la frequenza delle visite in CPS e in alcuni mesi si assiste a una completa restitutio ad integrum, con ripresa della frequenza scolastica e di un buon funzionamento socio-relazionale. Dopo due anni la terapia farmacologica viene sospesa ma L. prosegue la terapia psicologica. A distanza di circa tre anni dalla prima visita L. presenterà, a distanza di quasi un anno dalla sospensione della terapia antidepressiva e a quasi 2 dalla sospensione di quella antipsicotica un episodio di eccitazione ipomaniacale: verrà posta così la diagnosi di disturbo bipolare di tipo II e impostata una terapia stabilizzante con acido valproico, tuttora in essere. I contatti tra L. e il servizio si sono diradati dopo circa 5 anni: attualmente mostra un buon compenso psichico, ha finito gli studi, sta iniziando a lavorare, appare consapevole del problema psichiatrico e ha deciso di farsi seguire privatamente.

Commento

Il caso in esame, seppur esposto in modo estremamente sintetico, permette di trarre alcune suggestioni utili per il lavoro clinico con l'adolescente (e il giovane-adulto) e sugli esordi psicopatologici.

Il primo punto che merita di essere analizzato riguarda l'aspetto diagnostico: l'esordio con sintomatologia psicotica può infatti verificarsi in condizioni estremamente eterogenee (esordio schizofrenico, disturbo bipolare, depressione delirante, disturbi di personalità, abuso di sostanze), soprattutto in età giovanile. La fascia d'età compresa tra i 14 e i 24 anni rappresenta la fascia d'esordio di quasi tutte le patologie psichiche (24): approssimativamente il 50%

dei casi di disturbo bipolare esordiscono in questo periodo anche se c'è una correlazione lineare tra l'età media di esordio e una minor gravità clinica, così che casi più lievi possono esordire più tardivamente (20). L'esordio del disturbo bipolare avviene generalmente con sintomatologia depressiva (spesso misconosciuta) il che rende estremamente difficoltosa la diagnosi, soprattutto in assenza di fattori chiaramente suggestivi di bipolarità (come avvenuto nel caso esposto dove l'episodio all'età di 12 anni non è stato riconosciuto né trattato). Tra i fattori suggestivi di bipolarità da tener presente in caso di sintomatologia depressiva si segnalano *fattori anamnestici* (familiarità per disturbo bipolare, esordio estremamente precoce) e *fattori clinici* (nei minori l'esordio risulta più spesso atipico, correlato alla dimensione della disforia o dell'irritabilità, può esserci sovrapposizione con il disturbo da uso di sostanze e a volte possono essere presenti manifestazioni psicotiche. E' segnalata inoltre un'elevata labilità dell'umore e una scarsa responsività ai trattamenti). L'esordio maniacale, soprattutto in età giovanile, spesso si presenta con sintomatologia delirante o produttiva che rende necessaria la diagnosi differenziale dai disturbi psicotici: possono inoltre essere presenti alterazioni del comportamento e forme di agitazione (anche motoria) che devono essere differenziate dall'ADHD. Diversi studi prospettici sugli esordi di bipolarità in adolescenza descrivono lo stretto legame tra i disturbi d'ansia e il disturbo bipolare (15): studi su figli di pazienti con disturbo bipolare suggeriscono che i disturbi d'ansia possano rappresentare una forma precoce di espressione del disturbo stesso (6;11). E' inoltre ormai noto che le sostanze posseggono un effetto slatentizzante rispetto all'esordio di diversi disturbi psichici, anche al di là degli effetti transitori e confondenti legati all'intossicazione acuta che complicano di per sé il compito diagnostico (22). L'importanza dell'utilizzo di sostanze nell'emergenza di sintomatologia psicotica nel giovane-adulto è stata ampiamente dimostrata (7;10): inoltre sintomi secondari all'uso di sostanze possono mimare un disturbo psicotico rendendo necessaria una attenta diagnosi differenziale (9).

La complessità diagnostica relativa all'esordio bipolare, ben nota in ambito clinico, è stata confermata da studi longitudinali, che hanno riscontrato tassi estremamente bassi di specificità e sensibilità nella diagnosi. È stato riscontrato, ad esempio, che, a distanza di 10 anni dall'esordio psicopatologico, più del 50% dei soggetti successivamente diagnosticati come affetti da disturbo bipolare non avevano ricevuto una diagnosi corretta. Inversamente, studi retrospettivi su soggetti con diagnosi all'esordio di dist. bipolare (MIDAS Project, Rhode Island) hanno dimostrato che utilizzando interviste strutturate il 60% delle diagnosi effettuate non risultava corretto (29). La presenza di queste complessità diagnostiche suggerisce di definire un protocollo diagnostico che possa ridurre il rischio di misdiagnosi, anche alla luce di una terapia farmacologica che, seppur efficace, è potenzialmente e generalmente gravata di effetti collaterali disturbanti. A tal proposito la letteratura scientifica internazionale è ricca di contributi e il dibattito scientifico estremamente fecondo. Arrasate et coll (2) hanno suggerito l'importanza dell'identificazione tramite la Young Mania Rating Scale e la Hamilton Depression Rating Scale delle dimensioni affettive negli esordi psicotici acuti: in questo studio il riscontro all'esordio di sintomatologia affettiva maniacale si mostrava in grado di predire una successiva stabile diagnosi di disturbo bipolare. La diagnosi di disturbo bipolare non può essere effettuata in presenza di sola sintomatologia depressiva (anche con sintomi psicotici) e familiarità per bipolarità (23): una condizione simile rende però necessario un attento e stretto monitoraggio delle condizioni cliniche. L'utilizzo di scale diagnostiche può essere di supporto al colloquio clinico: tra le scale più utilizzate la Young Mania Rating Scale e la Hamilton Depression Rating Scale, la WASH-U-KSADS (8). L'utilizzo di un protocollo diagnostico aumenta specificità e sensibilità della diagnosi, che comunque deve essere rivalutata nel corso del tempo, e non può essere ritenuta definitiva. Alcuni autori (19) hanno suggerito un approccio clinico basato sulla stadiazione del rischio

di sviluppare episodi maniacali o psicotici in soggetti con sintomatologia depressiva: in soggetti con basso rischio vengono proposti interventi a bassissimo rischio (follow-up, interventi psicologici brevi o strutturati, interventi sui familiari, implementazione alimentare, ad esempio con Omega-3) mentre la terapia farmacologica viene suggerita in soggetti a rischio elevato. Osservare longitudinalmente l'andamento clinico risulta comunque fondamentale, soprattutto in quei casi dove gli aspetti psicopatologici ad esordio precoce si sovrappongono a importanti tematiche evolutive ed identitarie. In questi casi risulta estremamente indicato un approccio integrato psicologico e psichiatrico che non banalizzi da un lato le difficoltà evolutive dall'altro la diagnosi clinica, cosa che purtroppo è ancora estremamente comune in ambito clinico. È infatti esperienza estremamente comune quella di essere consultati tardivamente dai soggetti con sintomi sottosoglia o dalle loro famiglie, che spesso supportano tale decisione (a volte con il beneplacito degli psicoterapeuti): il timore della terapia farmacologica infatti allontana i pazienti dai servizi e impedisce un approfondimento diagnostico che invece risulterebbe estremamente indicato, soprattutto nei minori. Questo aspetto non risulta sottolineato a sufficienza: un gran numero di ragazzi con sintomatologia depressiva non effettua una valutazione clinica, transitando in molti casi presso ambulatori psicologici piuttosto che in ambulatori medici specialistici (UONPIA e CPS). Integrare il lavoro di rete con la medicina e la pediatria di base, primo referente in situazioni di disagio psichico, risulta fondamentale.

Un'ulteriore suggestione che si può estrapolare da questo primo caso clinico viene dalle modalità di inserimento nel percorso di cura della famiglia (12). Lo scoglio della maggiore età infatti definisce un cambiamento netto di approccio e di possibilità di coinvolgimento dei genitori nel percorso di cura. Mentre per il soggetto minore la famiglia risulta un soggetto imprescindibile rispetto all'intervento dei servizi, in caso di maggiore età la posizione che l'utente assume nei confronti dell'inseri-

mento del percorso di cura dei familiari è fondamentale. Il paziente giovane, anche se maggiorenne, vive ancora generalmente in famiglia e i genitori mantengono un ruolo di assoluto riferimento per gran parte degli aspetti della sua vita. La tendenza dell'adolescente a proiettare sul contesto ambientale e familiare i propri vissuti e quindi anche gli aspetti della propria psicopatologia (tanto che alcuni autori di formazione psicoanalitica hanno definito la famiglia come "spazio psichico allargato") suggerisce la necessità, riscontrata frequentemente nella clinica, di avere la famiglia come alleato rispetto al percorso di cura, quale soggetto in grado di riconoscere gli aspetti patologici e disfunzionali e mettere in atto risposte e comportamenti il più possibile terapeutici ed evolutivi. Diversi studi hanno evidenziato che il coinvolgimento della famiglia è uno dei fattori prognostici favorevoli all'esito del trattamento e l'opposizione familiare alle cure, specie in soggetti giovani, favorisce elevati tassi di drop-out o una scarsa aderenza ai programmi terapeutici (25; 26). Il coinvolgimento può essere declinato in modi differenti a seconda delle necessità cliniche, sia con l'utilizzo di interventi strutturati (interventi psico-educazionali e parent-training, interventi psicoterapici) che non strutturati (periodici incontri con i curanti, incontri di restituzione) o con veri e propri interventi di terapia familiare. Il coinvolgimento della famiglia deve comunque essere esplicitato ed inserito in un "contratto" terapeutico con il paziente, sia che questi abbia (in caso di maggiore età) o non abbia il potere di autorizzarlo.

CASO CLINICO N.2

Primo Contatto

Il primo contatto con A., ragazzo di 17 anni, viene mediato dalla madre e dalla zia materna in SPDC poco dopo la fuga del ragazzo dal reparto dove era stato ricoverato un giorno prima per un'acuzie psicotica. In un clima di "allarme emotivo" i familiari denunciavano l'abbandono del ragazzo

da parte delle istituzioni nonostante nella presa in carico fossero coinvolti la NPI di competenza territoriale, il Servizio di Tutela Minori del Comune di Milano, il Servizio di Psicologia Clinica e, da poco, il nostro Servizio Psichiatrico. Raccogliendo le informazioni emergeva la mancanza di coordinamento delle parti in causa che venivano stimolate più dagli input dei familiari e dalla necessità di ridurre l'angoscia che dalla necessità di costruire un progetto di cura condiviso. Attraverso il consenso dei familiari si decideva, dato ormai il transito di A. in un contesto di adulti, di assumere, come Servizio Territoriale, la titolarità del caso cercando di coordinare i Servizi interessati.

Al momento, dato il rientro di A. al domicilio, la sua sostanziale tranquillità, la indisponibilità da parte dei familiari ad un nuovo ricovero in SPDC ma la disponibilità a riportarlo in PS in caso di necessità, si concordava una data per una visita domiciliare. Durante la riunione d'equipe del CPS competente si definiva un Case Manager (nella figura di un educatore professionale) per coordinare gli interventi e pianificare un Progetto Terapeutico. Si fissava la data per una domiciliare e le date d'incontro con i Servizi interessati.

Anamnesi Patologica Prossima

Da alcune settimane, A., iniziava a presentare reattività nei confronti della madre, allarme e interpretazione delirante con aspetti megalomaniaci. Mai trattato farmacologicamente, era stato inviato al Servizio di Psicologia per una presa in carico psicologica da parte della UONPIA. Data, però la condizione di acuzie, la collega psicologa indirizzava il paziente per un ricovero in SPDC. Dopo un giorno di ricovero scappava dal reparto per far rientro al domicilio.

Primo Colloquio

La prima visita avveniva al domicilio del paziente con la madre presente. Era presente anche il Case Manager. A. si presentava vigile, dissintono e scarsamente collaborante. Emergeva un costrutto delirante genealogico in cui si identificava come congiunto di personaggi famosi (tra cui

alcuni rapper). Abitava con la madre e il fratello minore di 2 anni in una casa di proprietà acquistata dalla madre nonostante le difficoltà economiche. Il padre, divorziato dalla madre, aveva lasciato il nucleo familiare da alcuni anni. Sulla base del ricordo negativo del ricovero e del timore di poter fare ritorno in SPDC accetta un programma di visite domiciliari e di assumere terapia farmacologica a base di risperidone inizialmente a bassi dosaggi (2mg/die).

Anamnesi Patologica Remota

L'esordio sintomatologico sembrava collocarsi tra la fine delle elementari e l'inizio della scuola media con condotte francamente oppostive, isolamento sociale, ideazione centrata su tematiche sessuali e progressivo scadimento della performance scolastica. In quel periodo il nucleo familiare (composto dalla madre, da A. e dal fratello minore poiché il padre aveva da tempo abbandonato la famiglia) veniva segnalato ai Servizi del Comune che assegnavano un educatore al domicilio del paziente. Intorno ai 15 anni, dato il perseverare e l'aggravarsi delle condizioni psichiche veniva inviato alla NPI senza che si raggiungesse, nel tempo, alcuna alleanza terapeutica né si individuasse la necessità di trattare farmacologicamente A.

Anamnesi Familiare: nonna paterna affetta da schizofrenia paranoide ed in cura presso i Servizi Psichiatrici; il padre verosimilmente affetto da un grave disturbo di personalità; la madre, ansiosa, con tratti di dipendenza; la zia materna estremamente rivendicativa. Nel complesso il nucleo familiare tendeva a banalizzare le condotte di A. e cercava di "normalizzare" le tematiche deliranti.

Progetto Terapeutico

Veniva organizzata una riunione con i colleghi della NPIA al fine di acquisire informazioni e definire il progetto di presa in carico alla psichiatria. Il percorso con la Psicologia Clinica si era chiuso naturalmente con il ricovero. I Servizi del Comune si impegnavano a garantire il supporto educativo ed accompagnamenti fino al

raggiungimento della maggiore età di A. Si definivano delle riunioni di aggiornamento. L'obiettivo primario del progetto era di indirizzare A., dopo la costruzione di un'alleanza terapeutica e l'impostazione della terapia farmacologica, verso il Centro Diurno a cui era già stato segnalato il caso.

Evoluzione del caso e suo attuale stadio

Nonostante gli iniziali accordi A. non aveva assunto la terapia e si rendeva irreperibile alle domiciliari. Veniva segnalata dalla madre reattività. Si rendeva necessario un nuovo ricovero in SPDC, trovando l'accordo con la madre, e si reimpostava il progetto terapeutico indirizzando, già nel corso del ricovero, A. al DH e verso l'introduzione di una terapia farmacologica long acting (risperdal 37,5mg ogni 2 sett.). Parallelamente, con l'avvicinarsi della maggiore età, si iniziava a valutare l'ipotesi di una Amministrazione di Sostegno e la domanda di Invalidità Civile. Attualmente A. è in buon compenso psicopatologico tanto da iniziare il programma di dimissione dal DH e di inserimento al CD.

Commento

Questo secondo caso clinico discusso, pur mostrando alcuni punti in comune con il precedente, ne diverge in modo importante per alcune tematiche e permette di affrontare criticità che spesso si incontrano nella pratica clinica.

Emergono alcuni temi da discutere: il primo riguarda la difficoltà a progredire in un percorso di cura condiviso quando, sul caso, operano più enti in modo "orizzontale" laddove esiste una frattura nella presa in carico che si colloca ad un'età precisa (i 18 anni); il secondo riguarda i rischi/benefici del ricovero di un adolescente in SPDC; il terzo riguarda l'utilizzo di terapie "off label", la disomogeneità nell'utilizzo di presidi psicofarmacologici in NPIA e la necessità di linee guida e di linee di ricerca sulla sicurezza di farmaci nella fascia 14-17 anni.

Per quanto riguarda il primo punto in esame la "fram-

mentazione per età” dei Servizi mal si adatta al possibile intervento precoce: infatti, il trasferimento dei giovani da un Servizio all’altro al compimento del diciottesimo anno, comporta notevoli inefficienze, mancano approcci coordinati e si perdono occasioni di formazione rispetto a questioni che sono a cavallo dell’età di passaggio. Inoltre le impostazioni culturali rispetto a cura e assistenza, nonché la miscela di abilità presenti nei Servizi per bambini e in quelli per adulti sono radicalmente diverse (18;27). Un passo nella direzione dell’integrazione tra i Servizi è rappresentato dalla Procedura per i Passaggio in cura dei pazienti dalle UONPIA ai Servizi dei DSM stilato dalla SC Salute Mentale dell’ASL di Milano (3). Questo prevede delle procedure “minimali a garanzia di un’adeguata continuità terapeutica per i soggetti reputati bisognosi di assistenza successivamente al compimento dei 18 anni”. Si articola su tre ambiti:

1. *Diagnosi e profilo di cura:* questo definisce un passaggio per presa in carico e riguarda soggetti affetti da disturbi psichici gravi e portatori di bisogni complessi, un passaggio a servizi del DSM quali Programmi Innovativi triennali di Salute Mentale, UO di Psicologia Clinica, CPS per assunzione in cura per pazienti con bisogni prevalentemente di tipo specialistico e, infine, passaggio al CPS per consulenza (es. ritardo intellettivo).
2. *Modalità di passaggio e tempi:* per i pazienti con un profilo di presa in carico il 1° contatto avviene un anno prima dell’effettivo passaggio con l’effettuazione di almeno 2 incontri tra le equipe per la programmazione e eventuale revisione del programma di cura e di un incontro dell’equipe con il paziente e la famiglia; per i pazienti con un profilo di assunzione in cura è previsto un incontro tra le equipe nei 6 mesi precedenti al passaggio e del paziente i familiari con il nuovo servizio di cura; per le consulenze la modalità è analoga alla precedente.
3. *Strumenti:* scheda di passaggio, colloquio/incontro, lettera a cura della UONPIA che comunica la MMG il passaggio del paziente.

Se sul piano operativo questo permette di “non perdere di vista” situazioni potenzialmente gravi e gravose nella transizione di cura, dall’altra ancora, come abbiamo visto nel caso descritto, non consente al Servizio “accettante” di assumere decisioni terapeutiche prima del passaggio, con il rischio mantenere “viva” la frammentazione (di ordine terapeutico sia farmacologico che riabilitativo).

In relazione al secondo pare opportuno introdurre alcune riflessioni sul SPDC e sulla tipologia di utenza che un giovane viene a configurare. Se nel caso di patologie gravi (psicosi, disturbi borderline di personalità in fase di scompenso, alterazioni comportamentali auto od etero aggressive) può rendersi necessario un intervento intensivo da attuare in un ambiente ospedaliero non va dimenticato come questo è stato sempre considerato un rimedio estremo cui ricorrere quando le capacità contrattuali e una possibile alleanza con le aree di sanità del paziente sono inesistenti o molto fragili. Da questa posizione consegue il riconoscimento di una specificità funzionale in senso terapeutico della degenza che va salvaguardata malgrado si possa spesso venire a creare una conflittualità tra interesse del singolo paziente e organizzazione complessiva del Servizio (4). Gli adolescenti che giungono al primo ricovero in SPDC, come nel caso di A, rappresentano utenti che vivono in modo drammatico e perturbante l’incontro con il clima “folle” che connota il reparto per cui la motivazione predominante è quella della dimissione, con scarsissima disponibilità a mettere in discussione la crisi che ha determinato il ricovero (5). Laddove, però, le potenzialità terapeutiche di un reparto si attivino il reparto può diventare luogo d’elezione per iniziare un percorso di cura che consente di prendere in carico l’utente e i familiari, di iniziare un trattamento farmacologico e di conoscere i referenti del Servizio territoriale che lo accoglieranno al momento della dimissione.

Per quanto concerne il terzo punto l’uso di terapie farmacologiche off label sta diventando un argomento molto discusso nel trattamento psichiatrico degli adolescenti. Se si escludono farmaci approvati per l’ADHD la

maggior parte dei farmaci viene prescritto off label (con problemi di rimborsabilità in alcuni Paesi Europei) e principalmente per trattare condizioni di impulsività e aggressività (14). I trattamenti farmacologici sono largamente basati su studi effettuati sugli adulti con i limiti di una tale estrapolazione ma nonostante vi sia accordo sulla necessità di ricerca in tal senso mancano dati sulla sicurezza nel breve e lungo periodo (28). A questo si aggiunge che gli aspetti etici dei trattamenti psichiatrici nei minori sono ancora raramente discussi (13). Se consideriamo i rischi di ordine medico-legale che possono accompagnarsi ad errate prescrizioni o alla presenza di eventi avversi il rischio di escludere dalla possibilità di interventi precoci gli adolescenti che accedono ai Servizi, cui venga diagnosticato tempestivamente un disturbo psichiatrico, diviene reale e con esso il rischio di intercettare giovani utenti con scarse possibilità di remissione sintomatologica.

CONCLUSIONI

La descrizione dei casi clinici sopra menzionati ha permesso di evidenziare alcuni dei problemi emersi nell'introduzione.

L'opportunità, come descritto in letteratura, di definire una diagnosi d'ingresso che potrà poi essere modificata attraverso l'uso di un protocollo diagnostico che possa ridurre il rischio di trattamenti inappropriati. Sappiamo infatti che l'età tra i 14 e i 24 è a la fascia d'esordio di quasi tutte le patologie psichiatriche (24) ed è inoltre una fascia a rischio per l'utilizzo di sostanze d'abuso la cui identificazione rende necessaria un'attenta diagnosi differenziale (9).

Tale pratica, per chi lavora sul territorio, soprattutto in relazione all'uso di scale di valutazione, è ancora carente rendendo disomogenea l'offerta clinica per i pazienti che può variare da Servizio a Servizio e anche all'interno dello stesso DSM.

La necessità di costruire un sistema di coordinamento tra le Strutture che lavorano sul territorio al fine di creare una rete che possa realmente condurre ad una transizione dai Servizi per gli adolescenti a quelli per l'età adulta che garantisca non solo una continuità di presa in carico ma soprattutto un'omogeneità nel proseguimento del percorso di cura.

La frattura, infatti, che si crea al compimento del diciottesimo anno paradossalmente definisce una situazione che permette trattamenti non "autorizzati" fino al giorno precedente con la concreta possibilità di non poter offrire la migliore cura possibile e nei tempi adeguati a condizioni di esordio sintomatologico.

Come evidenziato precedentemente la definizione di protocolli, che hanno sicuramente il pregio di ridurre i "persi di vista", non può che rappresentare il primo passo di un'integrazione che necessita di revisione costante per non rendere le procedure svuotate da un contenuto terapeutico.

Il bisogno di definire un Progetto Terapeutico all'interno dell'equipe curante per favorire l'alleanza terapeutica con il Servizio (e non solo con il singolo operatore) includendo non solo il paziente ma anche i familiari (12) cercando questa definizione anche nel contesto dell'urgenza del SPDC.

Infine, per le condizioni più gravi e gravose, il dovere di lavorare per definire risposte terapeutiche e farmacologiche adeguate, sia sotto il profilo di sicurezza per l'utente che medico-legale per il prescrittore, per migliorare le risposte cliniche e ridurre la percezione d'impotenza ed inefficacia dei trattamenti psichiatrici dovute al ritardo nell'intervento (16).

* Dipartimento di Psichiatria, Azienda Ospedaliera
San Carlo Borromeo, Milano

** Dipartimento di Neuroscienze, Azienda Ospedaliera
Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Alison R.Y., Henry J.J., *L'esordio del disturbo psicotico: aspetti clinici e di ricerca*. In McGorry P.D., Henry J.J. Riconoscere ed affrontare le psicosi all'esordio. Centro Scientifico Ed. Torino, 2001.
2. Arrasate M., González-Ortega I., Alberich S., Gutierrez M., Martínez-Cengotitabengoa M., Mosquera F., Cruz N., González-Torres M.A., Henry C., González-Pinto A., *Affective dimensions as a diagnostic tool for bipolar disorder in first psychotic episodes*. Eur Psychiatry, 2013 Sep 26.
3. ASL di Milano. SC Salute Mentale. *Procedura di Passaggio in Cura dei Pazienti dalle UONPIA ai Servizi dei DSM*. Rev.00 del 18.05, 2010.
4. Caverzasi E., Vender S., *L'approccio al paziente in un Servizio di diagnosi e cura*. In Fare e Pensare in Psichiatria. Raffaello Cortina ed. Milano, 1987.
5. De Martis D., *Il Servizio di diagnosi e cura in un'ottica relazionale*. In Fare e Pensare in Psichiatria. Raffaello Cortina ed. Milano, 1987.
6. Duffy A., Alda M., Crawford L., Milin R., Grof P., *The early manifestations of bipolar disorder: a longitudinal prospective study of the offspring of bipolar parents*. Bipolar Disord 2007;9 (8) 828- 838.
7. Duffy A., Horrocks J., Milin R., Doucette S., Persson G., Grof P., *Adolescent substance use disorder during the early stages of bipolar disorder: a prospective high-risk study*. J Affect Disord. 2012 Dec 15;142(1-3):57-64.
8. Geller B., Williams M., Zimmerman B., et al. *Washington University in St. Louis Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (WASH-UKSADS)*. St. Louis: Washington University, 1996.
9. Geller B., Luby J., *Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36, 1168-1176, 1997.
10. Goldstein B.I., Bukstein O.G., *Comorbid substance use disorders among youth with bipolar disorder: opportunities for early identification and prevention*. J Clin Psychiatry. 2010 Mar;71(3):348-58.
11. Henin A., Biederman J., Mick E., Sachs G.S., Hirshfeld-Becker D.R., Siegel R.S., McMurrich S., Grandin L., Nierenberg A.A., *Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: a controlled study*. Biol Psychiatry 2005;58 (7) 554- 561
12. Justo L.P., Soares B.G., Calil H.M., *Family interventions for bipolar disorder*. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4).
13. Koelch M., Schnoor K., Fegert J.M., *Ethical issues in psychopharmacology of children and adolescents*. Curr Opin Psychiatry. 2008 Nov;21(6):598-605.
14. Kölch M., Allroggen M., Fegert J.M., *Off-label use in child and adolescent psychiatry*. An ongoing ethical, medical and legal problem, Nervenarzt. 2009 Jul; 80(7):789-96
15. Lewinsohn P.M., Seeley J.R., Buckley M.E., Klein D.N., *Bipolar disorder in adolescence and young adulthood*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2002;11 (3) 461-475
16. McGorry P.D., *The next stage for diagnosis: validity through utility*. World Psychiatry, Vol. 12, n. 3, 2013 Oct; pag. 213-215
17. McGorry P.D., *Mettiamo a fuoco l'obiettivo: l'intervento nel mondo reale*. In McGorry P.D., Henry J.J., Riconoscere ed affrontare le psicosi all'esordio. Centro Scientifico Ed. Torino, 2001.
18. McGorry P.D., Mihalopoulos C., Carter R.C., *Is Early Intervention in First Episode of Psychosis an Economically Viable Method of Improving Outcome?* Proceedings of the 1996 World Psychiatric Congress, Madrid, 1996.
19. McNamara R.K., Strawn J.R., Chang K.D., DelBello M.P., *Interventions for youth at high risk for bipolar disorder and schizophrenia*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2012 Oct;21(4):739-51.
20. Merikangas K.R. et al., *Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative*. Arch. Gen. Psychiatry 2011; 68 (3):241-251.
21. Ministero della Salute, *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*. Roma, 2013.
22. Moore T.H., Zammit S., Lingford-Hughes A., Barnes T.R., Jones P.B., Burke M., Lewis G., *Cannabis use and risk of*

-
- psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review*. Lancet. 2007 Jul 28;370(9584):319-28.
23. NICE, *National Clinical Practice Guideline Number 38*
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg38fullguideline.pdf>, 2006.
24. Paus T, Keshavan M., Giedd J.N., *Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?* Nat Rev Neurosci. 2008 Dec;9(12):947-57. doi: 10.1038/nrn2513. Epub 2008 Nov 12.
25. Perlick D.A., Miklowitz D.J., Lopez N., et al., *Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder*. Bipolar Disord 2010; 12:627-637.
26. Pfennig A., Correll C.U., Marx C., Rottmann-Wolf M., Meyer T.D., Bauer M., Leopold K., *Psychotherapeutic interventions in individuals at risk of developing bipolar disorder: a systematic review*. Early Interv Psychiatry. 2013 Aug 22.
27. Rutter M., *Psychosocial Disorders in Young People*. Chichester, UK: Wiley 1995.
28. Wohlfarth T., Kalverdijk L., Rademaker C., Schothorst P., Minderaa R., Gispen-de Wied C., *Psychopharmacology for children: from off label use to registration*. Eur Neuropsychopharmacol. 2009 Aug;19(8):603-8.
29. Zimmerman M., Ruggero C.J., Chelminski I., Young D., *Is bipolar disorder overdiagnosed?* The Journal of clinical psychiatry, 2008 Jun;69(6):935-940.

Disturbo bipolare o malattia globale

Zarattini Franco*

Spesso sottostimato o misconosciuto, fin dagli esordi, il disturbo bipolare registra oggi percentuali di suicidio molto alte, spesso determinate anche da comorbidità, che ne hanno modificato il concetto da disturbo psichiatrico a malattia globale. Peraltro la comorbidità non riguarda solo le malattie fisiche, ma anche quelle psichiche, oltre all'abuso di sostanze e di alcool. L'insieme di questi fattori concorre al deficit cognitivo ed all'incapacità esecutiva con il decorso della malattia che continua per tutta la vita. La terapia prevede non solo l'impiego di farmaci, ma anche una terapia interpersonale, che se ben attuata, ridurrebbe il rischio di recidive per ben otto volte.

Questa malattia è una delle patologie psichiatriche più impegnative e allo stesso tempo più sensibili ad un adeguato trattamento, purché siano correttamente diagnosticate, anche se spesso non avviene, essendo la sintomatologia sottostimata. I pazienti che ne sono affetti si rivelano spesso molto efficienti nei periodi di normalizzazione affettiva. Il disturbo bipolare è caratterizzato da una serie di manifestazioni cliniche, che da forme lievi di malattia, talvolta difficili da distinguere dalla depressione unipolare o dalle normali variazioni di umore, confluiscono in quadri clinici specifici: disturbo bipolare di tipo I (o bipolare II se la fase euforica è attenuata) anche in comorbidità con abuso di sostanze e non solo. Tale complessità clinica rende spesso difficile la formulazione di una diagnosi corretta con inaccettabili conseguenze sulla terapia e su possibili fenomeni di resistenza. Proprio per questo nella pratica quotidiana i disturbi cognitivi, come valutazione insufficiente dei rischi, rapido esaurimento dell'attenzione concentrata, deficit della esecutività, si accomu-

nano al discontrollo emotivo, osservabili nei pazienti bipolari nel corso di una recidiva. Tale sintomatologia quasi sempre non è riconosciuta dal medico di medicina generale e pertanto non correttamente diagnosticata a detrimento di una presa in carico precoce per una prognosi migliore. Ne consegue la comparsa di importanti tassi di disabilità, significativa incidenza di suicidarietà e multiple comorbidità, sia mediche che psichiatriche (7). Il carattere molto invalidante dei disturbi affettivi nell'ambito della bipolarità, è ben più importante della semplice ricorrenza delle recidive, qualunque essa sia la loro polarità ipomaniacale, manicale, mista o depressiva.

Per Disturbo Bipolare ci si riferisce ad una malattia mentale caratterizzata dall'alternarsi di episodi di mania (euforia fino all'eccitamento) e di depressione. L'umore di una persona con tale patologia per chiarezza può oscillare con frequenza variabile tra due estremi: euforia - irritabilità e tristezza - disperazione, passando attraverso periodi di stabilità emotiva, detta anche eutimia durante i quali i pazienti sono di solito molto efficienti.

Tale malattia generalmente inizia nell'adolescenza o nell'età giovanile-adulta e si ripresenta nell'arco della vita con frequenza variabile, ma in genere si intensifica o peggiora negli anni con intervalli di benessere statisticamente del 45% nel corso dell'esistenza; spesso purtroppo non viene riconosciuta e chi ne è affetto può continuare a soffrirne per anni od addirittura decenni. L'esistenza di sintomi intercritici sotto soglia, il deficit cognitivo a lungo termine, il riadattamento dei rapporti familiari e sociali, oltre alle difficoltà esistenziali causate da una patologia affettiva cronica, sono altrettanti fattori che possono peggiorare la qualità della vita dei pazienti bipolari. Per ovviare a tale inconveniente stanno sorgendo in Italia le società regionali per lo studio e la cura della Bipolarità, proprio perché, come altre gravi malattie, il Disturbo Bipolare provoca grandi sofferenze anche al coniuge, ai familiari (figli, fratelli, genitori), agli amici ed ai colleghi di lavoro. Tanto per fare un esempio i familiari delle persone affette da questa patologia devono spesso

affrontare difficili problemi a causa del comportamento del loro congiunto determinate da spese sconsiderate, contratti svantaggiosi, promessa di matrimonio, donazioni ed altro ancora.

Diversi membri della stessa famiglia possono presentare questa patologia per cui si pensa che in molti casi sia determinante una componente genetica, che interagisca anche con eventi stressanti esistenziali. La vulnerabilità al disturbo bipolare dell'umore è senza dubbio accettata, potendo essere anche multifattoriale. Riprendendo un enunciato di Lopez Ibor e di Hubertus Tellenbach, la genetica non deve necessariamente trasformarsi nella realtà della comparsa di tale malattia, tenendo conto che la predisposizione non è ineluttabile (13).

Tab. 1 Le varie faccie del disturbo bipolare

1. Sintomi della mania (euforia patologica)

- Un periodo in cui il comportamento del paziente è diverso da quello abituale per eccessiva euforia od esaltazione da incremento dell'energia, iperattività, facilità a distrarsi, sensazione di non stancarsi mai, di conseguenza il bisogno di sonno diminuisce;
- sovrappiombamento di pensieri con spinta continua a parlare, associata ad eccessiva fiducia nelle proprie capacità per deficit cognitivo che sfocia, in caso di contrarietà, nella irritabilità estrema;
- comportamento caratterizzato da un aumento del desiderio sessuale, oltreché sconveniente per abuso di droghe, di alcool o di farmaci contro l'insonnia;
- riduzione delle capacità critiche con assoluta mancanza di consapevolezza di malattia, che in alcuni casi si associa alla presenza di fenomeni psicotici (deliri ed allucinazioni);

2. Sintomi dell'ipomania (euforia accettabile)

- Una fase nel quale l'umore predominante è elevato, espansivo, anche irritabile e talora compatibile con sintomi attinenti alla fase maniacale;

- la sua gravità non è tale da causare una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo;
- non è richiesta l'ospedalizzazione come invece può essere tassativa per la mania;
- manca l'ideazione delirante;
- tutti gli altri sintomi tendono ad essere meno gravi rispetto a quelli descritti nell'episodio maniacale.

3. Sintomi della depressione (sono il rovescio della medaglia)

- umore depresso, talora anche ansioso con persistente senso di vuoto, cui si associa diminuzione di interesse o di piacere per quasi tutte le attività, compresa quella sessuale;
- mancanza di energia, facile stancabilità o sensazione di rallentamento psichico, per diminuita capacità di riflettere, di concentrarsi o di prendere decisioni da attribuire a sentimenti eccessivi o immotivati di autosvalutazione, di colpa con pessimismo, visione negativa di sé, del mondo e del futuro;
- perdita di appetito e di peso, talvolta un suo aumento, si associano a dolori cronici come le cefalee, oppure a persistenti sintomi fisici non causati da una malattia organica;
- ideazione di morte o propositi suicidi accompagnano sempre lo stato d'animo di chi soffre di depressione, nel contesto di un disturbo bipolare dell'umore, tanto che i tentativi di suicidio non mancano nei casi di particolare gravità, portando il rischio di suicidarietà all'82%.

4. Sintomi del disturbo bipolare misto

- Un periodo di almeno una settimana durante il quale coesistono sintomi maniacali e depressivi;
- l'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento lavorativo o delle attività sociali abituali e delle

- relazioni interpersonali;
- possono essere presenti manifestazioni psicotiche con deliri congrui all'umore;
 - i sintomi non sono dovuti ad abuso di sostanze o di alcool, oppure da una condizione medica generale, tipo ipotiroidismo.

Nei pazienti depressi manca la capacità di fare qualsiasi cosa. Sembra che la mente sia rallentata e talmente vuota, da essere quasi inutile...

Inoltre percepiscono di essere assediati da un totale senso di disperazione, così da non ritenersi più capaci di provare alcun sentimento, di muoversi, di pensare, di prendersi cura di sé o degli altri sentendo un gelo interiore. Chi non è ammalato solitamente dice "passerà", non avendo la minima idea di come uno si senta in quello stato, anche se crede di saperlo. Appare doveroso non dimenticare che questi diversi sintomi sono manifestazioni estreme di un'unica malattia, denominata il Disturbo Bipolare: da un lato la depressione più cupa che sfuma in quadri depressivi più lievi; su questa linea ideale troviamo poi quella che comunemente viene definita tristezza, accanto all'umore cosiddetto "normale"; proseguendo verso il polo opposto troviamo l'ipomania e poi la mania.

Molte persone con questa malattia, se non curate, hanno nel corso della loro vita ricorrenti episodi di Depressione e solo occasionalmente di Mania.

Può succedere anche il contrario, perché la Mania o l'Ipomania sono il sintomo principale, mentre raramente compaiono fasi di depressione. Inoltre i sintomi della Mania e della Depressione possono coesistere in un unico episodio realizzando il Disturbo Bipolare Misto. La caratteristica essenziale di tale patologia consiste in un lungo periodo di malattia durante il quale vi può essere un Episodio Depressivo Maggiore, Maniacale o Misto conseguente alla presenza per almeno una settimana dei sintomi di entrambe le polarità. La sintomatologia non è dovuta ad abuso di sostanze (cocaina, alcool) o ad una patologia medica generale come ipertiroidismo, oppure

epilessia del lobo temporale. Si usa dire "periodo di malattia" quando ci si riferisce ad un periodo di tempo durante il quale il paziente continua a palesare sintomi attivi della malattia. Per certi ammalati, questo periodo di malattia, può prolungarsi per anni, magari anche per decenni. Solo quando il paziente si è completamente ristabilito si può ritenere che la malattia sia finita (DSM-IV R).

La storia clinica dei pazienti stessi può essere alquanto esplicativa tramite la descrizione di alcuni stati d'animo che caratterizzano questa patologia.

Ipomania

"All'inizio i pazienti si sentono fantasticamente su di giri, perché le idee scorrono veloci, tutta la timidezza scompare, le parole ed i gesti sono pronti... Le persone e le cose più significative appaiono ricche di interesse. La sensualità è travolgente, il desiderio di sedurre e di essere sedotti è incontenibile.

Si è pervasi da un'idea di onnipotenza, di benessere, di euforia: si crede di poter fare tutto, ma ad un certo punto questo incanto svanisce".

Mania

"Le idee giungono troppo velocemente e tutte insieme; una confusione affaccendata prende il posto della chiarezza, tanto che l'ammalato non riesce più a seguire questo flusso di pensieri e la memoria svanisce.

Questa condizione non è più divertente. Gli amici cominciano a spaventarsi notando la perdita del senso del limite nei pazienti che appaiono irritabili, arrabbiati, spaventati, incontrollabili ed in trappola".

Non è facile riconoscere il Disturbo Bipolare, perché il paziente spesso non se ne accorge, né tanto meno i familiari. Succede che neppure i medici riescano ad identificarlo tempestivamente.

Un segno precoce può essere l'ipomania, il paziente sente di avere una grande energia, oppure di essere irritabile e di cattivo umore, unitamente ad un comportamento

impulsivo ed avventato. L'ipomania sembra un'esperienza gradevole per chi la prova. Spesso i familiari e gli amici si accorgono di queste variazioni del tono dell'umore, mentre l'individuo continua a negare che ci sia qualcosa di strano. In queste fasi iniziali, il Disturbo Bipolare può non apparire chiaramente, comparando sotto forma di un abuso di alcool o sostanze stupefacenti, oppure come una riduzione del rendimento scolastico o lavorativo. Se il disturbo non viene trattato quanto prima, tende a peggiorare col tempo, manifestandosi con gravi episodi maniacali, depressivi o misti.

Chiunque soffra di questo tipo di disturbo dovrebbe rivolgersi ad uno specialista psichiatra in grado di giungere alla diagnosi per poter iniziare una terapia adeguata e corretta, incoraggiato da parenti ed amici ad intraprenderla, in quanto consapevoli che qualcosa non va. A volte è necessario anche un coinvolgimento maggiore per convincere chi ne soffre della necessità di farsi curare in ambiente ospedaliero per essere anche tutelato nel modo migliore. Tra le eventualità patologiche segnalate i pazienti con Depressione Unipolare, (eccetto che nelle forme ricorrenti) sono depressi o stanno bene, invece i pazienti con Disturbo Bipolare possono presentare mania, depressione, episodi misti, a ciclo continuo o rapido ed eutimia, solo quando vi è la normalizzazione dell'umore. Se il paziente con Depressione Unipolare risponde (parzialmente o completamente) agli antidepressivi, nel Disturbo Bipolare, questi psicofarmaci non hanno più la stessa considerazione di un tempo, tanto da essere messi da parte in seguito a recenti acquisizioni epidemiologiche validamente accertate, salvo che nel disturbo bipolare di tipo II, dove possono essere usati nella fase depressiva senza che si corra il rischio di un viraggio euforico incontenibile.

La stabilizzazione affettiva è l'obiettivo centrale della terapia e poche sono le associazioni di farmaci efficaci, che consentono di raggiungerla e di mantenerla in maniera prolungata.

Secondo un accreditato modo di vedere, l'errore più

grave nel trattamento del paziente con Disturbo Bipolare è quello di valutare solo la situazione clinica emergente, senza considerare il decorso longitudinale della malattia, che richiede un monitoraggio clinico a lungo termine per un risultato ottimale. Gli unici trattamenti che si sono dimostrati efficaci sia a breve e sia a lungo periodo per il Disturbo Bipolare di tipo I sono i *farmaci stabilizzatori dell'umore: litio e alcuni anticonvulsivanti* (12).

Mentre nella fase depressiva del disturbo bipolare di tipo 2 gli autori francesi consigliano ancora l'uso degli antidepressivi in quanto non porterebbero al viraggio verso l'ipomania (5). Tuttavia queste terapie farmacologiche hanno subito una evoluzione nel corso degli anni. I Sali di Litio e gli antiepilettici della seconda generazione sono stati per lungo tempo i farmaci di riferimento, mentre attualmente la loro efficacia nel Disturbo Bipolare è stata messa in discussione per la disponibilità degli antipsicotici atipici, nuovo mezzo terapeutico il cui rapporto rischio-beneficio appare interessante. Da non trascurare i progressi fatti dalla terapia educativa con l'intervento psicoeducativo per pazienti con disturbo bipolare e loro familiari chiamato modello di Colom, la cui efficacia consiste nel ridurre di 8 volte le recidive, che i pazienti avrebbero se continuassero ad essere curati solo con i farmaci (4).

Tab.2 Convivere con un malato affetto da disturbo bipolare

- Essere flessibili e programmare le attività tenendo conto delle possibili crisi.
- Non esitare a chiamare il 118, se necessario.
- Aiutare il paziente a mantenere i propri spazi vitali (per non diventare un "peso" nella famiglia).
- Fare in modo che la persona accetti di essere curata, senza forzarla, ma individuando il clinico adatto, ricordandogli gli appuntamenti.
- Imparare a riconoscere l'avvicinarsi delle crisi appare assai importante per aiutare il paziente ad evitare gli

episodi scatenanti, incoraggiandolo magari a partecipare a sedute di gruppo di mutuo-aiuto, una forma di supporto e gestione delle emozioni, denominata terapia interpersonale, in grado di ridurre di ben otto volte le ricadute.

- Riuscire a mantenere in pratica questi consigli sarebbe già un buon risultato per fare ulteriori passi avanti.

La corretta individuazione di questi diversi stati dell'umore è essenziale per proporre una terapia efficace e così evitare molte delle pericolose conseguenze del Disturbo Bipolare, come lo sconvolgimento dei rapporti interpersonali, il disfacimento del matrimonio, la perdita dell'impiego ed il suicidio.

Attualmente sono disponibili trattamenti efficaci in grado di alleviare le sofferenze dovute al Disturbo Bipolare e di prevenirne le ricadute e le conseguenze.

Si è incominciato a parlare di comorbidità nell'ambito della Medicina Generale negli anni '70, ma con l'andare del tempo tale concetto ha trovato la sua massima espressione in psichiatria al punto da diventare indispensabile sia per un approfondimento sulle cause della malattia, sia per una formulazione prognostica, non disgiunta da strategie terapeutiche innovative, che ne conseguono (9). Non si comprenderebbe appieno il significato di comorbidità senza chiarire che si tratta dell'insieme di patologie che modificano la prognosi in senso peggiorativo della malattia principale, in quanto le malattie fisiche contribuiscono ampiamente ad abbreviare la vita di questi pazienti (14).

Da studi epidemiologici condotti su un grande numero di pazienti provengono segnali allarmanti sulla presenza contestuale di altri disturbi nei pazienti bipolari, come quelli d'ansia, del comportamento alimentare, della sindrome da deficit dell'attenzione ed iperattività, della condotta deviante da abuso di sostanze, nonché di alcool (3).

A livello psicopatologico sembra ormai acquisito che la comorbidità prevalente nei pazienti bipolari risieda

proprio nei disturbi d'ansia, in quanto la sintomatologia spesso precede e talora accelera l'insorgenza del Disturbo Bipolare completo, tanto che sovente la loro presenza è responsabile di una importante esacerbazione della sintomatologia, di una incompleta risposta alla terapia e di un aumento nell'abuso di sostanze con elevato rischio di suicidio conseguente (2).

Anche la comorbidità con i disturbi di personalità (un tempo chiamate nevrosi), può interferire sulla prognosi e sul decorso del Disturbo Bipolare mutandone i quadri clinici, incrementando il rischio suicidario e rendendo problematico l'approccio terapeutico.

La pratica clinica ed i dati della letteratura scientifica sono concordi nel riportare livelli significativi di comorbidità trasversale tra la patologia bipolare e la condotta alimentare, tanto da trovare un tasso più elevato di obesità nei pazienti bipolari, rispetto alla popolazione generale (1). Ne consegue un aggravamento della malattia psichica, che avrà nel lungo termine un decorso peggiore per l'associazione documentata tra la sintomatologia dei disturbi della condotta alimentare, i sintomi affettivi e l'ideazione suicidaria.

Fermo restando che il suicidio si è rivelato la principale causa del maggior tasso di morte non naturale con il 34% di decessi per gli uomini ed il 31% per le donne nel disturbo bipolare complessivamente, non si deve dimenticare che le malattie somatiche contribuiscono in misura ancora maggiore ad abbreviare la vita di questi pazienti. A tale riguardo è bene ricordare che essi si confrontano con un elevato rischio di sovrappeso e di obesità, scontando frequentemente l'insorgenza di diabete mellito, non insulino-dipendente e di altre patologie endocrine, che facilitano l'esordio di malattie cardiovascolari per l'elevata correlazione di fattori di rischio, quali il fumo di tabacco, l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia, la scarsa attività fisica e l'incoostante osservanza del programma terapeutico, realizzando l'inevitabile traguardo verso la sindrome metabolica (14).

Queste complicazioni fisiche sono riassumibili nella

figura 1, sottostante, che le ripropone come fattori di rischio in percentuale nei pazienti bipolari.

Nel Disturbo Bipolare l'associazione tra obesità e disfunzioni metaboliche è avvalorata da una complessità di eventi, condizionati da fattori biologici (predisposizione genetica, disordini somatici, terapie farmacologiche responsabili di un aumento del peso corporeo), psicogeni (ambiente familiare, comorbidità psichiatrica) e demografici, nonché sociali (età e contesto sociale). Uno dei più significativi fattori dipendenti da un incremento della predisposizione alla malattia, correlato all'obesità sembra ravvisabile nell'indice di massa corporea, non trascurando l'importanza del deposito centrale di grasso, derivabile da un elevato girovita (6). Il tessuto adiposo viscerale diventa un passaggio chiave nella comparsa della sindrome metabolica che incrementa la prevalenza di alcune malattie cardiovascolari.

Anche se molti studi hanno confermato l'efficacia dei sali di litio nel Disturbo Bipolare, soprattutto nella fase

di eccitamento euforico (mania), ma anche nella sua terapia di mantenimento, questa indispensabile cura di mantenimento non è priva di effetti tossici, vuoi sulla funzionalità renale e tiroidea, vuoi sull'incremento ponderale, che compare dal 30 al 65 % dei pazienti in trattamento, provocata da un appetito maggiore. Anche il valproato, che viene prescritto in associazione, oppure in alternativa ai sali di litio è responsabile di un importante rischio di aumento di peso, causato, sia da una diminuzione del consumo energetico, sia da un metabolismo ridotto, concorrendo a realizzare la sindrome metabolica a genesi farmacologica ed iatrogena (10). Non va trascurata una comorbidità emicranica anche nel disturbo bipolare, relativamente superiore nei maschi con una prevalenza del 24.8%, rispetto al 10.3% delle femmine in rapporto al tasso di pazienti bipolari, stimato nel 2,4% della popolazione generale. Da non dimenticare poi, che nella differenza di genere tra i pazienti maschi con disturbo bipolare associato a comorbidità emicranica e pazienti femmine, il divario appare significativo in quanto risulta

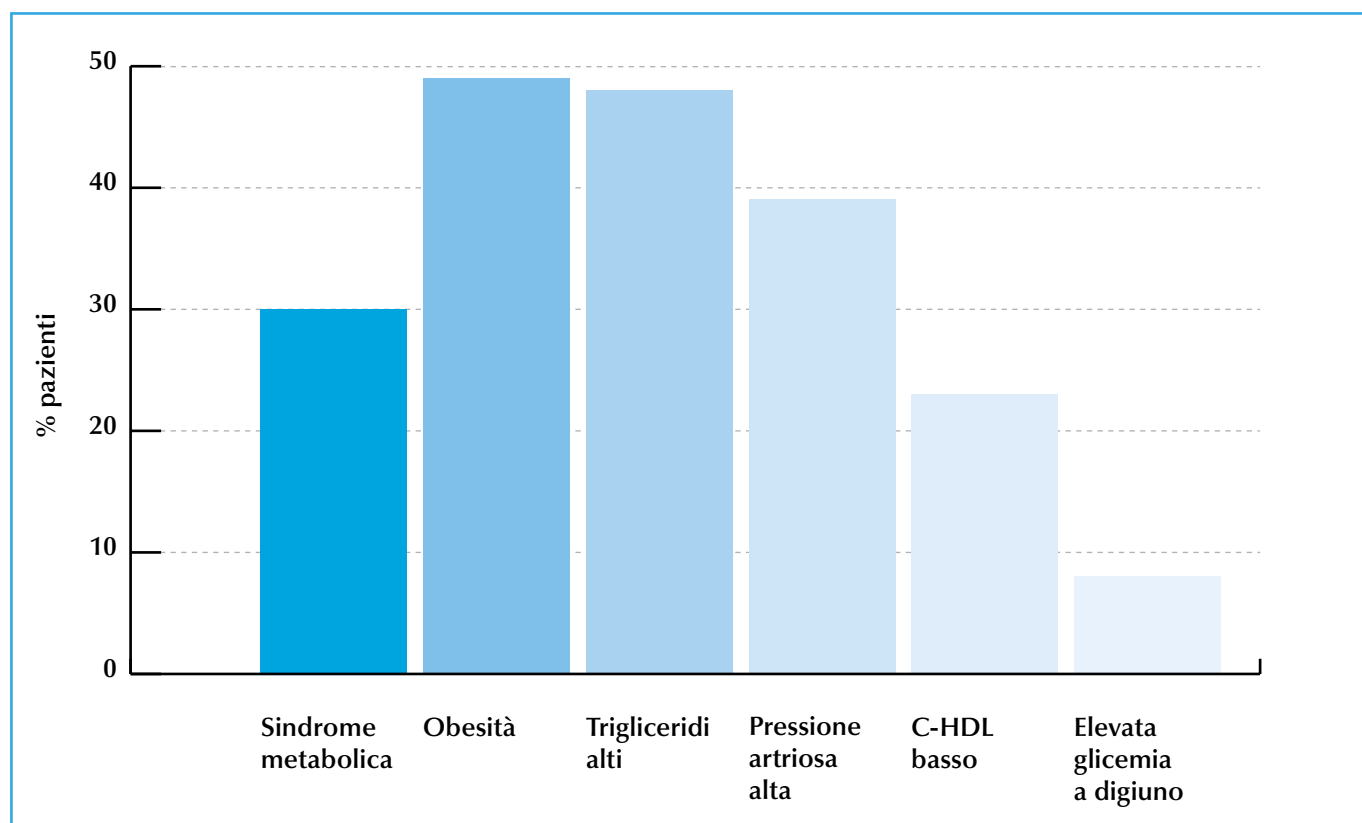


Fig. 1 - Percentuale di rischio unico o multiplo in pazienti con disturbo bipolare dell'umore

del 14.9% per i primi, rispetto al 34.7% delle seconde. Pertanto i pazienti con disturbo bipolare e comorbidità emicranica specialmente se di sesso maschile, vanno soggetti ad una maggiore disfunzionalità sociale e ad un accentuato ricorso a cure psichiatriche, mentre per le femmine bipolari ed emicraniche vi è una maggiore necessità di cure mediche. L'emicrania è riscontrabile sia nella depressione maggiore sia nel disturbo bipolare dell'umore, ma anche nei pazienti affetti da attacchi di panico e da fobia sociale. Tuttavia la più convincente correlazione è rinvenibile tra disturbo bipolare dell'umore e cefalea a grappolo, poiché nelle recidive entrambi risentono generalmente della ricorrenza stagionale primavera- autunno, rispondono in varia misura e con diverse finalità alla terapia con i Sali di litio, opportunamente dosati con i dovuti controlli della litiemia e nel loro decorso sopportano il peso di un'importante comorbidità medica e psichiatrica.

Vale la pena ricordare che oggi giorno i numerosi dati clinici e psicopatologici disponibili, confermano la necessità di cambiare il paradigma di classificazione per passare dalla nozione di disturbo psichiatrico a quello innovativo di malattia globale. Tale approccio consente una visione unitaria sulla frequenza delle comorbidità somatiche, spesso prese in carico senza valutarne correttamente la portata, oltreché sui dati recenti, che sottolineano l'importanza dei meccanismi infiammatori, riscontrati nell'incremento del tasso delle citochinine pro-infiammatorie, che tende ad incrementarsi parallelamente all'avanzare della malattia negli anni, mentre i fattori neurotrofici cerebrali che presiedono alla sopravvivenza ed alla plasticità dei neuroni stessi per correlazione negativa decrescono (9). Come conseguenza diretta i pazienti che soffrono di disturbo bipolare sono esposti allo stress ossidativo che si traduce clinicamente nella triade: deficit cognitivo, attenzione concentrata esauribile, ed esecutività incontrollata, sia nelle fasi acute della malattia, sia durante i periodi di stabilità (10). Trattasi comunque di un ulteriore passo avanti nelle conoscenze e non di una meta.

Pertanto i pazienti bipolari sono predisposti ad un'importante comorbidità psichiatrica ed organica responsabile di queste gravi patologie, che riducono la loro aspettativa di vita. Risulta evidente quanto sia importante monitorare l'evoluzione di questa malattia psichica e prevenirne le comorbidità, ogni qual volta che le condizioni psicopatologiche lo permettano.

Per concludere non si deve dimenticare che il suicidio è una conseguenza drammatica e frequente del disturbo bipolare.

** Psichiatra*

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Beyer J, Kuchibhatla M., Gersing K., et al, *Medical comorbidity in a bipolar outpatient clinical population.* Neuropsychopharmacology 2005; 30: 401-4.
2. Calossi S., Fagiolini A., *Disturbo Bipolare e Comorbidità.* Giornale Italiano di Psicopatologia n. 3 -2011 pag. 352-360.
3. Cassidy F., Ahearn E.P., Carroll B.J., *Substance abuse in bipolar disorder.* Bipolar Disorder 2001; 3:181-8.
4. Colom F., *Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial.* British Journal of Psychiatry 2009- 194:260-265.
5. Courtet P., Samalin L., Ollié E., *Les antidépresseurs dans le trouble bipolaire.* L'Encéphale, Supplement 3, 2011, S 161-S162.
6. Fagiolini A., Kupfer D.J., Houck P.R., et al., *Obesity as a correlate of outcome in patients with bipolar I disorder.* Am J Psychiatry 2003; 160:112-7.
7. Guillaume S., Courter P., Samalui L., *Depression Bipolaire ed conduite suicidaires supplement 3, L'Encéphale, S169-S172.*
8. Krishnan K.R., *Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder.* Psychosom Med 2005; 67:1-87.
9. Leboyer M., Fossati P., *Ya-t-il des marqueurs biologiques de la dépression bipolaire? De l'imagerie à la biologie.* L'Encéphale, Supplement 3, S185-S190, 2012.
10. McElroy S.L., Frye M.A., Suppes T., et al., *Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder.* J Clin Psychiatry 2002; 63: 2007-13.
11. Roust A., Belliver F., *Troubles cognitifs et dépression bipolaire,* L'Encéphal, Supplement 3, S191-S195, 2012
12. Samalin L., Norry A., Llorca P.M., *Lithium et anticonvulsivants dans la depression bipolaire.* L'Encéphale, Supplement 3, 2011 S 203-S209.
13. Tellenbach H., Lopez I., *La Mélancolie.* Puf, Paris, 1979.
14. Vaan Gaal L.F., *Long-term health considerations in schizophrenia: metabolic effect and the role of abdominal adiposity.* Eur Neuropsychopharmacol 2005; 16. S142/8.

L'attualità di Jaspers

Schiavone Michele*

È tanto singolare quanto concretamente difficile e/o non agevolmente comprensibile che un testo scientifico possa ritenersi attuale a distanza di un secolo dalla sua nascita. Mentre, infatti, potranno venire ritenuti pacifici il suo significato innovativo, lo spessore speculativo, la ricchezza culturale e altresì la fecondità nel condurre a sviluppi coerenti, si dovrà comunque evitare di disattendere, come afferma Kuhm, che la scienza è intrinsecamente evolutiva in senso radicale procedendo per mutamenti di paradigma e rivoluzioni.

Eppure, a mio avviso, penso che si possa sostenere legittimamente con adeguate argomentazioni critiche l'attualità della *Psicopatologia generale* di Jaspers edita nel 1913 qualora ci si orienti ad una valutazione equilibrata del progresso storico in psichiatria, progresso determinato dallo sviluppo delle neuroscienze e della biologia molecolare che può venire interpretato - e di fatto lo è in misura prevalente - come un ricompattamento di psichiatria e neurologia e quindi annettendo quale carattere specifico e distintivo del sapere psichiatrico la sua sostanziale appartenenza al livello biomedico. Evitando gli eccessi valutativi è chiaro che questo nuovo modello non va né demonizzato né dogmatizzato, riconoscendone accanto agli aspetti negativi anche quelli positivi. Ciò ovviamente non deve favorire un ingenuo conservatorismo misoneistico e meramente ideologico che rifiuti alcune rilevanti conquiste scientifiche e soprattutto le loro ricadute cliniche. Non si può infatti ignorare il sensibile progresso in ambito sia diagnostico che clinico conseguente al nuovo orientamento.

Ma resta comunque ineludibile la cautela critica nei confronti della enfattizzazione del *nuovo*, fatta sempre salva la distinzione tra impianto teorico e risultati pragmatici. Ed è appunto una riflessione di carattere epistemologico che, pur apprezzando i contributi delle neuroscienze,

non induce comunque ad accogliere senza riserve un modello teorico-metodologico che renda pressoché irrilevanti i confini tra psichiatria e neurologia. Ne deriva, pertanto, una piena legittimazione di attribuire alla psicopatologia generale di Jaspers il carattere di attualità. Ciò ovviamente non significa un ritorno passivo e una dogmatica ripetizione delle sue teorie poiché sarebbe ingenuo e parascientifico ignorare gli sviluppi storici dei modelli psichiatrici, ma intende comunque affermare con piena convinzione che alcune categorie epistemologico-metodologiche jaspersiane sono tuttora valide.

Molteplici sono i motivi che consentono di conferire carattere di attualità alla *Psicopatologia generale*.

In primo luogo la tesi della psicopatologia come fondamento della psichiatria in quanto scienza (nel senso di sapere teorico critico), tesi estranea ai più recenti orientamenti e che può essere comparata - a mio avviso ma al di là della intenzione jaspersiana - al ruolo della patologia generale (che si avvale in una prospettiva sintetica dei dati della anatomia normale e patologica, della fisiologia, della biochimica e della genetica) in rapporto alla clinica medica. Assunto, questo, lo ribadisco con chiarezza, non esplicitamente attribuibile al testo jaspersiano, ma probabilmente a interpretazione e sviluppo coerenti del suo pensiero nel contesto contemporaneo, a patto di non radicalizzare in termini antinomici scienza e filosofia e/o scienza della natura e scienza umana. Ma ciò che appare comunque incontestabile è che Jaspers, tanto grande come filosofo che come psichiatra, ha affidato alla filosofia un ruolo fondamentale in ambito psichiatrico. Certamente questa scelta teoretica non costituisce una novità in senso assoluto, in riferimento non solo alle influenze non sempre palesemente dichiarate del pensiero filosofico sulla psichiatria, soprattutto per il primo Ottocento e l'età romantica.

Intendo precisamente ricordare i due orientamenti di quell'epoca, divisi e tra loro in polemica. Il primo è di chiara impronta organicistica: nasce con Combe e Broussais - che hanno come base teorica la frenologia di

Gall e Spurzheim – e si sviluppa nella scuola dei “somatici” (Jacobi, Nasse, Bird e, poi, Fleming, Roller, Zeller) che sostengono l’eziologia cerebrale della follia.

Il secondo, più variegato e composito, ha una marcata radice filosofica. A parte Reil – che si situa in una posizione di confine tra i “somatici” e gli “psichici” in quanto aggiunge le categorie di Schelling dell’unità dei processi naturali ad una solida versione di psichiatria medica ove sviluppa concetti già presenti in Willis, Cullen e Haslam – per quanto concerne gli “psichici” va ricordato il loro impegno nell’opporli alla somatogenesi delle patologie mentali e nel richiamarsi ad una concezione dell’ “anima” in senso sia metafisico che etico. Le fonti filosofiche di questo filone sono molteplici: oltre alla psicologia razionale di Wolff risulta fondamentale Kant, soprattutto per l’assegnazione nell’ *Antropologia pragmatica* del compito di esplorare la psiche non al medico, ma al filosofo. Raccomandazione, questa, accolta senza riserve da Beneke, Heinroth e Ideler, poiché la loro impostazione delle tematiche psicopatologiche è apertamente e dichiaratamente etico-filosofica. Ma altrettanto importante come loro fonte è Schelling che dà una sua definizione di follia come una colpevole separazione dello spirito dall’anima: la malattia mentale si connota, quindi, come perdita, errore e colpa. Muovendo da tale tesi ed enfatizzandola in senso etico-teologico lo psichiatra Eschenmayer perverrà ad un concetto di follia come “caduta” dell’uomo da Dio.

È pertanto rilevante la forte coloritura etica della medicina romantica che viene esplicitata da Heinroth con un’interpretazione della nosologia psichiatrica in termini di deviazioni morali e di influenza negativa e incontrollata delle passioni, nonché con il concetto di terapia come rieducazione che sarà ripreso, pur con più sofisticata cautela critica da Langermann, molto influenzato dal pensiero di Kant e di Fichte. Una posizione a sé stante è invece quella di Bergmann che vuole conciliare la frenologia di Gall con la medicina e la filosofia romatiche (Schubert, Troxler, Schelling), cosicché il quadro della psichiatria

tedesca del primo Ottocento appare costituito – come afferma Morel – dalla scuola spiritualistica, da quella somatica e da quella eclettica.

È certamente merito di questi psichiatri “spiritualisti” l’aver inserito l’etica in psichiatria in diretto riferimento a premesse e categorie filosofiche e non sulla base di un mero filantropismo (come si riscontra invece in Daquin, Chiarugi, Pinel, William Tuke). Tuttavia ai fini di un’autentica umanizzazione della psichiatria il loro contributo non solo è fragile, ma altresì estremamente pericoloso. È infatti a rischio di devastanti esiti riproporre valutazioni morali di derivazione teologica (anche se non legate ad una confessione religiosa) di colpa, di peccato e di caduta che possono indurre alla stigmatizzazione del malato e alla sua conseguente emarginazione.

Ma nettamente originale, rispetto a questi esponenti della psichiatria romantica, è il ruolo non più soltanto etico, ma soprattutto gnoseologico –epistemologico assegnato da Jaspers alla psichiatria. Ne è inequivocabile conferma la sua adesione alla distinzione tra spiegazione causale e comprensione di Dilthey, Simmel, Spengler e Weber (ripensando criticamente la tesi sostenuta da Windelband e Rickert) per quanto riguarda il metodo rispettivamente della scienze della natura e delle scienze umane. Cosicché oggi, dopo Jaspers e grazie a Jaspers, l’incontro tra sapere filosofico e sapere scientifico è una conquista scontata: costituisce problema, ancora passibile di varie soluzioni, solo il significato e i limiti della filosofia in questo incontro. La presenza della dimensione filosofica è pertanto una necessità logica-metodologica di ogni psichiatria con piena dignità di scienza, purché non si verifichino invadenze, sconfinamenti, scambi di ruoli. È nota ad esempio la scrupolosa insistenza di Binswanger nel rifiutare l’identificazione della *daseinsanalyse* con una ontologia o con una antropologia filosofica o con una psicologia, pur nella consapevolezza del necessario ricorso a categorie filosofiche e anche psicologiche per un approccio alla malattia mentale emendato da ogni traccia di organicismo.

Ma in realtà Binswanger riprende e sviluppa un concetto che aveva già formulato Jaspers: la psicopatologia generale non è filosofia né psichiatria, ma una scienza autonoma pur nelle sue connessioni al metodo filosofico e all'oggetto della clinica del disturbo mentale. Va altresì precisato che l'adesione al modello metodologico della spiegazione-comprensione non va inteso per Jaspers in una derubricazione della psicopatologia generale a una scienza umana, come la psicologia o la sociologia, poiché l'uso di un metodo conoscitivo comune ad altre forme o gradi del sapere non ne compromette in alcun modo l'autonomia e/o la specificità. In realtà il vero significato della adesione a Dilthey costituisce per Jaspers lo strumento metodologico per criticare il modello organicistico di una psichiatria esclusivamente e totalmente medica. A questo proposito vorrei richiamare quanto ha acutamente e lucidamente affermato in un suo recente volume Alberto Giannelli (a mio avviso in perfetta sintonia con Jaspers) sulla psichiatria come "la meno medica tra le scienze mediche", come una "scienza di confine" o "al confine della scienza".

Non si può infatti comprendere il programma speculativo-culturale di taglio rivoluzionario della *Psicopatologia generale* se non come critica radicale al modello di Griesinger, sviluppato e approfondito da Kraepelin. In realtà non va dimenticato sotto questo aspetto l'importante contributo di Gaupp (noto anche per avere elaborato con Kleist, Ewald e Leonhard la categoria nosologico-nosografica di psicosi mista) per le sue argomentazioni sulla insostenibilità dell'approccio medico-naturalistico alla psiche. A suo giudizio, infatti, la coscienza ha una specificità ed una autonomia che non consentono di poterla collocare totalmente, nel senso di una riduzione, ai processi neurofisiopatologici.

La psichiatria, qualora venga intesa come una tra le tante branche della medicina non potrà quindi paradossalmente avere come oggetto quell'area psichica che pur dovrebbe costituire il suo ambito distintivo di competenza. Ne risulta per conseguenza l'inadeguatezza del

modello medico, cosicché la psichiatria deve integrare il metodo naturalistico con un altro metodo, che Gaupp non individua esplicitamente con quello delle scienze umane.

Mentre Gaupp enuncia e critica soltanto la "mitologia del cervello", Jaspers non si limita a rilevare l'aporia, ma la risolve mediante il ricorso al metodo della comprensione, conferendo così ben maggiore solidità e spessore speculativi alla netta distinzione tra *mentale* e *cerebrale* sotto l'aspetto sia ontologico che gnoseologico, individuando altresì le caratteristiche proprie ed esclusive della psiche. Ma ciò – sia chiaro – non significa nostalgia o ritorno al dualismo cartesiano, né tantomeno al parallelismo spinoziano della celebre espressione "ordo et connexio idearum idem est ordo et connexio rerum", quanto invece ad una alterità che non è negazione, ma ulteriorità, fondata sulla specificità di significato. In altri termini: l'uomo e, quindi il sofferente di disturbo mentale, non è solo *natura*, ma anche esistenza. Ed è proprio l'aver introdotto in psicopatologia la categoria dell'esistenza – ripresa ma talora sovradimensionata in Binswanger – che consente a Jaspers di percorrere una nuova strada al di là della opposizione radicalizzata tra "somatico" e "psichico".

Si ha così un vero mutamento di paradigma nei confronti di una psichiatria come quella di Kraepelin (fatto salvo il superamento autocritico del modello organicistico dell'ultima fase del suo pensiero) che riteneva di dover cercare e di poter trovare evidenti risposte eziologiche della malattia mentale (in particolare della schizofrenia definita da Kraepelin *daementia praecox*) dalla anatomia patologica.

Allo scopo di evitare equivoci è opportuno chiarire che per Jaspers la psicopatologia generale non è filosofia (pur avendo con la filosofia una relazione dialettica) così come non è medicina, in quanto scienza autonoma che ha come oggetto l'accadere psichico reale e cosciente nei suoi aspetti abnormi e si configura, quindi, come un pensiero concettuale, comunicabile e sistematico volto a individuare e comprendere il vissuto mentale

e patologico nei suoi aspetti formali. Per questi motivi la psicopatologia generale non si estende all'eziologia e alla nosologia, mentre un continuatore di Jaspers, K. Schneider ritenne di poter costruire una psicopatologia clinica in stretto raccordo con la nosologia e l'eziologia quale fondamento della nosografia.

Vi è, inoltre, un'altra significativa ed essenziale attualità della psicopatologia generale in quanto precorre la bioetica contemporanea con il suo principio della tutela della soggettività, per cui il malato mentale non può e, soprattutto, non deve venire oggettivato e reificato. Si può quindi individuare una convinta adesione al postulato kantiano della persona umana come fine, palesemente, benché non intenzionalmente, disatteso dalla psichiatria organicistica, tutta calata nell'esame e nella modificazione del caso clinico e non sempre attenta alle responsabilità deontologiche ed etiche del medico nei confronti del paziente.

Non si può infine omettere di rilevare la straordinaria fecondità nella storia della psichiatria della *Psicopatologia generale* di Jaspers. Ricordiamo Minkowski che recupera la distinzione spiegazione-comprensione in coerenza ad un approccio metodologico orientato in senso psicologico-fenomenologico e non biologico-naturalistico e che mutua da Jaspers il principio dell'autonomia della causalità psicologica (o, meglio, della sua costellazione di connessioni) dalla causalità fisiologica con l'apertura alla descrizione dei vissuti dello psicotico e alla comprensione del suo mondo complesso e creativo, non obiettivabile e irriducibile, quindi, a mero caso clinico.

Oltre a quella di Jaspers è da segnalare in Minkowski l'influenza di Husserl e soprattutto di Bergson e ciò contribuisce a rifiutare l'osservazione neutrale e distaccata della sintomatologia, cosicché la diagnosi è affidata alla "penetrazione", al contatto empatico nel quadro di un'autentica relazione interpersonale tra clinico e paziente. Va altresì ricordato Straus (le cui fonti oltre a Jaspers sono i filosofi Husserl e Scheler) per la radicalizzazione dell'orientamento fenomenologico-antropologico che

conduce a non vincolare strettamente la psichiatria alla medicina: la prima che ha come oggetto l'uomo come esistenza, inserita nel mondo storico-sociale, l'altra l'uomo come organismo biologico. Anche von Gebsattel (in cui è presente oltre Jaspers anche Scheler) ripropone in termini rigidi il dualismo nel rapporto clinico con lo psicotico tra il modello medico-biologico e quello fenomenologico-antropologico al fine di evitare l'oggettivazione del malato e di instaurare, invece, una comunicazione interpersonale caratterizzata dalla accettazione, dalla comprensione e dalla solidarietà.

Ma non vi è dubbio che il continuatore più famoso e più autorevole di Jaspers, sia Binswanger che ha dato un originale apporto al pensiero psichiatrico contemporaneo mediante un modello teorico, certamente nuovo, ma che comunque non sarebbe né possibile né comprensibile qualora venisse scisso e isolato dalla Psicopatologia generale.

La sua *daseinsanalyse* non comporta, infatti, che la psichiatria per sottrarsi al modello organicistico diventi una psicologia critica o una filosofia o un'antropologia filosofica, ma va invece intesa come scienza di esperienza che usa come suo strumento il metodo fenomenologico e che ha come oggetto l'esperienza psicotica, intesa come esistenza dotata di significato. Il percorso storico del suo pensiero si sviluppa nelle tre tappe della fenomenologia descrittiva (in cui è molto accentuata l'influenza di Jaspers, mediata tuttavia dalle ricerche logiche di Husserl), della fenomenologia antropologica (caratterizzata dalla presenza dominante di Heidegger) e della fenomenologia trascendentale sulla genesi del mondo psicotico (in cui vi è una sintesi tra Jaspers e l'Husserl della maturità).

L'impatto della prospettiva jaspersiana con le istanze di una psichiatria, ispirata totalmente alla *evidence based medicine*, non può e non deve comunque ubbidire ad una logica della rigida contrapposizione, ma indurre ad una seria riflessione ispirata al dialogo e al confronto. Si può infatti osservare che parametri valutativi diversi non entrano in collisione, sia se non vengono dogmaticamente assolutizzati con l'indicazione di un

unico orientamento valido, sia se distinguono – senza comunque separarle - la psicopatologia dalla clinica. Per questo motivo la persuasione della sostanziale attualità del pensiero jaspersiano per quanto attiene la specificità e l'autonomia epistemologica-metodologica della psichiatria è del tutto conciliabile con la fruizione dei progressi delle neuroscienze e della psicofarmacologia per la loro fecondità nella prassi clinica.

*Prof. Emerito dell'Univ. di Genova

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Borgna E., *I conflitti del conoscere*. Feltrinelli, Milano, 1998.
2. Giannelli A., *Follia e psichiatria: crisi di una relazione*. Angeli, Milano, 2007.
3. Liverta Sempio O., et al. (a cura di), *Teoria della mente tra normalità e patologia*. Cortina, Milano, 2005.
4. Mancia M., *Neurofisiologia e vita mentale*. Zannichelli, Bologna, 1980.
5. Searle R. J., *La mente*. Cortina, Milano, 2005.
6. Siegle D. J., *La mente relazionale*. Cortina, Milano, 2001.
7. Spinelli S., Vender S. (a cura di), *L'incontro con il paziente psicotico nel suo percorso esistenziale*. Insubria University Press., Varese, 2005.

Sogno ed esistenza

*Borgna Eugenio**

PREMESSA

Non è possibile riflettere sulle considerazioni fenomenologiche e antropologiche, che Ludwig Binswanger è venuto genialmente svolgendo nei suoi lavori, senza ricordare come in essi egli si sia ispirato, in parte, alla filosofia husserliana e in parte, sempre più dominante, a quella heideggeriana. Quando egli ha scritto il saggio “Sogno ed esistenza” sulle correlazioni tematiche fra il sogno e l’esistenza, nel 1930, è stato radicalmente influenzato dall’opera fondamentale di Martin Heidegger, “Essere e tempo”, uscita nel 1927; mentre i suoi primi lavori si sono svolti nel contesto filosofico della fenomenologia husserliana, e in particolare di “Ricerche filosofiche”. La ispirazione heideggeriana, che è stata a fondamento dei celeberrimi studi sulla schizofrenia e sulla mania, si è venuta poi esaurendo nei suoi ultimi lavori, degli anni Sessanta, sulla malinconia e sul delirio; nei quali si è ricostruita una radicale influenza husserliana: quella tematizzata dalle “Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica”.

LA INTERPRETAZIONE BINSWANGERIANA DEL SOGNO

Il discorso ermeneutico sui sogni si incentra, in Binswanger, su quello che ha come suo contenuto manifesto il cadere e il volare, il discendere e l’ascendere, che sono considerati come modi di essere costitutivi dell’esistenza: comuni, anche se diversi, alla veglia e al sogno: al di là delle loro diverse connotazioni tematiche.

Quando noi abbiamo una improvvisa delusione, ci sentiamo “cadere dalle nuvole”, e, quando si spengono le nostre speranze e i nostri desideri, le nostre aspettative e le nostre illusioni, il nostro sguardo “si offusca”, viene avvolto dalla nebbia; mentre, quando siamo felici, ci sentiamo “al settimo cielo”. Il cadere, come del resto il suo opposto, l’ascendere, sono figure esistenziali: sono modi di essere che sgorgano dalle radici ontologiche del sognare, e non possono essere decifrati se non muovendo dai loro contenuti manifesti, ed espliciti.

I sogni, scrive Binswanger, sono posti abitualmente in correlazione ora con una condizione di malessere somatico ora, nel contesto della psicoanalisi freudiana, con la insorgenza di desideri sessuali. Diversa ne è la sua impostazione: essa si propone di comprendere e di spiegare perché, proprio in quel momento, colui che sogna rivolge la sua attenzione al disturbo della propria respirazione, o perché, proprio in questo momento, è indotto ad avere desideri di natura sessuale; determinandosi, così, una circolarità di esperienze fra il sogno e la veglia.

Cose, queste, che non è possibile conoscere se non ricercando quali motivi scandiscano, di volta in volta, la storia interiore, o quella esteriore, della vita di chi sogna; nel contesto del metodo che Binswanger ha seguito nella analisi, e nella descrizione, delle esperienze psicotiche: della follia.

IL SOGNO COME MODALITÀ DI ESISTENZA

Il sogno sarà compreso nella sua ultima radice fenomenologica solo quando ci si avvicina al suo fondamento ontologico: al suo fare parte di una struttura esistenziale. L’esperienza del salire e del cadere, del volare e del precipitare, appartiene ontologicamente all’umano, e, in quanto tale, non deve sorprendere che essa sia così frequente e così paradigmatica nella vita sognante. E Binswanger sottolinea l’esigenza di non escludere in ogni esperienza

della vita la palpitante presenza dell'uomo intero sia nella vita psichica patologica sia nelle esperienze del sogno, e degli stati sognanti, e cioè nelle condizioni umane nelle quali si rivelano espressioni della vita abitualmente considerate insignificanti in ordine alla razionalità, o tali da essere ricondotte a cause biologiche.

L'indagine fenomenologica considera il sogno come una particolare modalità di essere-nel-mondo: come un mondo particolare e come una particolare modalità di esistenza; riconoscendo nel sogno l'uomo, nella sua intera problematica esistenziale, sia pure nel contesto di una forma di vita diversa da quella della veglia, ma nella quale si intravedano gli anelli strutturali di una comune costituzione a priori, e cioè ontologica, del sogno e della esistenza.

L'indagine fenomenologica, e questo la distingue radicalmente da quella freudiana e junghiana, è indirizzata al vertiginoso approfondimento del contenuto esplicito del sogno; giungendo, così, a valutare le originarie correlazioni fra emozioni e immagini, fra stati d'animo e scenografie sognanti.

Il linguaggio binswagneriano, il suo modo di essere e le sue articolazioni concettuali, sono quanto mai complessi e ardui: nutriti, come dicevo, del vertiginoso pensiero heideggeriano; e, al di là di ogni mio sforzo inteso a semplificare le cose, non so se, e in quale misura, sia possibile, a chi non conosca "Essere e tempo", intendere la dimensione fenomenologica del discorso di Binswanger: nei suoi abissi di significato che hanno nondimeno radicalmente cambiato anche il modo di essere della psichiatria che, sulla scia del suo grande pensiero, si è costituita definitivamente come scienza umana.

FRAMMENTI DI SOGNI

Nella poesia recente, come in quella antica, nei sogni e nei miti di ogni tempo, e di ogni uomo, si ritrovano continuamente l'aquila o il falco, il nibbio o l'avvoltoio,

quali personificazioni della nostra esistenza che ascende, o che cade; e questo testimonia del fatto che, ancora una volta, il cadere e l'innalzarsi sono elementi essenziali della esistenza: della condizione umana. Le figure sognate delle aquile, degli uccelli in generale, sono innate, e autentiche, espressioni esistenziali; e, a questo proposito, Binswanger descrive il sogno di una sua paziente nella quale il conflitto psichico è tematizzato da un conflitto di amore e di morte. "Davanti ai miei occhi un falco si precipita su una colomba bianca, la ferisce al capo e poi si alza in volo con essa. Io seguo l'animale, gridando e battendo le mani, e dopo una lunga caccia riesco a strappargli la colomba. La raccolgo da terra e mi accorgo con grande dolore che è già morta". Il sogno testimonia della lotta di due creature: l'una, quella del falco, rappresenta l'aspetto dell'ascesa e della vittoria, e l'altra, quella della colomba, l'aspetto della caduta e della ferita mortale: che tematizzavano l'esistenza lacerata, e nascosta, della paziente.

Al sogno di questa paziente Binswanger contrappone il sogno descritto nei suoi diari da Gottfried Keller, il grande scrittore svizzero: un'aquila si librava su nel cielo, destandogli una gioia profonda, e poi si avvicinava così pericolosamente alla finestra della casa da indurre Keller a spararle; ma, a terra, non trovava l'aquila e invece un mucchio di pezzetti neri di carta. Nella immagine del sogno, dell'aquila che si innalza vertiginosamente nel cielo, e che poi si dissolve trascinando nel sognatore una profonda delusione, sembra di sentire battere, questo è il pensiero di Binswanger, il polso dell'esistenza: nella sua sistole e nella sua diastole, nella sua espansione e nella sua depressione, nel suo ascendere e nel suo ripiegarsi su se stessa.

I contenuti dei due sogni indicano due diversi modi, in Keller e nella paziente, di rivivere nel sogno la propria angoscia e la propria disperazione, le proprie speranze e le proprie delusioni; ma con risonanze emozionali diverse che ne indicano la antitetica Stimmung esistenziale.

ALTRI SOGNI

In altri sogni, come in quello di un suo paziente, Binswanger riconosceva la presenza di una angoscia ancora più profonda, e anzi di una radicale scompenzazione psicotica, che il contenuto esplicito del sogno rivelava con drastica chiarezza. Questo è il sogno che egli definisce “cosmico”: “Mi trovavo in un altro mondo, meraviglioso, in un mare di mondi, su cui io galleggiavo, senza forma. Da lontano vedevo la terra e gli astri, e mi sentivo orribilmente fuggevole e ricolmo di un senso enorme di forza”. Un sogno di morte lo definisce il paziente; e Binswanger scrive che questo galleggiare senza forma, questa completa dissolvenza della forma corporea, denotavano la presenza di una radicale alterazione della struttura spirituale della persona.

Il sogno indica, così, un modo esistenziale di essere nel quale è possibile riconoscere la emblematica presenza di una esistenza psicotica’.

L’analisi della storia della vita esteriore, e interiore, del paziente consentiva a Binswanger di dire che questo ritorno alla forza cosmica originaria corrispondeva ad una acuta nostalgia, con qualche incrinatura erotica, della madre, e alla conseguente esigenza, realizzatasi, di trovare protezione in una persona che lo amasse con istinto materno. A queste conclusioni egli giungeva mediante modalità ermeneutiche di matrice radicalmente heideggeriana che non mi è possibile, qui, ripercorrere nella loro labirintica complessità, e che comunque non sfuggono ad una radicale oscurità.

In ogni caso, le immagini del salire e del cadere, dell’ascendere e del discendere, dell’innalzarsi e del precipitare giù, del volare verticalmente verso l’alto, del librarsi nei cieli stellati, e del cadere giù, dello sprofondare in terra,

si intrecciano nei sogni con le immagini degli uccelli rapaci che piombano su una colomba, o su altri animali, per rapirli e annientarli. Queste immagini sono colte da Binswanger nella radicale significazione esistenziale che riemerge dal loro contenuto manifesto, e che consente di conoscere cosa si animi, e cosa si viva, nella esistenza di chi sogna.

LE CONCLUSIONI

Questo è uno dei testi binswangeriani più complessi, e più filosofici, e ho nondimeno cercato di coglierne gli aspetti che abbiano possibili consonanze con le ragioni d’essere della psichiatria. Non mi sono soffermato sull’excursus tematico che ha a che fare con la filosofia greca e con quella hegeliana; e questo perché il discorso si fa, qui, ancora più arduo e, in ogni caso, meta-clinico.

Vorrei concludere il mio discorso ribadendo come, in Binswanger, la storia della vita interiore, quella che si realizza nella condizione di veglia, e la funzione di vita, quella che si svolge nel sogno, benché radicalmente diverse l’una dall’altra, abbiano nondimeno una comune paradigmatica fondazione esistenziale. Ne va, in esse, della condizione umana tout court; e l’una trapassa di volta in volta nell’altra sulla scia di comuni figure esistenziali.

Queste riflessioni denotano ancora una volta la estrema complessità del discorso di Binswanger sulla costituzione esistenziale del sogno; ma vorrei solo risottolineare come nel suo discorso il sognare non sia se non un altro modo di essere-nel-mondo: in un mondo dal quale scompaiono le figure esistenziali del tempo e dello spazio, della alterità e della alienità, che sopravvivono modificate nella follia, e nel quale invece sono le figure esistenziali del salire e dello

r. Molto diverso è il sogno, che Binswanger considera ugualmente “cosmico”, di Jean Paul: il visionario scrittore tedesco: “Veramente felice, innalzato nel corpo e nello spirito, certe volte volavo verticalmente verso l’alto, verso il profondo cielo azzurro delle stelle, e l’edificio del mondo cantava sotto di me!” Questo sogno non ha nulla a che fare con la agghiacciante, e astratta, fantasia cosmica che si manifestava nel sogno del paziente; testimoniando invece di una indicibile serenità dell’anima.

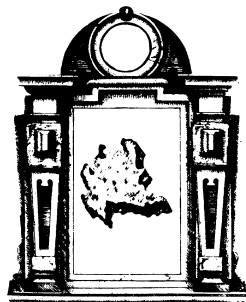
scendere, del volare e del cadere in basso, ad esserne gli elementi tematici decisivi: di volta in volta diversamente articolati nella loro fenomenologia.

La interpretazione binswangeriana dei sogni, così complessa e così ardua, così oscura e così enigmatica, non può valere se non nella comprensione di alcune esperienze sognanti, e nondimeno anche solo questo ne giustifica lo studio così affascinante e così enigmatico; ma ci sono più cose in cielo e in terra di quelle che non conoscano le nostre psichiatrie e le nostre filosofie, e allora non lasciamoci distrarre dalla complessità e dalla apparente astrattezza delle riflessioni di Ludwig Binswanger. Ci sono in esse intuizioni radicali sulla essenza dei sogni, sul loro fare parte della condizione umana, così come di questa fa parte nei suoi orizzonti di senso la follia, alla quale il grande psichiatra svizzero ha ridonato una inalienabile significazione antropologica e fenomenologica. Certo, la interpretazione esistenziale del sogno tematizzata da Binswanger non può essere confrontata con quella rivoluzionaria e geniale di Sigmund Freud; ma, se inserita nel contesto della straordinaria umanizzazione della follia, a cui hanno portato le ricerche fenomenologiche di Binswanger, anche questi suoi studi sul sogno assumono una loro radicale significazione. In ogni caso, come dimostrano le splendide lettere che si sono scambiate fino agli ultimi giorni, non sono mai venute meno fra loro la reciproca incondizionata stima, e la reciproca sincera amicizia; e questo nonostante che Binswanger, così come Jung, si fosse allontanato dalla società di psicoanalisi alla quale aveva inizialmente aderito. Come si sa, tempestosa e tragica è stata invece la conclusione della relazione fra Freud e Jung: benché, ovviamente, il contesto umano e scientifico sia stato, qui, radicalmente diverso.

* *Primario emerito di psichiatria della azienda ospedaliera-universitaria Maggiore della Carità di Novara*

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE

1. Binswanger L., *Ueber Phaenomenologie (1935)*. in Binswanger L., *Ausgewahlte Vortraege und Aufsaeetze*, I, Zur phaenomenologischen Anthropologie, Francke, Bern, 1947.
2. Binswanger L., *Traum und Existenz (1930)*, in Binswanger L., *Ausgewahlte Vortraege und Aufsaeetze*, I, Zur phaenomenologischen Anthropologie, Francke, Bern 1947.
3. Borgna E., *Di armonia risuona e di follia*. Feltrinelli, Milano, 2013.
4. Eraclito, *I frammenti e le testimonianze*. Mondadori, Milano, 1980.
5. Freud S., *L'interpretazione dei sogni*. Einaudi, Torino 2013
6. Freud S., Binswanger L., *Briefwechsler 1908-1938*, Fischer, Frankfurt am Main, 1992.
7. Heidegger M., *Sein und Zeit*, Niemeyer, Tuebingen, 1963.
8. Husserl E., *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*. Einaudi, Torino, 1965.
9. Husserl E., *Ricerche logiche I e II*, Il Saggiatore, Milano, 1968.



NOTE DAI CONVEGNI

Di seguito sono riportati i poster presentati al Convegno
“Disturbi Affettivi tra Ospedale e Territorio: La sfida per una corretta risposta di cura”

Milano 31 maggio - 1 giugno 2013



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MILANO
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Percezione soggettiva ed effetto contesto nel trattamento farmacologico infusivo dell'episodio depressivo maggiore resistente

Galimberti C., Bosi M.F., Tirelli A., Truzoli R., Viganò C., Ba G.*



Ospedale Luigi Sacco
Azienda Ospedaliera Polo
Universitario

INTRODUZIONE

Diversi fattori aspecifici concorrono nel determinare gli effetti terapeutici di un intervento medico, determinando quello che alcuni Autori hanno definito effetto contesto. Esso rappresenta l'effetto determinato dall'aspettativa del paziente nei confronti del trattamento, dalla via di somministrazione del farmaco, dal luogo di cura e dalle caratteristiche della relazione medico paziente (Di Blasi, 2001).

SCOPO DELLO STUDIO

- Valutare la presenza dei fattori terapeutici aspecifici (che determinano l'effetto contesto) nel trattamento farmacologico infusivo dell'Episodio Depressivo Maggiore Resistente in un contesto di cura di day hospital
- Analizzare la percezione soggettiva del contesto di cura da parte del paziente

METODOLOGIA

Sono stati considerati arruolabili nello studio i pazienti, di età compresa tra 18 e 65 anni, afferenti al Centro per la Diagnosi e il Trattamento dei Disturbi Depressivi U.O.

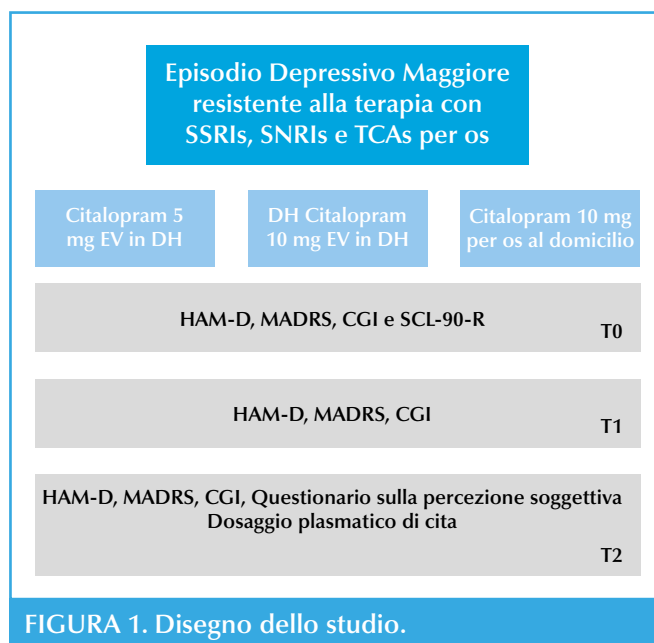


FIGURA 1. Disegno dello studio.

Psichiatria II Azienda Ospedaliera Luigi Sacco Milano, con una diagnosi di Episodio Depressivo Maggiore in atto (secondo i criteri del DSM-IV-TR), e risposta parziale o assente alla terapia antidepressiva.

RISULTATI

Sono stati reclutati in totale 39 pazienti, di cui 17 per il gruppo I (5 mg die), 19 per il gruppo II (10 mg die) e 3 per il gruppo III (ambulatoriali). Stante l'esiguità del campione per il gruppo III, in questa fase preliminare sono stati analizzati e confrontati i dati riguardanti i due gruppi di pazienti trattati con terapia endovenosa.

Questi due gruppi sono risultati omogenei per variabili socio-demografiche e livello di disagio psichico (scala SCL-90-R).

Tabella 1 - Caratteristiche demografiche del campione

	Citalopram 5 Mg DIE EV	Citalopram 10 Mg DIE EV
Numerosità campione	N=17	N=19
Sesso	M=7 ; F=10	M=8; F=11
ETA (media ± DS)	52,00±10,01	51,07±11,20
ETA esordio (media ± DS)	35,67±12,44	35,13±9,55
Familiarità per patologie psichiatriche	Positiva=8 Negativa=9	Positiva=9 Negativa=10

Andamento dei sintomi depressivi

Nei due gruppi si osserva sin dal terzo giorno (T1) una risposta alla terapia simile senza differenze statisticamente significative nei punteggi HAM-D ($z = -0,146$; $p = 0,884$).

Dopo cinque giorni di trattamento infusivo (T2) si osservano tassi di risposta al trattamento sovrapponibili, sia alla scala HAM-D ($z = -0,875$; $p = 0,381$), che alle

scale MADRS ($z = -0,814$; $p = 0,416$) e CGI ($z = -0,161$; $p = 0,872$). La risposta al trattamento è raggiunta dal 33,3% dei soggetti trattati con citalopram 5 mg e dal 46,6% dei soggetti trattati con citalopram 10 mg. Analogamente, la remissione completa si osserva nel 33% dei trattati con 5 mg e nel 47% dei trattati con 10 mg.

Dall'analisi delle risposte al questionario sulla percezione soggettiva dell'esperienza in day hospital è emerso che: il 70% dei pazienti intervistati si sente più curato in relazione alla scelta della terapia per via endovenosa, solamente il 10% si sente più malato; il

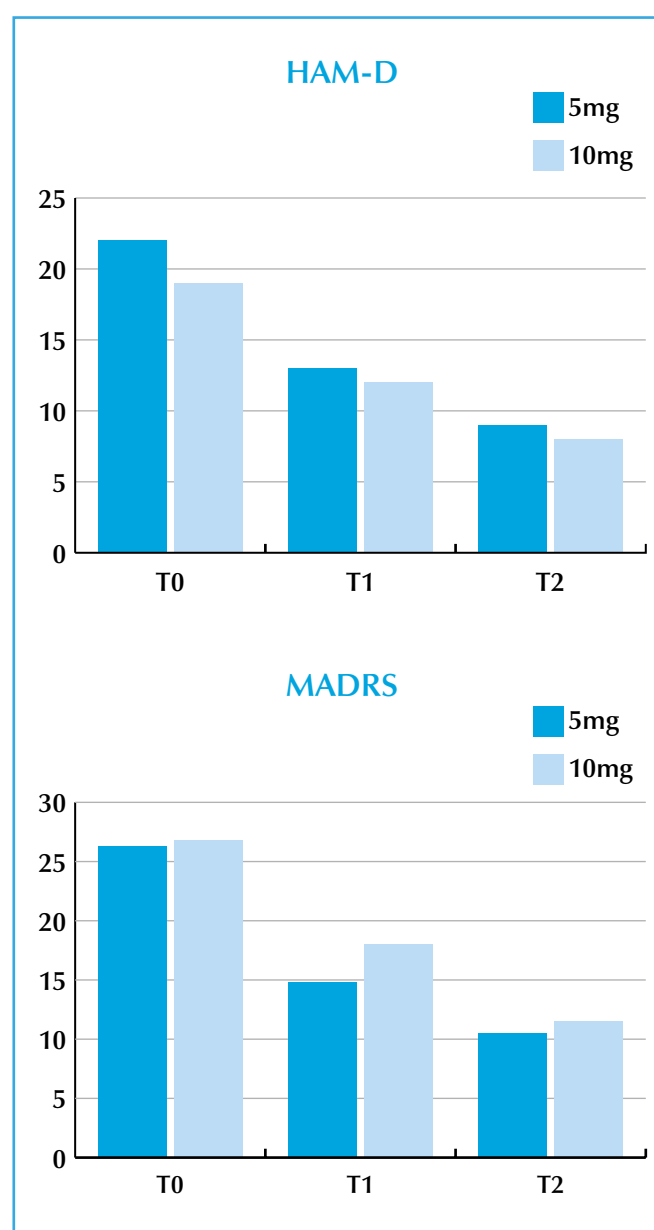
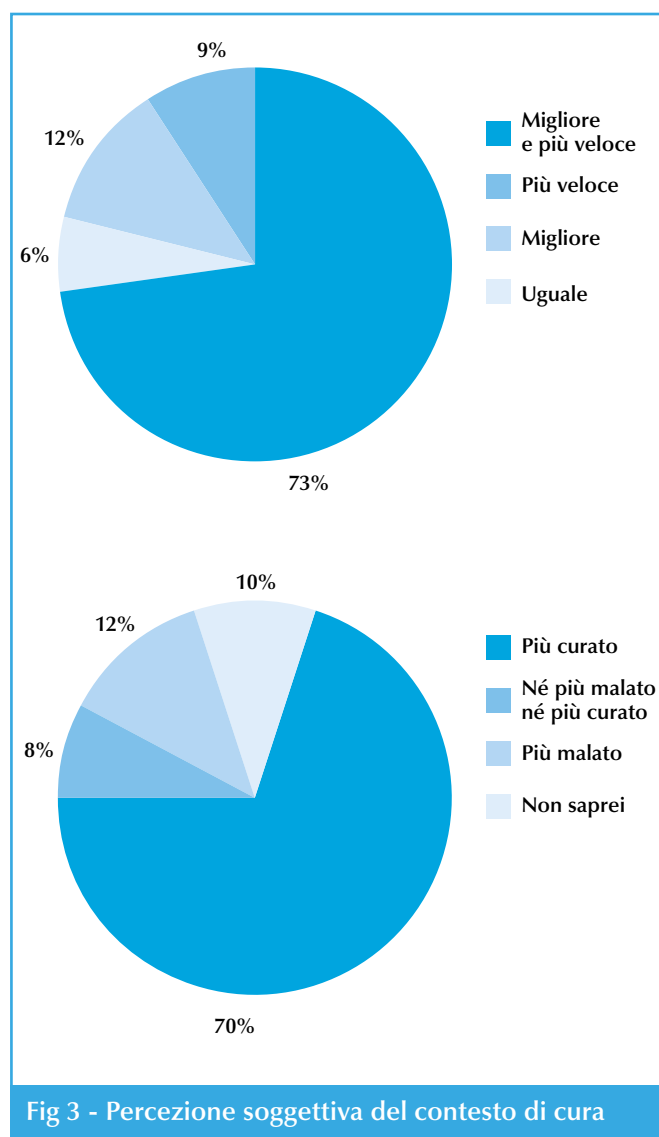


Fig 2 - Andamento dei punteggi alle scale HAM-D e MADRS.



73% è convinto che il trattamento infusivo permetta una risposta migliore e più veloce rispetto a quello orale; Il 75% crede che il fatto di dover trascorrere la mattinata in dayhospital migliora il suo stato di salute mentre solo per il 15% non influenza il suo stato di malattia; Rispettivamente il 76% e il 62% crede che il medico possa controllare in modo più approfondito il suo stato di malattia e la terapia farmacologica in day hospital rispetto a un contesto di cure ambulatoriali.

Conclusioni

I risultati preliminari di questo studio sembrano confermare come il ricovero in regime di day hospital, mo-

tivato da criteri clinici, generi nel vissuto soggettivo un potenziamento dell'effetto contesto: ciò sembrerebbe mediato dalla percezione da parte del paziente di un maggiore senso di accudimento, di un miglior controllo da parte del medico della propria terapia farmacologica nonché del proprio stato di malattia, e, non da ultimo, di una più alta aspettativa nei confronti del trattamento, essendo la via infusiva considerata più efficace e più veloce di quella orale.

Si delinea dunque un quadro in cui, come descritto da Finnis et al. (2010), i fattori terapeutici aspecifici e quelli specifici psicofarmacologici, agiscono sinergicamente determinando i massimi benefici clinici, riducendo la frequenza degli effetti collaterali e migliorando la compliance.

* Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche, Osp. L. Sacco, Università degli Studi di Milano
Centro Trattamento Disturbi Depressivi, U.O. Psichiatria II,
Az. Osp. L. Sacco, Milano

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Altamura A.C., 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 Jul;23(4):198-202.
2. Di Blasi Z., Harkness E., Ernst E., Georgiou A., Kleijnen J., *Influence of context effects on health outcomes: a systematic review*. Lancet, 2001 Mar 10;357(9258):757-62.
3. Finnis D.G., Kaptchuk T.J., Miller F., Benedetti F., *Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects*. Lancet, 2010; 375: 686-695.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MILANO
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Asenapina nel trattamento del paziente con disturbo bipolare di tipo II: uno studio retrospettivo

*Di Genova C., Galimberti C., Viganò C., Truzoli R., Bassetti R., Bosi M., Ba G.**



Ospedale Luigi Sacco
Azienda Ospedaliera Polo
Universitario

INTRODUZIONE

Il trattamento degli episodi depressivi nei pazienti bipolari risente di complicanze quali l'insorgenza di disforia e sintomi ipomanici o resistenza al trattamento maggiore rispetto agli episodi depressivi unipolari.

L'associazione di antidepressivo e stabilizzatore dell'umore o antipsicotico atipico è risultata essere efficace per ovviare a tali criticità. Asenapina è un antipsicotico di seconda generazione a somministrazione sublinguale la cui efficacia è provata a dosaggi compresi tra 10 e 20 mg nel trattamento delle fasi maniacali e degli stati misti associati al Disturbo Bipolare.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo di questo studio in aperto, prospettico, è valutare l'efficacia e la tollerabilità di Asenapina a basso dosaggio (5 mg) nel trattamento di pazienti con diagnosi di Disturbo Bipolare tipo II, con prevalenti fasi depressive/miste, caratterizzate da timismo deflesso in associazione a irritabilità, sfumata disforia, sensazione di tensione interiore con risposta inadeguata o insufficiente al trattamento antidepressivo o stabilizzatore in atto.

METODI

Sono eleggibili per lo studio 30 pazienti con diagnosi di Disturbo Bipolare II in accordo con i criteri del DSM-IV-TR, di età compresa tra 18 e 65 anni, con inadeguata risposta a precedenti terapie stabilizzanti e antidepressive.

Tutti i soggetti, mantenendo la terapia antidepressiva di base (SSRI, SNRI), sono stati trattati con Asenapina al dosaggio di 5 mg/die in aperto e dopo aver raccolto il consenso informato. Le principali caratteristiche cliniche e demografiche sono state analizzate e confrontate al baseline (Tabella 1). Il quadro psicopatologico è stato valutato all'inserimento della terapia (T_0), a 4 settimane (T_1) e a 12 settimane (T_2), tramite somministrazione di Montgomery Asberg Rating Scale (MADRS), Young Mania Rating Scale (YMRS) and Clinical Global Impression (CGI). La tollerabilità al farmaco è stata valutata con somministrazione di Extrapiramidal Symptoms Rating Scale (ESRS) al T_1 e T_2 .

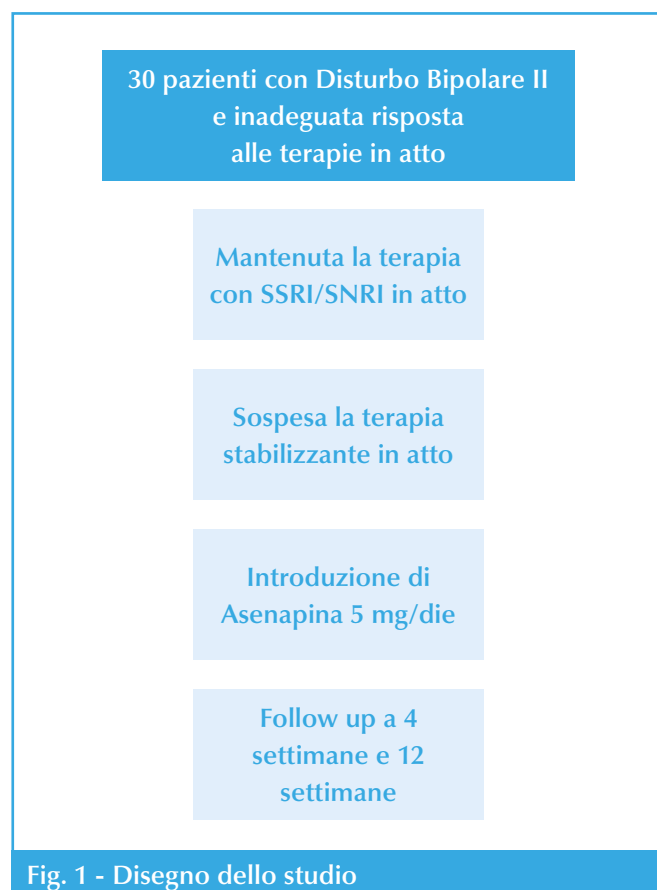


Fig. 1 - Disegno dello studio

Tabella 1 - Caratteristiche demografiche del campione

Numerosità campione	30 (M=14; F=16)
Età (media ± DS)	51,93 ± 12,36
Età esordio (media ± DS)	34,5 ± 15,25
Drop out T0 (%)	3 (10,3%)
Drop out T1 (%)	3 (10,3%)

RISULTATI

Sono stati analizzati i risultati di 24 pazienti su 30 pazienti reclutati: tre soggetti hanno interrotto il trattamento alla 2° settimana e pertanto non sono stati inclusi nelle analisi finali, tre ulteriori drop out si sono verificati alla 8° e 10° settimana.

L'analisi dei dati ($n=23$), effettuata con Wilcoxon Signed-Rank Test, evidenzia al T1 una riduzione significativa dei punteggi medi alla MADRS ($z=4.12$; $p<0.001$)

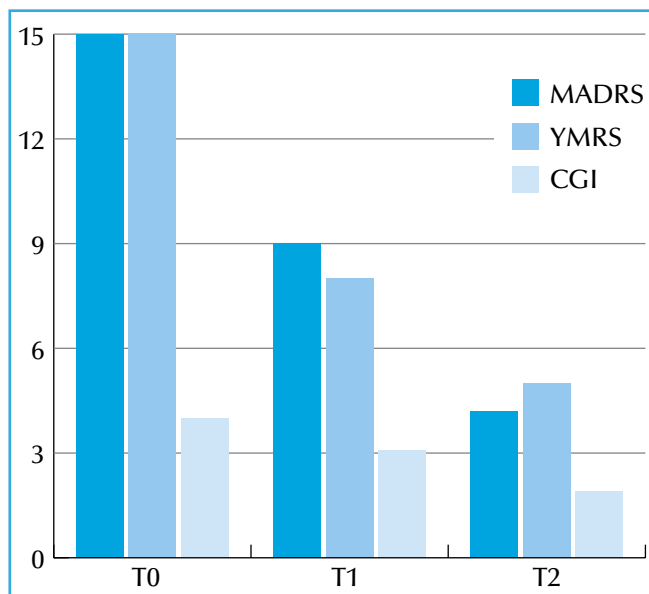


Fig. 2 - Andamento dei punteggi delle scale MADRS, YMRS e CGI.

e alla YMRS ($z=4.12$; $p<0.001$) ed un miglioramento clinico globale (CGI: $z=3.50$, $p<0.001$). Al T2 i dati confermano il miglioramento globale. (MADRS $z=3.74$ $p<0.001$; YMRS $z=3.73$ $p<0.001$; CGI $z=3.78$ $p<0.001$).

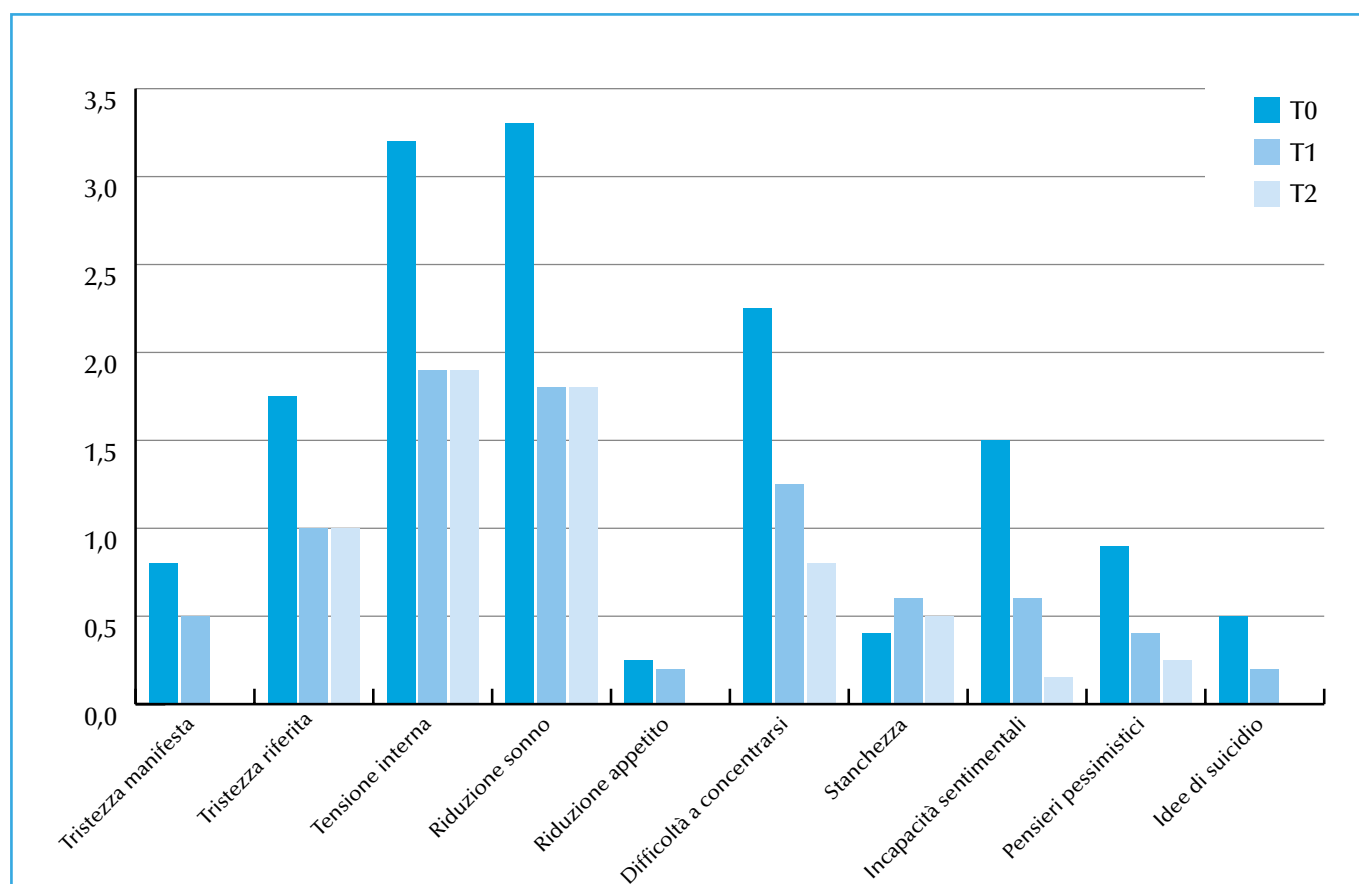


Fig. 3 - Andamento nel tempo dei singoli item alla scala MADRS.

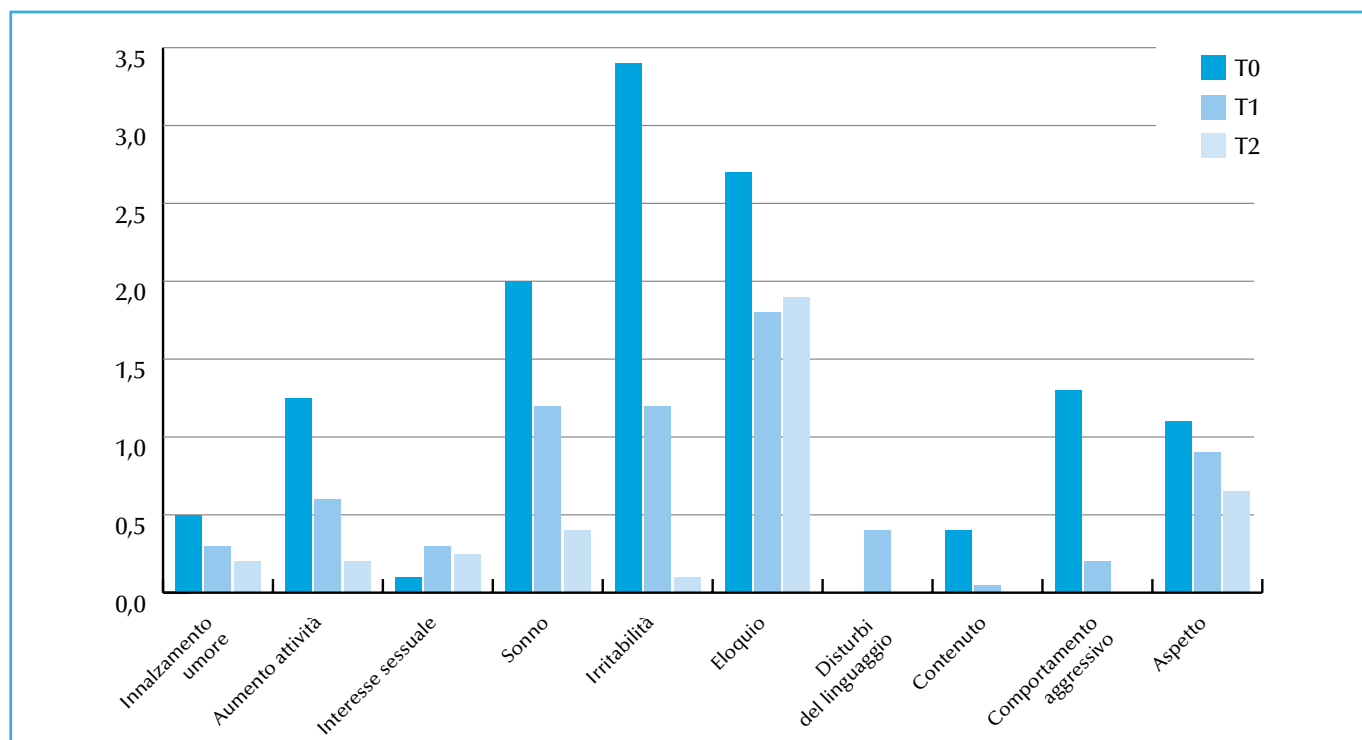


Fig. 3 - Andamento nel tempo dei singoli item alla scala MADRS.

In relazione ai singoli items della MADRS e della YMRS è stato rilevato un significativo miglioramento nei domini relativi all'irritabilità, agli aspetti di disforia e di tensione interiore evidente sia a quattro che a dodici settimane (figura 3 e 4). La ESRS non ha evidenziato effetti collaterali rilevanti. Gli eventi avversi più comunemente riscontrati sono stati ipotensione ortostatica, vertigine e sedazione diurna di lieve entità, in due casi si sono verificati episodi prelipotimici che hanno causato drop out.

CONCLUSIONI

Benchè si tratti di uno studio preliminare condotto in un contesto naturalistico e su un campione di ridotte dimensioni, i dati ottenuti da questo studio permettono di rilevare che l'utilizzo di Asenapina 5 mg permette un outcome migliore nei pazienti affetti da Disturbo Bipolare tipo II. Si ritiene necessario approfondire tale risultato con uno studio controllato e su popolazioni più ampie.

*Centro Trattamento Disturbi Depressivi, U.O. Psichiatria II, A.O. L. Sacco, Milano Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche L. Sacco, Università degli Studi di Milano

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. McIntyre R.S. et al., *Asenapine for long-term treatment of bipolar disorder: a double-blind 40-week extension study*. J. Affect Disord, 2010; 126: 358-365.
2. El-Mallakh R.S., Karipott A., *Antidepressant-associated chronic irritable dysphoria (ACID) in bipolar disorder*. J. Affect Disord, 2010; 84: 267-272.
3. Goldberg J.F. et al., *Adjunctive antidepressant use and symptomatic recovery among bipolar depressed patients with concomitant manic symptoms: findings from the STEP-BD*. Am. J. Psychiatry, 2008; 164: 1348-1355.
4. Rybakowski J.K., *Bipolarity and inadequate response to antidepressant drugs: Clinical and psychopharmacological perspective*. J. Affect Disord 2010; 136: 13-19.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MILANO
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Valutazione delle dinamiche familiari nei pazienti con disturbi Psichiatrici maggiori: il test di Brem Graser

*Bottarini F., Beltrami M.M., Truzoli R., Galimberti C., Mattone C. *, Viganò C., Ba G.*



Ospedale Luigi Sacco
Azienda Ospedaliera Polo
Universitario

INTRODUZIONE

I test proiettivi prevedono la presentazione di uno stimolo ambiguo, o la produzione di una risposta (quale un disegno) per cui sono prevedibili risposte diverse, in relazione ai differenti modi d'essere e vissuti delle persone. Il test proiettivo di rappresentazione grafica della famiglia in animali di Brem-Graser rientra fra le tecniche proiettive che includono i metodi di disegno di figure umane e di creazione di storie.

L'utilità dei test proiettivi nell'integrazione delle informazioni anamnestiche è riconosciuta nonostante le controversie relative alla loro attendibilità e validità.

Sembra ragionevole quindi una considerazione dello status scientifico delle tecniche proiettive non in relazione alla loro validità o meno ma rispetto alla loro utilità in contesti e per valutazioni specifiche.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Verifica della possibilità di estendere l'applicazione del test di Brem - Graser, tradizionalmente utilizzato nell'infanzia, a pazienti con disturbi psichiatrici maggiori inseriti in strutture residenziali, al fine di utilizzarlo come strumento confermativo ed integrativo dell'indagine anamnestica.

Nello specifico, l'applicazione del test è stata valutata in termini di:

1. verifica di quanto le informazioni estrapolate fossero coerenti con i dati noti
2. verifica di quanto permettesse di evidenziare informazioni nuove.

MATERIALI E METODI

Il test di Brem-Graser permette di identificare tre dimensioni (valorizzazione, potere, legame) importanti nel definire il vissuto soggettivo del paziente all'interno della propria famiglia. La somministrazione include due fasi:

1. Il paziente disegna la sua famiglia come se i componenti fossero animali
2. Il valutatore esegue una breve inchiesta per chiarire significato e motivazioni delle scelte effettuate, e chiede al paziente di descrivere ogni animale rappresentato indicando tre aggettivi.

Successivamente il valutatore elabora indici relativi a relazioni familiari di valorizzazione-svalorizzazione, potere-debolezza e legame-separazione.

Il test di Brem Graser è stato somministrato a 6 pazienti affetti da disturbi psicotici inseriti in CRA da valutatore esterno alla struttura e neutro, appositamente addestrato. Una volta elaborati i risultati, sono stati presentati in forma anonima agli operatori di riferimento del paziente allo scopo di verificare quanto le informazioni estrapolate



fossero coerenti ai dati già noti e quantopermettessero di evidenziare informazioni nuove.

RISULTATI

Casi clinici esemplificativi

Paziente 1 - 48 anni, diagnosi: schizofrenia Il paziente è il membro della famiglia che maggiormente si svalorizza e si percepisce come più debole. Il padre viene più valorizzato rispetto alla madre, mentre la madre emerge come il membro più potente, rivelando di avere un ruolo molto forte all'interno della famiglia. Tutti i legami sono caratterizzati da assenza di separazione ed eccesso di legame, in particolare tra padre e madre. La psichiatra riconosce di quale paziente si tratta (utili soprattutto i valori di svalorizzazione di sé e la totale assenza di separazione). Inoltre la psichiatra conferma il ruolo forte della madre, mentre spiega che il valore attribuito alla con la figura paterna non era emerso all'indagine clinico-anamnestica.

Paziente 2 - 47 anni, diagnosi: disturbo depressivo con sintomi psicotici. Tutti i membri della famiglia risultano svalorizzati, in particolare il padre. La madre e la paziente ottengono valori di valorizzazione e svalorizzazione simili. I fratelli sono tutti svalorizzati, tranne uno. I legami con i genitori sono molto forti, in particolare quello con la madre che è caratterizzato da assenza di separazione. I legami con i fratelli sono forti, ma meno di quelli con i genitori. Inoltre si evidenzia con loro separazione e differenziazione. I sei fratelli hanno, invece, tra loro un rapporto privilegiato, da cui la paziente rimane esclusa. La psichiatra individua la paziente dalla dimensione dei legami. A conferma del legame forte con i genitori, spiega che, dopo la loro morte, ci sono state due deflessioni dell'umore. In particolare la crisi maggiore è avvenuta dopo il secondo decesso, quello della madre. La paziente inoltre è effettivamente emarginata rispetto ai fratelli, tutti autonomi e con una famiglia propria; a ciò hanno contribuito i deficit cognitivi

CONCLUSIONI

Attraverso il test di Brem-Graser è possibile indagare il vissuto relativo alle dinamiche familiari, con minori difficoltà rispetto al colloquio. L'animale, infatti, consente l'identificazione, ma è diverso quanto basta per non suscitare inibizioni. L'uso di un metodo grafico non verbale, eccetto la breve inchiesta finale, aggira la difficoltà di verbalizzare i propri vissuti. Sulla base dei risultati del test anonimo i curanti individuano correttamente il paziente corrispondente e confermano la coerenza di dinamiche familiari già note; il test mette in evidenza alcuni elementi anamnestici nuovi sulle dinamiche non derivabili dai colloqui fatti per la raccolta anamnestica.

Queste osservazioni, nonostante il numero di casi sia limitato, vanno a sostegno dell'ipotesi dell'utilità della somministrazione del test proiettivo all'inizio della raccolta anamnestica, anche come strumento per indirizzare in modo più mirato l'approfondimento clinico-anamnestico.

*° Clinica Psichiatrica - *U. O. Psicologia, Dipartimento di Scienze Cliniche L. Sacco, Università degli Studi di Milano CRA-CD U.O. Psichiatria 2, Ospedale L. Sacco Milano*

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. FrancoAngeli, Milano, 2003.
2. Delle Fave A., Massimini F., Maletto C., *Processi di modernizzazione e selezione biculturale umana*. In Inghelleri P., Terranova Cecchini R. (Eds) *Avanzamenti in Psicologia Transculturale*. Nuove Frontiere della cooperazione, 99-137. Franco Angeli, Milano, 1991.
3. Csikszentmihalyi., *Beyond boredom and anxiety*. Jasssey-Bass, San Francisco, 1975. Abstract



Gravità e gravosità: studio nel contesto dei centri diurni dell'Azienda Ospedaliera di Varese



Berto E., Caselli I., Bonalumi C., Vender S.*

INTRODUZIONE

All'interno del processo riabilitativo in ambito psichiatrico gli operatori si confrontano quotidianamente con la gravità e gravosità dei pazienti affetti da malattia psichiatrica cronica. Vista l'importanza di questi aspetti, è sorta l'esigenza di poter disporre di una scala di valutazione capace di sondare contemporaneamente un'ampia varietà di manifestazioni psichiatriche e il grado di distress riportato dall'operatore.

Materiali/metodi

Il presente studio è stato condotto all'interno dei Centri Diurni dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi" di Varese, Bisuschio e "Luvino" di Villa Maria di Luino. Sono stati inclusi 113 pazienti. Esso ha previsto la somministrazione della NPI adattata al contesto semi-residenziale unitamente alla Brief Psychiatric Rating Scale così da valutare la concurrent validity, in quanto è - a quanto risulta - la prima volta che viene applicata ad un setting semi-residenziale.

Risultato

Nel campione esaminato la sintomatologia depressiva ha mostrato la maggiore prevalenza, seguita dall'ansia, dalle allucinazioni, dai deliri, dall'agitazione e dall'apatia. Inoltre sono state rilevate correlazioni statisticamente significative tra le varie manifestazioni valutate con in domini della BPRS e dell'NPI adattata al contesto semi-residenziale con il distress dell'operatore sanitario. La patologia psicotica è risultata quella maggiormente correlata ad un elevato grado di distress, seguita dai disturbi di personalità. Per quanto riguarda le varie ma-

nifestazioni sintomatologiche, l'ansia e la depressione sono quelle arrecanti il maggior disagio.

Conclusioni e considerazioni

Data la validità dell'utilizzo dell'NPI adattata al contesto semi-residenziale in pazienti psichiatrici cronici e la dimostrata correlazione con la gravosità per gli operatori sanitari, il breve tempo di somministrazione, pari a circa una quindicina di minuti, l'utilizzo di un lessico facilmente comprensibile dal personale sanitario e la globalità della valutazione offerta da questo strumento, si aprono molteplici possibilità di impiego nel contesto del setting semi-residenziale psichiatrico.

INTRODUZIONE

Il riscontro clinico nell'ambito dell'attività dei Centri Diurni di un elevato numero di ospiti con patologia psichiatrica cronica, diagnosticata secondo i criteri del DSM-IV, e delle numerose attività che il servizio eroga attraverso l'operato di infermieri ed educatori professionali, hanno guidato e motivato questo studio finalizzato a correlare gravità e gravosità. Il concetto di gravità è inteso come l'entità del sintomo presentato, mentre la gravosità è il grado di distress degli operatori che deriva dalla gestione del paziente.

La gravità e la gravosità sono di primaria importanza nel contesto semi-residenziale e la loro correlazione è un dato di rilievo da tenere in considerazione durante tutto il percorso di cura. L'attività riabilitativa quotidiana di un Centro Diurno è fondata sulla relazione protratta nel tempo con pazienti, che pongono innumerevoli problematiche,

che mettono continuamente in discussione il ruolo degli operatori e la loro capacità di svolgere il proprio compito.

Come scala di valutazione capace di correlare questi due aspetti, è stata scelta la Neuropsychiatric Inventory adattata al contesto semi-residenziale, che offre la possibilità di sondare contemporaneamente un'ampia varietà di manifestazioni psichiatriche e il grado di distress riportato dall'operatore. Questo strumento è già disponibile in lingua italiana e è stato validato in una popolazione di anziani istituzionalizzati affetti da demenza e/o con patologia psichiatrica cronica.

MATERIALI E METODI

Il presente lavoro è uno studio trasversale di tipo osservazionale analitico. L'analisi trasversale ha previsto il campionamento di un totale di 113 pazienti dei Centri Diurni di Varese (44), Bisuschio (31), Luino (38) in un periodo di circa sei mesi, tra settembre 2012 e febbraio 2013. Come criteri di inclusione sono stati selezionati tutti i pazienti i con almeno una presenza al Centro Diurno nell'ultimo mese e con una frequenza in attivo nell'ultimo anno, così da garantire una buona conoscenza da parte dell'operatore in qualità di caregiver principale dell'intervista strutturata.

I dati raccolti sono stati analizzati utilizzando SPSS (Statistical Program for Social Science versione 20.0).

Il calcolo della correlazioni tra le scale utilizzate è stato effettuato secondo la correlazione non parametrica di Spearman. Come strumento principale dello studio è stata utilizzata la versione italiana della Neuropsychiatric Inventory. Alla versione italiana, validata dal gruppo di studio dell'Università degli Studi dell'Insubria nel 2009, sono state apportate modifiche minori allo scopo di adattare le subquestion al contesto di semiresidenzialità. Come scala di confronto, è stata usata la BPRS, strumento validato e disponibile in lingua italiana e utilizzabile nel contesto semi-residenziale per completare l'intervista con il caregiver professionale.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Caratteristiche del campione

Lo studio ha previsto il campionamento di 44 donne, corrispondenti al 38,9% del totale dei pazienti, e 69 uomini, rappresentanti il 61,1%.

L'età dei soggetti valutati è compresa tra i 22 e gli 80 anni, con una media di 48,59 anni ($\pm 11,72$ SD). Il 54% dei pazienti (61 pazienti) ha un'invalidità riconosciuta del 100%, il 30,1% 75% (34), mentre al 15,9% non è riconosciuto nessun tipo di invalidità (18).

Tale dato evidenzia la gravità psicopatologica dei pazienti che vengono inviati ai Centri Diurni. Inoltre, al 17,7% dei pazienti (20 pazienti) è stato affidato un amministratore di sostegno, mentre l'1,8% dei pazienti (2) un tutore: dato che sottolinea le importanti disabilità del bacino d'utenza.

Diagnosi psichiatrica dei pazienti

Dall'analisi della diagnosi di ingresso del campione considerato nei tre servizi, emerge che la patologia prevalente è rappresentata dai disturbi psicotici, 71,7% dei casi, seguita dai disturbi di personalità 19,5%, dai disturbi affettivi e dal disturbo d'ansia nelle sue varie

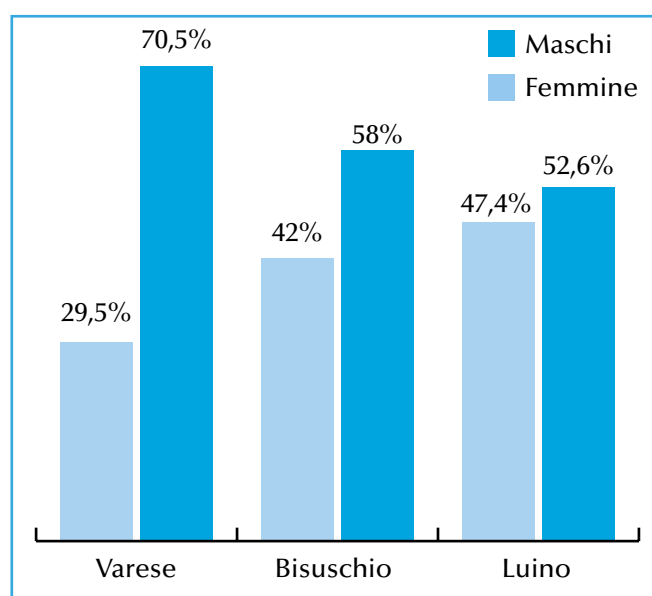


Fig.1 - Distribuzione del campione per età e genere con la suddivisione nei tre Centri Diurni

forme (2,7 % dei casi). Il ritardo mentale è presente nel 5,3 % dei casi nei soggetti analizzati.

La comparazione dei tre Centri Diurni ha mostrato una prevalenza simile e tale dato indica chiaramente come la popolazione affetta da disturbi psicotici sia quella che necessita maggiormente di servizi semiresidenziali riabilitativi.

Proprietà psicometriche

Per quanto concerne le proprietà psicometriche della scala, e

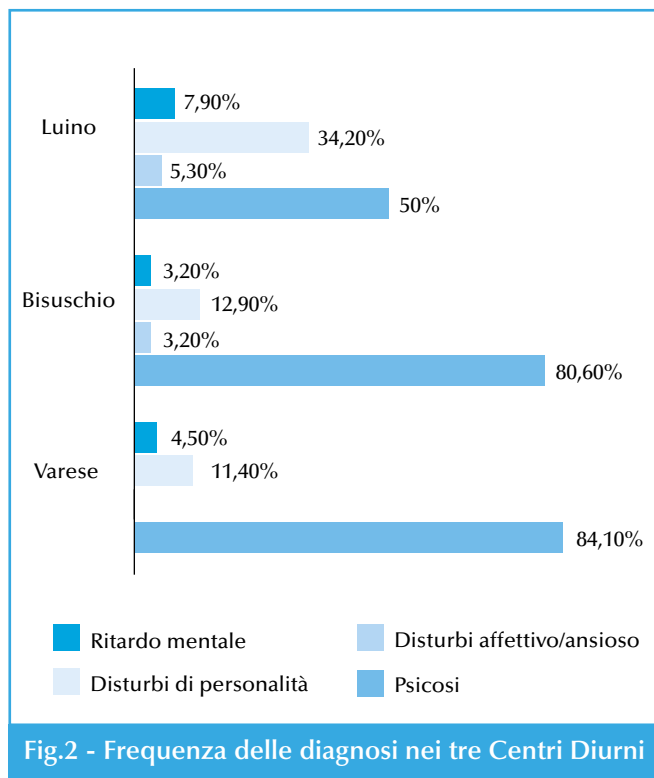


Fig.2 - Frequenza delle diagnosi nei tre Centri Diurni

in particolare la concurrent validity, sono emerse correlazioni statisticamente significative.

I domini esplorati all'interno della NPI, adattata al contesto semi-residenziale, sono stati valutati anche attraverso l'utilizzo della BPRS riportando i seguenti risultati: si evince una correlazione statisticamente significativi per le allucinazioni, $\rho=0,901$, per la depressione/disforia, $\rho=0,786$, per i deliri $\rho=0,778$, per l'euforia/esaltazione $\rho=0,565$, per l'irritabilità/labilità $\rho=0,564$. Gradi di correlazione minori ma sempre statisticamente significativi, sono stati riscontrati per l'agitazione $\rho=0,326$ e l'attività motoria $\rho=0,194$.

Cargiver

L'operatore sanitario a cui è stata sottoposta l'intervista è stato nel 58 % dei casi un educatore professionale e nel 43% un infermiere.

È stato riscontro comune una conoscenza molto dettagliata di ciascun ospite e una buona dimestichezza con la terminologia utilizzata durante la somministrazione dell'intervista strutturata.

Sintomatologia

Dall'analisi della sintomatologia del campione è emerso quanto segue: sintomatologia depressiva 61,06%, seguita da ansia 60,17%, allucinazioni 42,47%, deliri 41,59%, agitazione 40,7% e apatia 41,59%).

Altri sintomi sono stati descritti in una percentuale minore di soggetti: euforia 37,16%, irritabilità 30,97%, alterazioni dell'appetito 20,35%, disinibizione e i disturbi motori 16,81%.

Relativamente alla frequenza suddivisa nei tre Centri Diurni, si osserva che a Varese il quadro psicopatologico maggiormente rappresentato è quello caratterizzato da sintomi ascrivibili alla sfera psicotica quali deliri e allucinazioni (rispettivamente 79,60% e 79,50%), seguono depressione e ansia (79,60% e 77,20%), apatia (56,80%), agitazione ed

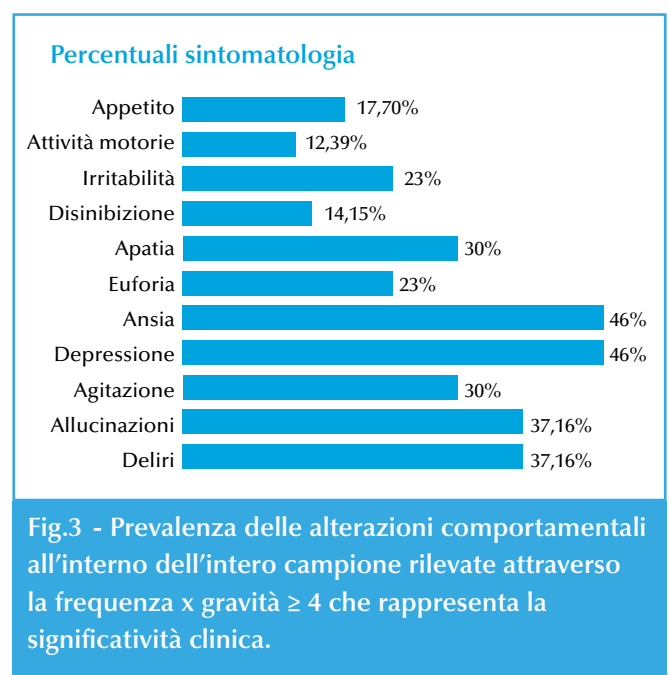


Fig.3 - Prevalenza delle alterazioni comportamentali all'interno dell'intero campione rilevate attraverso la frequenza \times gravità ≥ 4 che rappresenta la significatività clinica.

euforia (47,70%) e irritabilità (36,30%).

A Luino il campione è più omogeneo: la sintomatologia prevalente è rappresentata dall'irritabilità (23,70%), a seguire ansia e depressione (21,50%), agitazione (15,80%) apatia/indifferenza (15,80%). Il bacino d'utenza del Centro di Bisuschio è caratterizzato prevalentemente da sintomatologia depressiva e ansiosa (71%), (51,50%), in percentuale minore da agitazione (41,90%) e irritabilità (32,40%).

Correlazione sintomatologia e distress

L'ansia e la depressione sono le manifestazioni arrecanti il maggior disagio, questo in quanto il paziente che presenta tali sintomi appare bisognoso di continue rassicurazioni, di interventi individuali e fatica ad inserirsi nei gruppi strutturati. L'agitazione, l'irritabilità, i deliri, l'apatia determinano un disagio lieve, mentre l'euforia, la disinibizione, il comportamento motorio aberrante e i disturbi dell'appetito sono quelli meno disturbanti.

Correlazione psicopatologia e Distress

Per quanto concerne la correlazione tra la diagnosi psichiatrica e il grado di distress riferito dall'operatore, è emerso che il grado di distress medio per singola patologia è risultato maggiore nell'ambito dei disturbi psicotici, a seguire i disturbi di personalità, infine i disturbi affettivi e dal disturbo d'ansia.

All'interno di una struttura riabilitativa, vista la severità del quadro psicopatologico dei pazienti affetti da psicosi cronicamente attiva con le correlate anomalie comportamentali, è inevitabile che sia la patologia maggiore fonte di distress per gli operatori. Seguono i disturbi di personalità, con l'elevato grado di instabilità relazionale e comportamentale e i bisogni di attaccamento, che nel corso del tempo vengono vissuti con disagio dagli operatori che sono investiti di sentimenti molto ambivalenti e contrastanti.

Causano meno disagio i disturbi affettivi. Dall'analisi dei dati emerge che la patologia psicotica, presente in 81 pazienti, è associata al valore medio di distress per l'operatore maggiore (8,49), successivamente troviamo i disturbi

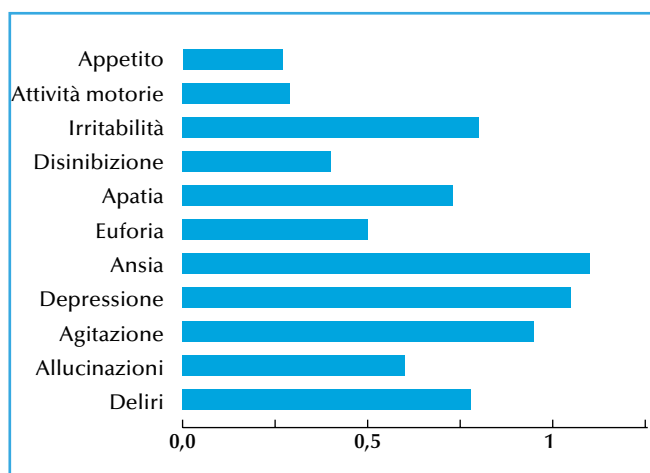


Fig.4 - Correlazione tra la sintomatologia presentata e il grado di distress percepito dagli operatori

di personalità (6,45), per un totale di 22 pazienti affetti, e infine i disturbi affettivi e ansioso (2,67), per un totale di 3 pazienti.

CONCLUSIONI

Data l'importanza dei concetti di gravità e gravosità e la loro stretta correlazione, soprattutto quando si tratta di una presa in carico di lunga durata, come in ambito riabilitativo, si auspica un sempre maggior interesse verso la realizzazione di strumenti validati volti a facilitare il compito degli operatori.

La NPI adattata al contesto semi-residenziale si è rivelata, al confronto con la BPRS, una scala capace di

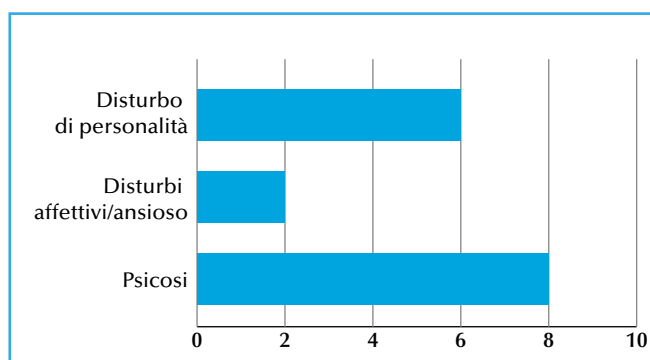


Fig.5 - Correlazione tra la diagnosi psichiatrica e il grado di distress percepito dagli operatori

sondare un'ampia gamma di manifestazioni psicopatologiche con un'alta concurrent validity. Tale scala è apparsa uno strumento in grado di:

- sondare in un breve lasso di tempo (circa 10 minuti) tutte le possibili manifestazioni delle malattie psichiatriche senza soffermarsi solo su quelle più evidenti;
- correlare la gravità della sintomatologia e la gravosità;
- rilevare l'aspetto fonte di maggior distress;
- monitorare nel tempo il distress riferito dal caregiver;
- eseguire una valutazione globale nel momento della presa in carico e anche nel follow-up regolare.

* Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Medicina Clinica,
Università degli Studi dell'Insubria, Varese

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Rozzi R., *Sul formarsi del concetto di gravosità in Il giudizio di gravità e gravosità in psichiatria*, a cura di Ferrari L., Messina T., Mistura S., Rocca G., Franco Angeli, Milano, 1995.
2. Rocca G., *Gravità e gravosità, in Centri Diurni nella nuova psichiatria. Tendenze, linee guida, problematiche, prospettive di sviluppo*. Nova Ars Libreria, Milano, 1996; pp. 79-85.
3. Bressani R., *Gravosità e progetto riabilitativo nelle strutture intermedie*, *Psichiatria Oggi*, XVII, 2004, pp. 21-23.
4. Baranzini F., Grecchi F., Berto E., Colombo D., Costantini C., Ceccon F., Cazzamalli S., Poloni N., Callegari C., *Proprietà psicometriche e analisi fattoriale della versione italiana della Neuropsychiatric Inventory Nursing Home in una popolazione di anziani istituzionalizzati in comorbilità psichiatrica*, *Rivista di Psichiatria*, 2010.

Depressione e rischio di mortalità in soggetti affetti da stroke: revisione sistematica e meta-analisi

Lax Annamaria*, Bartoli Francesco*, Lillia Nicoletta**, Crocamo Cristina***,
 Carrà Giuseppe****, Clerici Massimo*

Introduzione

- La prevalenza di depressione tra i soggetti che sopravvivono a stroke è pari a circa il 33%.
- La depressione potrebbe giocare un ruolo importante rispetto alla probabilità di recupero funzionale e all'outcome complessivo a lungo termine.
- Abbiamo ipotizzato che la depressione post-stroke sia correlata a un più elevato tasso di mortalità nella popolazione di soggetti colpiti da stroke.

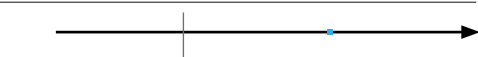
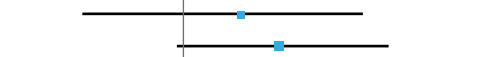

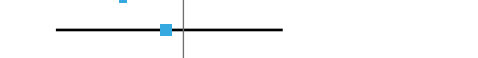
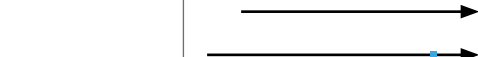
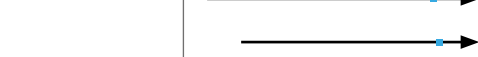








Scopo

- Studiare l'associazione fra depressione e mortalità nei pazienti affetti da stroke.

Metodi

- *Disegno dello studio*: revisione sistematica e meta-analisi, secondo le linee guida MOOSE (Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology).
- *Strategie di ricerca*: è stata effettuata una ricerca sistematica degli articoli pubblicati sul tema e indicizzati sui database PubMed e Web of Science.
- *Criteri di inclusione*:
 - valutazione della depressione in un campione di soggetti affetti da un precedente stroke;
 - stima dell'associazione tra depressione post stroke e successiva mortalità al follow-up;
 - informazioni disponibili sulla mortalità in un gruppo di controllo di individui affetti da stroke, ma privi di depressione.

Tabella 1 - OR di mortalità tra soggetti affetti da depressione post-stroke

Study or Subgroup	Weight	Odds Ratio Random, 95% CI	Odds Ratio Random, 95% CI
Almeida&Xiao, 2007	1,9%	2.06 [0.58, 7.33]	
Ellis et al., 2010	5.0%	1.35 [0.66, 2.76]	
House et al., 2001	6.8%	1.70 [0.95%, 3.04%]	
Jia et al., 2006	18.3%	0.90 [0.76, 1.06]	
Jorge et al., 2003	4.5%	0.74 [0.34, 1.61]	
Kemper et al., 2011	7.9%	0.93 [0.55, 1.57]	
Morris et al., 1993, a	0.6%	14.10 [1.33, 149.91]	
Morris et al., 1993, b	2.5%	3.39 [1.13, 10.19]	
Naess et al., 2010	2.9%	3.59 [1.33, 9.69]	
Paolucci et al., 2006	7.1%	1.14 [0.65, 2.00]	
Ried et al., 2011	12.9%	1.34 [0.97, 1.85]	
Willey et al., 2010	9.0%	1.06 [0.67, 1.70]	
Williams et al., 2004	20.6%	1.21 [1.12, 1.32]	
Total (95% CI)	100.%	1.22 [1.02, 1.32]	

follow-up < 2 years: 1.46 [0.76, 2.80]

follow-up 2-5 years: 1.21 [1.12, 1.32]

follow-up > 5 years: 1.37 [0.95, 1.97]

Tabella 2 - HR di mortalità tra soggetti affetti da depressione post-stroke

Study or Subgroup	Weight	Hazard Ratio Random, 95% CI	Hazard Ratio Random, 95% CI
Almeida&Xiao, 2007	24.2%	1.26 [0.71, 2.23]	
Naesee et al., 2010	13.4%	4.40 [1.75, 11.09]	
Ried et al., 2011	38.8%	1.28 [0.96, 1.71]	
Willey et al., 2010	23.6%	1.32 [0.73, 2.38]	
Total (95% CI)	100.0%	1.52 [1.02, 2.26]	

follow-up < 2 years: 4.40 [1.76, 11.09]

follow-up 2-5 years: 1.32 [0.73, 2.38]

follow-up > 5 years: 1.28 [0.99, 1.65]

- Analisi Statistica

- Modello a effetti random per la stima di Odds Ratio (OR) e Hazard Ratio (HR) aggregati;
- Q test and I₂ index per la valutazione dell'eterogeneità;
- Egger's test per la stima del rischio di bias di pubblicazione. L'analisi è stata condotta mediante l'utilizzo dei seguenti software statistici: Review Manager (RevMan) 5.1 software; STATA statistical software package, version 10.

Conclusioni

Il presente lavoro conferma il potenziale impatto della depressione sul rischio di mortalità in soggetti affetti da stroke. La relazione intercorrente fra depressione e mortalità secondaria a stroke sembra sussistere in funzione della durata del follow-up. Sono necessarie ulteriori ricerche al fine di chiarire la natura eziopatogenetica e fisiopatologica di tale associazione.

*Dipartimento di Chirurgia e Medicina Interdisciplinare, Università degli Studi di Milano Bicocca, Milano

**Dipartimento di Neuroscienze, Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda, Milano

***Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera San Gerardo, Monza

****Department of Mental Health Sciences, University College London, London

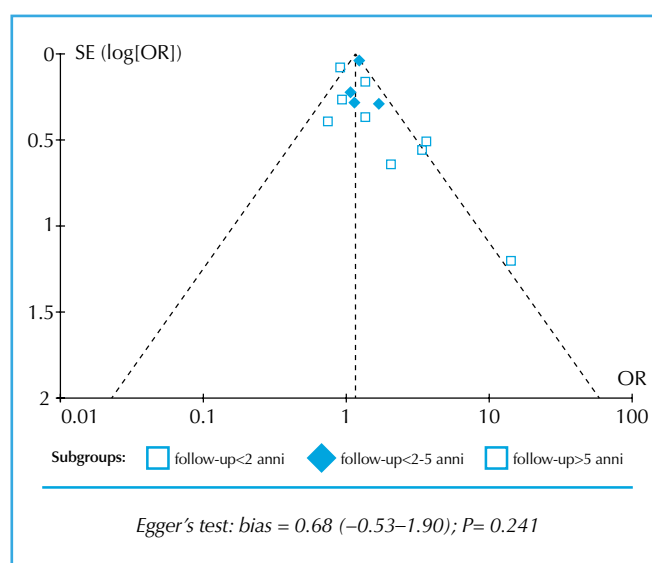


Fig.3 - Funnel plot

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Bartoli F, Lillia N., Lax A., Crocarno C., Mantero V., Carrà G., Agoŝtoni E., Clerici M., *Depression after stroke and risk of mortality: a systematic review and meta-analysis*. Stroke Res Treat. 2013;2013:862978. doi: 10.1155/2013/862978.

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: I. 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 Lombardia
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 (*Sondrio*)

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