



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

JOURNAL OF PSYCHOPATHOLOGY

GIORNALE DI PSICOPATOLOGIA

(formerly Giornale Italiano di Psicopatologia/Italian Journal of Psychopathology)

Editor-in-chief: Alessandro Rossi

**16° CONGRESSO
DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOPATOLOGIA**

Società Italiana di Psicopatologia

**PSICHIATRIA 2012:
una nuova psicopatologia per la clinica e le neuroscienze**

Roma, 14-18 febbraio 2012

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

ABSTRACT BOOK

sotto gli auspici della Fondazione Paolo Pancheri

a cura di

Roberto Brugnoli e Adalgisa Palma

Segreteria Scientifica
Roberto Brugnoli (*Coordinatore*)
Adalgisa Palma
Via Tacito 90, 00193 Roma
Tel. +39 063210494 • Fax +39 063225286
www.sopsi.it

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

Consiglieri Onorari
Giovanni Battista Cassano
Luigi Ravizza

WWW.GIPSIOPATOL.IT

Volume 18 • March 2012 • Number S1

Founders: Giovanni B. Cassano, Paolo Pancheri

Cited in: EMBASE - Excerpta Medica Database • Index Copernicus • PsycINFO • SCOPUS

PACINI
EDITORE
MEDICINA



Finito di stampare nel mese di Febbraio 2012
presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore S.p.A.
Via A. Gherardesca • 56121 Pisa
Telefono 050 313011 • Telefax 050 3130300
www.pacinimedica.it

SESSIONI PLENARIE



16° CONGRESSO

della Società Italiana di Psicopatologia

Psichiatria 2012:
una nuova psicopatologia
per la clinica
e le neuroscienze

Roma, 14-18 febbraio 2012

MARTEDÌ 14 FEBBRAIO 2012 – ORE 18,00-19,30
SALA MICHELANGELO

Sessione inaugurale

MODERATORE
M. Maj (Napoli)

From axons to Identity: keys to the mysteries of the brain and self

T.E. Feinberg

Professor of Neurology and Psychiatry, "Albert Einstein" College of Medicine, Bronx, New York; Chief, Yarmon Neurobehavior and Alzheimer's Disease Center, Beth Israel Medical Center, New York

The question I address in this talk is: "How does the brain create a self?" While there is an emerging "neuroscience of the self" that addresses important issues regarding which brain structures are critical for the creation and maintenance of the self, we currently lack unifying models that "bridge the gap" between the microstructure, macrostructure, connectivity and physiology of the brain and the unified sense of self as subjectively experienced. Here I propose a triadic model of the self as the product of three hierarchical anatomical systems: An *interoself system* that is anatomically medial and limbic, an *exterosensorimotor system* that is lateral and oriented to the non-self, and an *integrative self system* that is interposed between the other two and

serves to unify intero- and exteroceptive functions. I explain how these three systems in combination provide the neuroanatomical substrate for our sense of self and personal identity. I conclude the talk with videotapes of two *neuropsychologies of the self: the alien hand syndrome* resulting from a frontocallosoal lesion and *somatoparaphrenia* due to a right hemisphere lesion. Each shows us in different ways how the unified self breaks down in the presence of brain pathology.

References

- Feinberg TE. *Altered egos. How the brain creates the self*. New York: Oxford 2001.
- Feinberg TE. *From axons to identity. Neurological explorations of the nature of the self*. New York: WW Norton 2009.
- Feinberg TE. *Neuropsychologies of the self: a general theory*. *Neuropsychologia* 2010;12:133-58.
- Feinberg TE. *The nested neural hierarchy and the self*. *Conscious Cogn* 2011;20:4-15.
- Feinberg TE. *Neuropsychologies of the self: clinical and anatomical features*. *Conscious Cogn* 2011;20:75-81.

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 – ORE 9,30-11,30
SALA MICHELANGELO

MODERATORE
F. Bogetto (Torino)

What is the psychopathological core of schizophrenia?

J. Parnas

Medical Director, Copenhagen University Department of Psychiatry, Hvidovre Psychiatric Center

Several factors prompt the question of continuity/discontinuity between the foundational concept of schizophrenia (FCS) and the operational definitions of schizophrenia (ODS) since the construction of DSM-III. First, there is a sense of insufficient progress; secondly, there are tendencies to evade the clinical phenotypes by "neurologizing" schizophrenia and searching for extra-clinical proxies. ODS is marked by a non-specific mixture of positive and negative, with increasingly vocal trend to outdo the Kraepelinian dichotomy. Concerning FCS, there was a consensus among the researchers that the specificity and

typicality of schizophrenia was anchored to its "fundamental" clinical core (with trait status), and not to positive psychotic features, ("state" or "accessory" features). This core of was, in a diluted form, constitutive of the spectrum conditions ("schizoidia"). The fundamental features are manifest across *all domains of consciousness*: experience, expression, cognition, affectivity, behaviour and willing. The specificity of the core was only graspable at a more comprehensive, Gestalt-level, variously designated (e.g., discordance, autism, "Spaltung"), and not on the level of single features. This overall change transpires through the single symptoms and signs, lending them a characteristic phenomenological pattern. In other words, the phenomenological specificity was seen as being expressive of a fundamental *structural* or formal change of the patient's mentality (consciousness, subjectivity). The consequences of discontinuity between FCS and ODS are discussed.

Is melancholia: a distinct disease entity or just a more severe form of depression?

G. Parker

School of Psychiatry, University of New South Wales, and Black Dog Institute, Prince of Wales Hospital, Randwick, Sydney, Australia

For over 2000 years, melancholic depression was distinguished from other depressive conditions – being regarded as a distinct entity, having a strong genetic contribution contributing to disturbed biological functioning, being selectively responsive to physical treatments and having a distinctive phenotype with so-called ‘endogeneity’ symptoms. Over the last three decades, melancholia has more been positioned as a variant or sub-diagnosis of ‘major depression’, with implications that it is merely the more ‘severe’ expression of clinical depression.

This paper will overview a series of studies seeking to define melancholia as categorically distinct with the author long believing that, just as Michelangelo could see the Pietà in a lump of stone, some chipping and polishing would identify the key defining features of melancholia. Subsequent failure to deliver a pristine differentiation could support the dimensional model but is now regarded by the presenter as better positioning melancholia as a syndrome akin to Parkinson’s disease. Just as those with Parkinson’s disease may differ by having or not having bradykinesia, tremor or rigidity, those with melancholia may prioritise certain symptoms reflecting perturbed neurotransmitter sites. Just as neurologists regard Parkinson’s disease as a categorical entity and worthy of diagnosis (despite lacking a laboratory test), the author so regards melancholia – particularly in light of treatment specificity findings.

Psychopathology of eating disorders: diagnostic classes, traits, and endophenotypes

S.A. Wonderlich, K.J. Steffen, R.D. Crosby

University of North Dakota, Fargo School of Medicine & Health Sciences; Neuropsychiatric Research Institute

Several different methodologies have been used to study the underlying psychopathology characteristic of eating disorders and each approach produces novel findings with different implications. The first approach relies on empirical strategies, such as latent class analysis, to develop classification models and has recently been utilized in studies in the United States, Germany, Canada, and Italy. Across this multinational series of analyses, eating disordered individuals have been consistently classified into one of three classes: 1) food restricting/low weighted; 2) binge purge; or 3) binge eating. These empirically derived classes have demonstrated greater validity than DSM-IV diagnoses on some validators, but not all. A second empirical approach has utilized factor analysis to identify four core dimensions of eating disorder psychopathology: drive for thinness, fear of fat/purging, binge eating, and comorbid psychiatric symptoms. Studies of the psychiatric comorbidity associated with eating disorders have further identified three groups of eating disorder patients: compulsive/anxious, impulsive/emotionally dysregulated, and low comorbidity. Furthermore, there is evidence that these three subtypes of anorexia nervosa and bulimia nervosa differ in terms of biological, psychological, and social variables. The third empirical approach to studying the psychopathology of eating disorders extends the findings by considering the endophenotypic characteristics associated with these three subtypes. Two possible endophenotypes have been identified, one involving cognitive variables (e.g., set shifting, central coherence) and a second involving emotion and impulsive behaviour variables (e.g., serotonin regulation). The scientific and clinical utility of these approaches will be considered.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 – ORE 9,30-11,30

SALA MICHELANGELO

MODERATORE

G.B. Cassano (Pisa)

The bipolar spectrum: what is the common denominator?

S.N. Ghaemi

Director, Mood Disorders Program, Professor of Psychiatry, Tufts University, Boston, MA

Learning objectives

1. To improve differential diagnosis of unipolar from bipolar depression and to more effectively recognize subsyndromal symptoms in bipolar disorder.

2. To understand evidence for and against the validity of the concept of the bipolar spectrum.
3. To understand the various kinds of bipolar spectrum concepts.

The bipolar spectrum is a concept that has been receiving increasing recognition recently. Proponents hold that it is a valid concept, reflecting patients with milder manic symptoms than those seen in classic manic-depressive illness. The bipolar spectrum concept is in tension with the very broad definition of “major depressive disorder” that has become part of stand-

ard post-DSM-III psychiatric nosology. Different approaches to the concept of a bipolar spectrum have been proposed. These include: (a) the concept of affective temperaments (like dysthymia, cyclothymia, and hyperthymia), in which case the spectrum overlaps with clinical concepts of personality disorder; (b) highly recurrent, brief depressive episodes with melancholic content and no chronicity, which overlaps with the clinical concept of unipolar depression; (c) mixed depression with co-occurring manic and depressive symptoms, which overlaps with the clinical construct of agitated depression; and (d) antidepressant-induced mania, wear-off, and rapid-cycling, which overlaps with the clinical construct of treatment-resistant depression. I will discuss and compare these different notions of the bipolar spectrum in relation to standard concepts of major depressive disorder and personality disorders.

Delusions: always a false belief based on incorrect inference about external reality?

M. Broome

Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London, UK

This paper will focus on the opening line of the DSM-IV definition of delusion. Namely, that delusions are a false belief based on an incorrect inference about external reality. Many of the claims in this sentence are open to debate with a common target of psychopathological and philosophical reflection being whether, in fact, delusions are beliefs or not. However, in addition to describing these arguments, and elaborating views developed with Bortolotti that some delusions at least are like beliefs, the paper will concentrate mainly on whether delusions are based upon inferences about external reality. The Maherian 'empirical' model of delusion formation will be described: for Maher, delusions are rational explanations of anomalous perceptions and this account has influenced cognitive models of psychosis. More recently, this account has been challenged. The philosopher John Campbell has suggested that delusions are the result of a 'top down' change in rationality and this in turn relates to the neuroscientifically-informed account of Kapur of psychosis as a state of aberrant salience. Finally, the paper will conclude with demonstrating how the accounts of

Kapur and Campbell approximate to a more phenomenological account of delusions and how taking reason-giving and the 'delusional world' seriously by clinicians may yield therapeutic and ethical benefits.

Psychopathology and neurobiology of reward system – relevance for learning, psychiatric and addictive disorders

A. Heinz

Department of Psychiatry & Psychotherapy, CCM, Charité University Medical Center, Berlin

Psychiatric disorders display complex behaviour patterns that appear to be at least partially associated with altered (biased) mechanisms of learning from reward and punishment. Psychopathologically, it has been suggested to distinguish positive and negative affect and within positive affect, to distinguish "wanting" (craving for) a reward from (hedonic) "liking".

Negative mood states and learning from aversive events are modulated by serotonergic neurotransmission, while positive mood states and reward-related learning are mainly driven by opioidergic and dopaminergic neurotransmission.

We will discuss how in patients with major depression, environmental effects and serotonin transporter genotype and availability can interact with processing of aversive stimuli in limbic and prefrontal brain areas, and describe the associated psychopathological correlates.

In psychotic disorders, stress-related or chaotic dopamine discharge in the ventral striatum appears to attribute incentive salience to otherwise irrelevant stimuli, thus contributing to delusional mood, while neuroleptic blockade of striatal dopaminergic neurotransmission can increase motivational impairments.

In addictive disorders, we will suggest that neuroadaptation in dopaminergic and opioidergic neurotransmission following chronic drug intake augments neuronal responses to well-established, drug-associated stimuli while interfering with learning of new, reward-seeking behaviour patterns. These alterations can help to explain why patients "obsessively" return to drug consumption, while it is difficult for them to learn to choose and be motivated by alternative "new" rewarding situations.

VENERDÌ 15 FEBBRAIO 2012 – ORE 9,30-11,30

SALA MICHELANGELO

MODERATORE

A.C. Altamura (Milano)

Negative symptoms of schizophrenia: one or more dimensions?

B. Kirkpatrick

Department of Psychiatry, Scott & White Healthcare and Texas A&M College of Medicine

The introduction of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) led to a revival of research on the negative symptoms of schizophrenia. However, factor analytic studies have shown that items related to attention and disorganization, which are found on the SANS and other widely used scales, such as the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), do not belong among negative symptoms and should not be included in these scales. Factor analysis studies have further suggested that negative symptoms consist of at least two factors. One factor includes items related to the expression of emotion, specifically blunted affect and poverty of speech. The other factor consists of items related to emotional experience, i.e., anhedonia, asociality, and avolition. The Brief Negative Symptom Scale, based on the recommendations of a Consensus Development Conference sponsored by the U.S. National Institute of Mental Health, may be particularly sensitive to this factor structure. Whether these factors have differential relationships to other features, such as cognition or course of illness, deserves to be a focus of future research.

Verbal hallucinations in schizophrenia: linking phenomenology to brain mechanisms and treatment

R. Hoffman

Department of Psychiatry, Yale University, School of Medicine, New Haven, CT

60-80% of persons with schizophrenia report verbal hallucinations, which often produce distress, functional disability and in some cases behavioural dyscontrol. These hallucinations also occur under conditions of heightened expectancy, such as seeming to hear the voice of a lost loved one during mourning, or one's name spoken in a crowded room. It is often assumed that verbal hallucinations are instances of mislabeled inner speech. However, in the case of schizophrenia, this view does not explain the fact that most verbal hallucinations are acoustically cast in distinct, nonself speaking voices expressing verbal content seeming to reflect a specific persona. Most

patients, moreover, actively engage in internal conversational exchanges with their "voices." These phenomenological findings have prompted us to view verbal hallucinations as having a social dimension. fMRI studies by our group suggest that such hallucinations are due to corticostriatal interactions lowering threshold-of-consciousness of neural activity in speech perception networks, a shift that can also arise from heightened listener expectancy. The hallucinogenic network in schizophrenia includes non-dominant temporal regions that ordinarily are responsible for ascertaining identity and intentionality of external speakers, thus imparting an uncanny sense of "otherness." The implications of this model for developing treatments using transcranial magnetic stimulation and cognitive therapy will be discussed.

Social cognition disturbances in schizophrenia

M.F. Green

UCLA and VA Greater Los Angeles, CA

This presentation will cover: 1) how social cognition is defined and measured in schizophrenia research; 2) its relationship to community outcome and its role as a mediator; 3) how measures from social neuroscience can be adapted for use in schizophrenia research; and 4) the development of a training intervention for social cognition.

Social cognition can be reliably measured in schizophrenia and it can be divided into meaningful subcomponents, such as emotion processing, social perception, theory of mind, and attributional bias. It shows consistent relationships to daily functioning that tend to be larger than the relationships between non-social neurocognition and functioning. Also, it acts as a mediator between neurocognition and community functioning in statistical models of outcome. Studies from fMRI show that schizophrenia patients do not activate the same brain networks as controls during a mental state attribution task and during a test of empathic accuracy. A new 12-week training intervention has shown promise for improving aspects of social cognition (e.g., emotion perception and emotion management) in patients.

Overall, social cognition is a rapidly emerging area of research in schizophrenia. It holds considerable explanatory power for understanding the determinants and mechanisms of outcome and for identifying underlying neural substrates of social processes that might be dysfunctional in schizophrenia. Efforts are underway to develop novel interventions that will facilitate recovery for patients.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 – ORE 9,30-11,30

SALA MICHELANGELO

MODERATORE

G.F. Placidi (Firenze)

Conceptualization of mental disorder and its personal meanings

D. Bolton

Professor of Philosophy and Psychopathology, King's College London, Institute of Psychiatry, and King's Health Partners, Hon. Consultant Clinical Psychologist, South London and Maudsley NHS Foundation Trust

The recent emphasis on personalised healthcare has various sources and implications. One major influence has been the development of the human genome project, promising personalised bio-marking and pharmacotherapy. Another strand is in the socio-politics of healthcare, in the movement to patient/consumer empowerment and choice and values based medicine. I shall propose in this lecture that personalisation in healthcare involves also the fundamental question as to what is disease and what is not, to the problematic of the proper definition of disease. With reference to recent theoretical conceptualisations of mental disorder and those in the DSM-IV and proposed for DSM-5, I shall argue that the individual is primary in the judgments that he has a mental health problem, as opposed to no problem, or some other kind of problem, and in specification of what the problem is. This approach emphasises the central role of the person, the patient, in problem-definition, prior to but also subsequent to technical diagnosis, in discussion of treatment options, treatment, and in what counts as recovery. It follows Jaspers' view in 1913: what counts as health and illness is decided mainly not by healthcare professionals and their science but by the individual, embedded in culture.

Neuroscience and values in the assessment of psychopathology: clinical case studies

K.W.M. Fulford

Universities of Oxford and Warwick, Department of Health, Oxford

In the current climate of dramatic advances in the neurosciences, it has been widely assumed that the diagnosis of mental disorder is a matter exclusively for value-free science. Using a detailed case history, this paper will outline how, to the contrary, values come into the diagnosis of mental disorders directly through the criteria at the heart of psychiatry's most scientifically-grounded classification, the American Psychiatric Association's DSM (Diagnostic and Statistical Manual). Various possible interpretations of the importance of values in psychiat-

ric diagnosis will be outlined. Drawing on work in the Oxford analytic tradition of philosophy, it will be shown that, properly understood, diagnostic values in psychiatry are complementary to good science. This interpretation opens up psychiatric diagnostic assessment to the resources of a new skills-based approach to working with complex and conflicting values (also derived from philosophy) called "values-based practice". Developments in values-based practice in policy, training and research in the UK and internationally, will be outlined with particular reference to diagnosis. The paper will conclude with an indication of how these developments in values-based and evidence-based practice are relevant to diagnostic assessment not just in mental health but across medicine as a whole.

Psychopathology and evolution

M. Brüne

Research Department of Cognitive Neuropsychiatry and Psychiatric Preventive Medicine, LWL University Hospital, Department of Psychiatry, Psychotherapy, and Preventive Medicine, Ruhr University Bochum, Bochum, Germany

From an evolutionary point of view, one may wonder why psychopathological conditions exist at all. Why did natural selection not eliminate phenotypic traits that so clearly seem maladaptive? Modern evolutionary theorizing can offer explanations of the mechanisms that may cause psychopathology. Compromises in design, mismatch of ancestral environments of adaptation with current environmental conditions, and balanced polymorphisms are the most relevant to mention. In addition, insights from evolutionary theory challenge contemporary conceptualizations of psychopathology. One is the neglect of (nonverbal) behaviour in psychiatric research, which – provocatively expressed – has made clinical psychiatry a medical discipline relying on questionnaires and rating scales. Another is the possibility that the diathesis-stress-model that dominates psychiatric research is too simplistic.

As regards the former, it has been shown that nonverbal behaviour in psychopathological conditions such as depression can predict outcome and treatment response better than standard rating scales. Concerning the latter, research into gene-environment interaction has revealed that allelic variations of genes that increase the risk of developing a psychiatric disorder under unfavourable environmental conditions may be associated with better than average outcomes under favourable conditions. This suggests that evolution has selected for plasticity, and that vulnerability to disorder is just one side of the coin.

SIMPOSI SPECIALI



16° CONGRESSO

della Società Italiana di Psicopatologia

Psichiatria 2012:
una nuova psicopatologia
per la clinica
e le neuroscienze

Roma, 14-18 febbraio 2012

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA MICHELANGELO

SS1 - I sintomi di base e il loro significato clinico

COORDINATORE

C. Maggini

The meaning of basic symptoms for the prediction and prevention of schizophrenia

J. Klosterkötter

Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Cologne

Recent focus on early detection and intervention in psychosis has renewed interest in subtle psychopathology beyond positive and negative symptoms. Such self-experienced sub-clinical disturbances are described in detail by the basic symptom concept. This review will give an introduction into the concept of basic symptoms and describe the development of the current instruments for their assessment, the Schizophrenia Proneness Instrument, Adult (SPI-A) and Child and Youth version (SPI-CY), as well as of the two at-risk criteria: the at-risk criterion Cognitive-Perceptive Basic Symptoms (COPER) and the high-risk criterion Cognitive Disturbances (COGDIS).

Further, an overview of prospective studies using both or either basic symptom criteria and transition rates related to these will be given, and the potential benefit of combining ultra-high risk criteria, particularly attenuated psychotic symptoms, and basic symptom criteria will be discussed. Finally, their prevalence in psychosis patients, i.e. the sensitivity, as well as in general population samples will be described.

It is concluded that both COPER and COGDIS are able to identify subjects at a high risk of developing psychosis. Further, they appear to be sufficiently frequent prior to onset of the first psychotic episode as well as sufficiently rare in persons of general population to be considered as valuable for an early detection of psychosis.

Prevalence of at-risk criteria of psychosis: interim results of a representative population survey

F. Schultze-Lutter

Frauke Schultze-Lutter & Benno G. Schimmelmann

Early detection and treatment of persons with first signs of emerging psychosis is currently regarded the most promising strategy to reduce the enormous disability and costs associated with this disease. For an early detection of psychosis, two complementary sets of at-risk criteria are currently used: 'ultra high risk' criteria and basic symptom criteria. To date, prevention research in psychosis has only been carried out in selected samples of help-seeking at-risk persons that must be assumed a non-representative minority of the at-risk population. Thus, one of the main questions regarding the clinical validity of at-risk criteria is still unanswered, i.e., whether the at-risk criteria reflect behaviours so common among adolescents and young adults that

a valid distinction between ill and non-ill persons is difficult. We therefore assess the 3-month prevalence of persons fulfilling at least one at-risk criterion in a random general population of the Canton Bern (GP; age segment with greatest risk of psychoses, i.e., age 16 to 40) along with their co-morbidity, psychosocial functioning and quality of life. People are contacted and interviewed by phone supported by 'Computer Assisted Telephone Interviewing'. Data of about the first 1'000 subjects interviewed between June and December 2011 will be presented.

Sintomi di base: significato diagnostico e valenze operative

F.M. Ferro

Università "G. D'Annunzio" di Chieti

I sintomi di base (Huber, 1966) sono un insieme di sintomi lievi, subclinici e percepiti solo dal soggetto: coinvolgono diverse aree del funzionamento psichico, rappresentano un fenomeno nucleare nella psicosi emergente e manifesta, individuano un aumentato rischio di schizofrenia e ne permettono una diagnosi precoce (*Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms* (BSABS); Studio CER (*Cologne Early Recognition*)). Secondo Klosterkötter, alcuni sintomi di base cognitivo-percettivi marcano più degli altri la transizione verso la psicosi: si rilevano nei primi momenti della fase prodromica e si mantengono costanti anche nei pazienti con franca psicosi (gruppo "COPER" nella versione della scala dei sintomi di base denominata SPI-A).

Valutati i Sintomi di Base, abbiamo esplorato, nella nostra linea di ricerca, il funzionamento del Sistema Mirror ed eventuali sue alterazioni, svolgendo un'indagine specifica di alcuni ambiti esperienziali coinvolti nelle interazioni sociali (comprensione delle azioni, del confine sé/altro, delle emozioni e del linguaggio). Tali ambiti, infatti, notoriamente alterati nella patologia schizofrenica, corrispondono a quelli per i quali il corretto funzionamento del Sistema Mirror è stato dimostrato essere cruciale. Il coinvolgimento del Sistema Mirror è stato caratterizzato sia a livello comportamentale sia a livello dell'attività cerebrale e i dati estratti sono stati correlati con scale di valutazione somministrate ai soggetti valutati, quale la scala dei Sintomi di Base (SPI-A) e la scala per la valutazione degli *Ultra High Risk*.

Sintomi di base e schizofrenie subapofaniche

C. Maggini

Università di Parma

Il termine schizofrenie subapofaniche, che rimanda al concetto di apofania di Conrad, è stato riferito da Blankenburg alle forme di schizofrenia (ebefrenica e simplex) con componente psico-

tica produttiva (delirante-allucinatoria) assente o scarsamente evidente. Termini sovrapponibili sono quelli di schizofrenie paucisintomatiche, larvate o frenate.

Il modello dei sintomi di base, sulla scia della concezione schneideriana della schizofrenia come psicosi delirante-allucinatoria, ha privilegiato lo studio delle relazioni (connessioni seriali o sequenze di transizione) tra sintomi di base e sintomatologia psicotica positiva rispetto a quello dei rapporti tra sintomi di

base e declinazioni negative e disorganizzate del processo schizofrenico.

Alcuni dati empirici e la riflessione teorica sul modello dei sintomi di base, integrato con il modello della coerenza dinamico-strutturale di Janzarik, consentono di ipotizzare precise corrispondenze e relazioni patogenetiche tra configurazione sintomatologica basale e dimensioni negativa e disorganizzata proprie delle schizofrenie subapofaniche.

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA TIZIANO

SS2 - Psicopatologia del rapporto mente-corpo: la somatizzazione

COORDINATORE
O. Todarello

Approccio clinico alla somatizzazione

G.A. Fava, L. Sirri, E. Tomba

Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

L'inquadramento dei sintomi legati al fenomeno di somatizzazione è estremamente controverso. Sono state proposte molte soluzioni che però si riconducono al potere esplicativo del concetto di malattia (disturbo somatoforme), che si sta rivelando sempre più inadeguato in vari ambiti della medicina. I pazienti presentano svariati problemi, non necessariamente riconducibili a un'unica spiegazione. La presenza di patologie organiche non esclude, ma anzi favorisce la manifestazione somatica del disagio psicologico. Non è che certi disturbi non hanno una spiegazione medica; è che le nostre modalità di valutazione sono inadeguate nella maggior parte dei casi. La clinimetria (la scienza delle misurazioni cliniche) in un approccio psicosomatico offre grandi opportunità di ampliare e rendere più efficace la valutazione clinica. In particolare la macro-analisi e micro-analisi, un'attenzione all'equilibrio dinamico benessere/malessere e strumenti come i *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* permettono un salto di qualità nella comprensione e, di conseguenza, nel trattamento dei fenomeni di somatizzazione in ambito medico.

Bibliografia

Fava GA, Sonino N, Wise TN. *Psychosomatic assessment*. Basel: Karger 2011.

The DSM-V for somatic symptoms: process, problems and results

T.N. Wise

Johns Hopkins University School of Medicine

Beginning with DSM-III, contemporary diagnostic taxonomy for North America has had 3 more iterations (DSM III-R, IV, IV-TR.

Now DSM-V is in progress with a possible publishing date of 2013. The syndromal approach utilized by DSM has been an advance over previous diagnostic approaches but the limitations include incompatibility with ICD classifications; difficulties in primary care settings; labeling many phenomena as mental illness; the developers close ties with the pharmaceutical industry and its pathologizing ordinary experiences of the human condition. Many problems in the somatoform disorders section have been debated both in North America as well as Europe. This presentation will review the proposed changes in DSM-V. The initial change is relabeling the section "The Somatic Symptom Disorders" and including the following entities: complex somatic symptom disorder; simple somatic symptom disorder; illness anxiety disorder; functional neurologic disorder (conversion disorder) and other entities which will be discussed in this presentation. Factitious disorders which were formerly within the somatoform chapter will now be classified in "Other Disorders." The discussion will conclude with possible limitations in this section that fail to address who the patient "is" rather than just "what" they have.

The research clinic for functional disorders and psychosomatics

P. Fink

Aarhus University Hospital, Denmark

Bodily distress syndrome (BDS) was introduced as a distinct, empirically-based diagnosis covering patients presenting with bodily distress. The hallmark of BDS is that the patients suffer from various physical symptoms of bodily distress. The diagnosis is divided into a single-organ type and a multi-organ type. The single-organ type can further be divided into four subtypes: a cardiopulmonary/autonomic (CP), a gastrointestinal (GI), a musculoskeletal/pain (MS) and a general symptoms type (GS). The diagnostic criteria for BDS do not include any psychological symptoms or behavioral characteristics, and the diagnosis

is thus solely based on positive identification of the physical symptom profiles.

The Bodily distress syndrome has been shown to cover most of the relevant DSM-IV somatoform disorder or functional somatic syndromes presenting with physical symptoms not explained by well-recognised medical illness such as CFS and Fibromyalgia. The diagnosis thereby offers a common ground for the understanding of functional somatic symptoms. This may help unifying research efforts across medical disciplines and facilitate delivery of evidence-based care, given that very similar treatments have been shown to be effective in various functional somatic syndromes and somatoform disorders.

Le dimensioni psicosociali delle malattie somatiche

P. Porcelli

UOS Psicologia Clinica, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) "Saverio de Bellis", Castellana Grotte (Bari)

La classificazione del distress psicologico e del comportamento di malattia in medicina è tutt'ora controversa e la nosografia psi-

chiatrica attuale non sembra riesca a coprire i vari aspetti dello spettro dei disturbi associati. In questa presentazione verranno illustrati i risultati dell'uso congiunto delle categorie del DSM-IV e dei *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* (DCPR) i quali forniscono criteri per l'identificazione di sindromi di somatizzazione, comportamento anormale di malattia, irritabilità, demoralizzazione e alessitimia. L'indagine è stata effettuata in 8 centri italiani di gastroenterologia, cardiologia, endocrinologia, oncologia, dermatologia e psichiatria di consultazione all'interno del SSN nei quali sono stati reclutati 1700 pazienti consecutivi ambulatoriali o per i quali era stata richiesta consulenza psichiatrica. Di essi, 1560 (92%) hanno accettato di partecipare. Alla *cluster analysis* sono stati identificati 3 cluster di "distress psicologico aspecifico" (31%), "irritabilità" (27%) e "disturbo affettivo con somatizzazione" (42%). L'analisi per cluster ha consentito di identificare quindi raggruppamenti di problemi psicosociali trasversali a vari setting di medicina. I risultati suggeriscono fortemente la necessità di espandere la valutazione clinica nei pazienti con disturbi somatici includendo le differenti manifestazioni di somatizzazione, comportamento di malattia e distress subclinico incluse nei criteri DCPR.

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA CARAVAGGIO

SS3 - Qual è il nucleo psicopatologico della mania?

COORDINATORE

P. Castrogiovanni

La risposta della psicopatologia

P. Castrogiovanni

Università di Siena

Nonostante la sua importanza nella definizione di un disturbo dell'umore come bipolare, il nucleo psicopatologico della mania rimane tuttora mal definito a causa della fuorviante centralità data da sempre all'umore nella descrizione della psicopatologia maniacale.

Viene presentato un tentativo di individuazione della nuclearità della mania attraverso una serie di "parole chiave". L'umore, ella sua accezione corrente di sensazioni soggettive percepite e vissute a livello di sentimenti, non rivestirebbe un ruolo centrale, ma piuttosto sarebbe nucleare un'essenza corporale energetica di fondo che richiama, più che l'umore, gli umori di Ippocrate.

L'elemento umorale inteso come tonalità affettiva, ovvero la sensazione soggettiva di piacere, appare più un vissuto secondario che accompagna i drammatici mutamenti energetici nucleari "endogeni".

L'euforia morbosa traduce a livello soggettivo e comportamentale quello che è la sua struttura psicopatologica essenziale: la grave alterazione della temporalità. Quella dell'eu-

foria maniacale è la temporalità frammentata al momento, incapace di far storia, che ha perso la linearità della temporalità evoluta per regredire a una temporalità più vicina a quella circolare primitiva ove non si coniugano costruttivamente e responsabilmente le istanze del passato, presente e futuro coartate nel momento e che ripropone un modello centrato sull'edonismo del qui e subito, fortemente agganciato, e di nuovo di essi succube come nella vita originaria, di ritmi cosmici.

La natura primordiale e cosmica della energia vitale dell'"endon", fortemente sincrona con gli eventi naturali e a essi agganciata, introduce una terza serie di parole chiave della psicopatologia maniacale: la ciclicità, la circolarità, la stagionalità. Viene quindi sottolineato il ruolo fondamentale della luce, quella solare, che rappresenta il riferimento fondamentale per la sincronizzazione degli esseri viventi attraverso la via retina-nucleo soprachiasmatico-pineale.

Questa ciclicità cosmica, questa corrispondenza stagionale, questo coincidere con l'esplosione produttiva della natura, questa rispondenza primordiale alla carica energetica della luce, questo accordo con il sole, motore della vita sul nostro pianeta, questa fusione mirabilmente naturale sole-luce-vita-energia, sono l'essenza della mania e fanno parte integrante della sua psicopatologia.

Qual è il nucleo psicopatologico della mania e la sua relazione con la risposta al trattamento?

F.K. Goodwin

Director of the University's Center on Neuroscience, Medical Progress, and Society, The George Washington University, Washington, DC, USA

In questa presentazione sarà esaminata la variabilità psicopatologica della mania, con particolare riguardo al trattamento e alla prognosi del disturbo.

Saranno discussi i seguenti aspetti:

- 1) le differenti presentazioni della mania all'evoluzione in diversi distinti stadi del disturbo;
- 2) la risposta al litio e agli antiepilettici nella mania euforica e nella mania disforica;
- 3) la presenza, anche agitata, di deliri e scelta dell'agente anti-manicacale;
- 4) segni prodromici che possono guidare interventi precoci potenzialmente in grado di prevenire l'evoluzione verso un episodio conclamato di mania;
- 5) il ruolo della riduzione della durata del sonno e della normalizzazione dello stesso per prevenire il passaggio dall'ipomania alla mania;
- 6) può la sequenza di un episodio di mania in relazione agli episodi depressivi (ad esempio depressione-mania-intervallo [DMI] vs. mania-depressione-intervallo [MDI]) aiutare nella scelta del trattamento?

Reward, dopamina e mania: nuovi scenari della neurobiologia

A. de Bartolomeis

Unità di Psichiatria Molecolare e Farmacoresistenza, Dipartimento di Neuroscienze, Università "Federico II" di Napoli

Disfunzioni dopaminergiche sono state a lungo considerate al centro dei meccanismi fisiopatologici delle psicosi e segnatamente della schizofrenia, minore l'attenzione sul significato di questo neurotrasmettitore in altre patologie psichiatriche.

Più recentemente multiple evidenze cliniche e precliniche suggeriscono un ruolo primario del sistema dopaminergico anche nella fisiopatologia della mania.

Tali evidenze promanano dall'osservazione, in pazienti maniacali, di profonde alterazioni di funzioni sotto prevalente sebbene non esclusivo controllo dopaminergico come ad esempio 1) disregolazione del *reward* e dei meccanismi di ricompensa e 2) anomalie della funzione esplorativa.

Modelli animali di perturbazione della funzione dopaminergica sia di tipo farmacologico (ad esempio somministrazione di agonisti indiretti come anfetamina e analoghi funzionali) sia di ingegnerizzazione (del trasportatore dopaminergico) sono stato recentemente utilizzati per riprodurre alcuni aspetti comportamentali e, potenzialmente, di tipo molecolare della mania.

Modificazioni trans recettoriali di tipo glutammatergico sono un ulteriore, importante, correlato della putativa perturbazione dopaminergica, nella mania e nei disturbi del tono del tono dell'umore.

In particolare la disregolazione del signaling glutammatergico, a livello della densità postsinaptica, con coinvolgimento sia dei recettori AMPA e NMDA sia dei recettori metabotropici (in particolare mGluR1 e mGluR5), appaiono essere un importante substrato fisiopatologico nella neurobiologia della mania e del disturbo bipolare, e potrebbero rappresentare un rilevante target per strategie terapeutiche innovative.

In conclusione un'alterazione dell'interazione dopamino-gluttammatergica emerge come forte candidato per una concettualizzazione nuova della mania non scevra di rilevanti implicazioni traslazionali per la clinica.

Regulation of the dopaminergic reward circuit and manic-like behavior by the *CLOCK* gene

C.A. McClung

Department of Psychiatry, University of Pittsburgh, School of Medicine

Multiple studies have suggested that disruptions in circadian rhythms are central to the development of mood and addiction disorders. However, the mechanisms by which circadian genes regulate mood and reward-related circuitry remains unclear. Our laboratory has found that mice with a mutation in the *Clock* gene (*Clock* Δ 19) have a complete behavioral profile that bears a striking resemblance to human mania (including hyperactivity, lowered levels of anxiety, increased preference and self-administration of drugs, and lowered levels of depression-related behavior) which can be reversed with chronic lithium treatment. Furthermore, the *Clock* Δ 19 mice have an increase in dopaminergic activity in the ventral tegmental area (VTA) which is also normalized with lithium treatment. We have taken multiple approaches including RNA interference and optogenetics to better understand how *CLOCK* regulates dopaminergic activity and how this regulation is involved in the control of manic-like behavior. Moreover, we found that the *Clock* Δ 19 mice not only have increased dopaminergic activity, but also have a defect in the ability of neurons in the cortico-limbic circuit to synchronize firing while animals are exploring specific tasks, and have differences in cross-frequency phase coupling which can also be restored with lithium treatment. Thus the *CLOCK* protein is not only involved in controlling rhythms over the course of 24 hrs, but is also involved in the synchronization of activity between and within brain regions over short periods of time. *CLOCK* functions as a transcription factor and we have identified direct target genes that control dopaminergic activity which appear to be important in the reversal of phenotypes by lithium. Taken together, these results begin to show the mechanisms by which circadian genes regulate mood and reward, and suggest novel therapeutic targets for the treatment of mania.

MERCLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA TINTORETTO

SS4 - Genetica ed epigenetica dei fenotipi correlati alla schizofrenia

COORDINATORE

M. Nardini

Geni, ambiente e psicosi

J. Van Os

Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University Medical Centre, The Netherlands

The human brain has evolved as a highly context-sensitive system, enabling behavioural flexibility in the face of constantly changing environmental challenges. Bottom-up sensory stimuli interact with top-down cortical expectations, giving rise to affectively meaningful representations of the social world that motivate adaptive, goal-directed interactions. Multidimensional psychotic syndromes can be understood as an imbalance in the cycle of adaptation to the social context. At the symptom level, paranoid delusions express alterations in experience of the social environment, and cognitive impairments associated with psychotic disorder reflect difficulties in the ability to read the emotions and intentions of other people, contributing to the reduced social competence that accompanies symptoms. At the aetiological level, robust evidence exists that onset of psychotic disorder is associated with early life adversity, growing up in an urban environment, minority ethnic group and cannabis use. Together, these observations suggest a mechanism of exposures impacting on the developing "social" brain during sensitive periods. In addition, they suggest that the notion of heritability, as an index of genetic influence, may be of limited use unless viewed from the perspective of being embedded in social context. It is proposed to conduct longitudinal research on gene-environment interplay driving variation in behavioural expressions of liability in the general population that subsequently may give rise to more severe and more 'comorbid' expressions of psychopathology and need for care; to develop technology to directly assess *situated* phenotypes indexing dynamic, within-person environmental reactivity as substrate for molecular genetic studies; and to increase the translational potential to study developmental social-reactive mechanisms associated with psychotic disorder.

What starts the psychotic fire and cognitive dysfunction in schizophrenia? In vivo data in the prodrome to schizophrenia

O. Howes

Group Head, MRC Clinical Sciences Centre, ICL and Institute of Psychiatry, KCL, UK

Background: whilst a link between dopamine and schizophrenia has been apparent for many years, several streams of new evidence have substantially refined understanding of dopamine's role in the pathoetiology of schizophrenia. This evidence derives from *in vivo* neurochemical imaging studies, findings on the impact of environmental risk factors, and research into people at clinical risk

of schizophrenia and animal models. However, it is not known when dopaminergic dysfunction first occurs in the development of psychotic disorders such as schizophrenia, how it changes with the development of psychosis, or how it relates to the development of cognitive dysfunction. We have addressed these questions using PET and functional MR imaging of individuals from the prodrome to the first frank psychotic episode.

Method: the following age-matched groups have received longitudinal [¹⁸F]-DOPA PET imaging: A) two cohorts of individuals with at risk mental states (ARMS, n = 30 and n = 28) who show prodromal signs of developing psychosis; B) healthy controls (n = 40); C) patients with schizophrenia (n = 21). The ARMS subjects received follow-up to determine who developed psychosis and repeat PET scans to determine change in [¹⁸F]-DOPA influx constants (K_i) values. Additionally we used PET and fMRI imaging in the same ARMS and control individuals to study both striatal dopamine synthesis capacity and the neural substrates of performance during tasks designed to index frontal executive functions that are impaired in schizophrenia.

Results: there was a significant group effect on K_i values at baseline for the whole striatum (F = 3.7, df = 2,42, p = 0.035), and the AST striatal subdivision (F = 6.5, df = 2,42, p = 0.004), which was confirmed in a second independent cohort scanned using a different scanner. The elevation in the ARMS group was seen in the ARMS subjects who developed psychosis, who also showed a further increase in dopaminergic function with the development of psychosis (t = 3.01, df = 7, p = 0.020). Striatal dopamine synthesis capacity was significantly elevated in the associative striatum (p < 0.05) and was linked to poorer cognitive performance in the ARMS subjects. Furthermore it was also linked to alterations in brain activation during working memory and executive tasks (r = 0.732, p < 0.001). The inter-relationship between striatal dopamine synthesis capacity and frontal activation was significantly different between ARMS and controls (p < 0.0001).

Conclusions: these findings indicate that elevated dopamine synthesis capacity i) predates the onset of psychosis in people with prodromal symptoms, and ii) increases further over time with the development of psychosis, and iii) show an altered relationship with frontal activity in cognitive tasks. This evidence suggests that fronto-striatal interactions play a role in the development of psychosis and associated cognitive impairments, and that treatments targeting these circuits may thus be beneficial.

Le disfunzioni cognitive come endofenotipo della schizofrenia

S. Galderisi

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

La compromissione delle funzioni cognitive è stata considerata una caratteristica fondamentale della schizofrenia fin dalle

prime descrizioni della malattia a opera di Kraepelin. Essa è presente nella maggior parte dei pazienti che ricevono questa diagnosi, non è un epifenomeno dei sintomi, rappresenta un fattore di rischio per i disturbi psicotici e contribuisce all'esito sfavorevole. Più recentemente alcuni indici del funzionamento cognitivo sono stati proposti come endofenotipo della schizofrenia: indici comportamentali di compromissione dell'Attenzione, della Memoria Verbale, della Memoria di Lavoro e dell'Elaborazione dei Volti sono considerati come i candidati più robusti. Anche alcuni indici elettrofisiologici delle funzioni cognitive, quali la P50 o la P300, vengono studiati come possibili endofenotipi. Il vantaggio che lo studio degli endofenotipi può apportare allo studio di fenotipi a elevata complessità, qual è la schizofrenia, è rappresentato dalla possibilità di individuare più agevolmente i substrati biologici e la sottostante architettura genetica, rispetto allo studio del più complesso fenotipo clinico. Sono in via di sviluppo modelli animali che potrebbero contribuire a chiarire i meccanismi patogenetici di alcuni aspetti della malattia. Appare prematuro, al momento, concludere che gli endofenotipi cognitivi rappresentano un svolta significativa nella ricerca sulla schizofrenia.

Interazione tra varianti genetiche e modificazioni epigenetiche su fenotipi cerebrali di schizofrenia

A. Bertolino

Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università Aldo Moro, Bari

Il rischio di schizofrenia è spiegato per la gran parte da variazioni genetiche. In minor proporzione, l'ambiente e le variazioni epigenetiche di metilazione del DNA o di riorganizzazione della cromatina potrebbero interagire con le varianti genetiche. La metilazione è un meccanismo fisiologico di modulazione

dell'espressione genica che accade quando nella sequenza del DNA una C seguita è da una G e sono tra loro legate da un legame fosforico (il cosiddetto dinucleotide CpG). Vari fattori ambientali (incluso lo stress) modificano la metilazione del DNA costituendo le basi molecolari per l'interazione geni-ambiente. Disfunzioni della corteccia prefrontale dorsolaterale durante l'espletamento di un compito di *working memory* (WM) sono associate alla patofisiologia della schizofrenia, sono almeno in parte geneticamente determinate, sono modulate dalla dopamina e sono sensibili allo stress. La Catecol-Ossi-Metil-Transferasi, un'enzima che inattiva la dopamina in corteccia prefrontale è codificata da un gene, *COMT*, che ha un polimorfismo funzionale (rs4680, C > A, Val¹⁵⁸Met) che modifica la cinetica della proteina e i livelli prefrontali di dopamina. Questo polimorfismo è anche associato a disfunzione della corteccia prefrontale durante WM. La presenza del nucleotide C in rs4680 crea un sito di metilazione (crea un CpG) mentre quello A lo abolisce. In un recente studio abbiamo dimostrato che la presenza in omozigosi di C in rs4680 (soggetti ValVal) determina un incremento di metilazione misurata in linfociti rispetto agli altri genotipi. Inoltre la quantità di metilazione di rs4680 nei ValVal è sensibile allo stress, è correlata con le performance di WM e interagisce con lo stress nel modulare l'attività in corteccia prefrontale durante WM (soggetti con minore metilazione e maggiore stress hanno maggior disfunzione). Questi risultati potrebbero essere spiegati dall'ulteriore dimostrazione che la metilazione di rs4680 in soggetti ValVal correla negativamente con l'espressione di RNA.

L'importanza di questi primi risultati nell'uomo è indicata dal fatto che viene dimostrata un'interazione di una variante genetica con la metilazione e con lo stress nel modulare il comportamento di WM e di attività corticale costituendo, così, un percorso genetico, molecolare e neurofisiologico per l'interazione tra geni e ambiente.

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA MICHELANGELO

SS5 - Psicopatologia, funzionamento sociale e qualità di vita

COORDINATORE
B. Carpiniello

Social functioning in schizophrenia: how important and how measurable?

T. Burns

Professor of Social Psychiatry, University of Oxford, Oxford

A decline in social functioning was the core diagnostic feature of schizophrenia when first described by Kraepelin and named by Bleuler. It became relatively neglected as a key outcome after the introduction of antipsychotic medication when the research and clinical focus shifted to reductions in positive symp-

toms. Poor social functioning remains the predominant source of disability in schizophrenia. For families, patients and third party payers it is often considered the most important outcome. The measurement of social functioning is far less developed than the measurement of symptom levels. This presentation will review the commonest instruments to measure it (GAS, GAF, SOFAS and PSP). It will focus on the merits and limitations of the only scale specifically developed to measure social functioning in schizophrenia (PSP the Personal and Social Performance scale). We will specifically address the questions i) how important is social functioning as a routine clinical outcome in schizophre-

nia? ii) does it need to be separately assessed and recorded? lii) is a structured assessment feasible in routine clinical practice?

Social functioning, quality of life and psychopathology

M. Lambert

Senior Consultant Psychiatrist, Head of the Psychosis Centre, Senior Teaching Lecturer of the Department, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Centre of Psychosocial Medicine, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

During the last decade, research on quality of life and subjective wellbeing in patients with schizophrenia has demonstrated its clinical importance. Subjective wellbeing is highly positively correlated with quality of life, it is a valuable predictor of mid-term adherence with antipsychotic medication in first- and multiple episode patients, and early improvement in subjective wellbeing is a good predictor of short- and long-term symptomatic remission and overall recovery. Notably, quality of life has a central position in the recovery definition from the patients' perspective, which has been promoted in the US recently by the President's New Freedom Commission on Mental Health.

In schizophrenia, there is evidence for overlap between the concepts of quality of life and subjective wellbeing. Studies have found congruence between subjective wellbeing and quality of life scales cross-sectionally as well as longitudinally (e.g., with the Visual Analog Scale of the EuroQol-5D or with Heinrich's Quality of life scale). As such, both quality of life and subjective wellbeing may be regarded as an overall subjective measure of illness experience, (antipsychotic) treatment response, and life satisfaction, as well as a valuable predictor of medication adherence and illness outcome.

Psicopatologia e compromissione della qualità di vita nel periodo perinatale

M. Mauri, S. Banti, C. Borri, C. Rambelli, D. Ramacciotti, V. Camilleri, S. Cortopassi, M.S. Montagnani, C. Cargioli, A. Oppo, S. Ricciardulli, C. Cirri, S. Luisi, R. Mistretta, E. Nencioni, S. Faraoni, B. Cotugno, O. Bacci

DPNFB, Clinica Psichiatrica, Perinatal Depression Research and Screening Unit (PND-ReScU[®]), Università di Pisa

Nel periodo perinatale la donna è particolarmente vulnerabile nei confronti dei disturbi affettivi a causa dei cambiamenti biologici, psicologici e sociali. A seconda degli studi considerati, la depressione ha tassi di prevalenza che vanno dall'8,5 all'11,0% in gravidanza e dal 6,5 al 12,9% nel primo anno postpartum. I principali fattori di rischio per la depressione perinatale sono rappresentati da precedenti episodi depressivi in anamnesi, familiarità per disturbi dell'umore, eventi vitali stressanti, scarso supporto sociale, basso livello socioeconomico.

Il quadro clinico più frequentemente è di grado lieve, ma nei casi più gravi o non trattati si possono avere importanti conseguenze negative, sia psichiatriche che ostetriche, a breve e a lungo termine, non solo per la donna (es. suicidio, ridotta cura di sé, abuso di sostanze) ma anche per il bambino (es. parto pretermine, basso indice di Apgar). Inoltre, le donne con un di-

sturbo depressione perinatale mostrano una maggiore compromissione del funzionamento globale, che peggiora ulteriormente in caso di comorbidità con un disturbo d'ansia. Tuttavia, solo una piccola percentuale dei casi viene identificata e trattata, sia perché alcuni sintomi non vengono riconosciuti, sia perché molte donne nel tentativo di evitare lo stigma non si sottopongono a visite psichiatriche.

Dati recenti suggeriscono invece che uno screening precoce può permettere di identificare le donne a più alto rischio di sviluppare una psicopatologia perinatale, consentendo una diagnosi più precoce e una migliore gestione del trattamento. La gravidanza pertanto può essere un momento favorevole per intervenire, alleviando le sofferenze della madre e migliorando sensibilmente la qualità della vita.

Bibliografia

Borri C, Mauri M, Oppo A, et al. *Axis-I psychopathology and functional impairment at the 3rd month of pregnancy. Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit (PND-ReScU) study.* J Clin Psychiatry 2008;69:1617-24.

Banti S, Borri C, Camilleri V, et al. *Perinatal mood and anxiety disorders. Clinical assessment and management. A review of current literature.* Giorn Ital Psicopat 2009;15:351-66.

Fitelson E, Kim S, Baker AS, et al. *Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options.* Int J Womens Health 2011;3:1-14.

Funzionamento sociale, benessere soggettivo e psicopatologia: una misura composita di recovery

B. Carpinello, F. Pinna, A. Zaccheddu

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

Negli ultimi anni si è assistito a un progressivo spostamento "in avanti" degli obiettivi dei trattamenti per quanto riguarda le persone affette da disturbi mentali gravi, con particolare riferimento alla schizofrenia e ai disturbi correlati. La consapevolezza delle aumentate possibilità terapeutiche grazie ai trattamenti integrati, psicofarmacologici e psicosociali, unitamente alle sollecitazioni da parte dei gruppi di pressione costituiti dalle associazioni dei familiari e degli utenti, sono state probabilmente determinanti affinché il *recovery* cominciasse a essere considerato come obiettivo ultimo degli interventi. Benché molti clinici rimangano scettici, molti gruppi di ricerca hanno iniziato porsi il problema di quanto e in che misura il *recovery* fosse raggiungibile nella pratica clinica e quali ne fossero le determinanti o meglio i fattori predittivi. Per fare questo, il mondo scientifico si è dovuto cimentare con il problema di definire cosa fosse il *recovery*, e in secondo luogo come misurarlo. Allo stato attuale non esistono definizioni univoche del concetto, con grandi e sostanziali differenze fra le definizioni provenienti dal mondo dell'associazionismo e quelle provenienti dal mondo scientifico. La psichiatria clinica, nell'accettare l'idea del *recovery*, si è in particolare dovuta occupare di stabilirne una definizione che fosse poi traducibile in criteri operativi per valutarlo in maniera affidabile. Verranno analizzati nella presente relazione. Le diverse definizioni e i relativi criteri operativi comparse nella letteratura specialistica. Tutte le definizioni "clinically orien-

ted" considerano fondamentali nel concetto di *recovery* la dimensione clinico-psicopatologica, la dimensione "funzionamento" sociale e la dimensione "benessere soggettivo/qualità di vita", ciascuna delle quali viene valutata secondo specifici parametri, strumenti di valutazione e criteri "soglia". Gli autori della presente relazione proporranno anche dei criteri operativi basati su una valutazione multidimensionale integrata, che considera la valutazione della remissione sindromica, attraverso l'utilizzo di specifici criteri soglia alla PANSS e alla CGI-Schizofrenia, sulla valutazione della "remissione funzionale", valutata mediante l'utilizzo di specifiche e riproducibili

scale di "funzionamento sociale" come la PSP, nonché su una valutazione del benessere soggettivo e qualità soggettiva di vita, mediante le scale SWB-N e WHO-Qol-Bref. Sulla base dei dati personali, dimostreranno altresì come l'utilizzo di differenti "valori soglia" per valutare la remissione clinica e funzionale e il benessere soggettivo conduce a tassi di *recovery* diversi. Ne deriva dunque la necessità di pervenire, a livello internazionale, a una definizione univoca di *recovery* e a criteri internazionalmente condivisi che siano clinicamente accettabili e che permettano di ottenere delle stime attendibili e riproducibili del *recovery* stesso.

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA TIZIANO

SS6 - Psicopatologia dell'immagine corporea nei disturbi alimentari

COORDINATORE
P. Santonastaso

For who do i draw an image of my body? On the intersubjectivity of body image in anorexia nervosa

D. Legrand

Centre de Recherche en Epistemologie Appliquée (CREA), Paris

In the theoretical view proposed here, anorexia is not understood as primarily involving the construction of a body image with obsessive care for its shape and weight. rather, what anorexic subjects would primarily seek is a manifestation of themselves as being irreducible to objects, a manifestation that they don't only express in the world but also communicate to others: what the anorexic subject writes on her body is the following message which (relevant) others may possibly decipher: *this (body) is how I want to be loved by you, as a subject irreducible to any object*. Such anorexic subject does not only express in a space sharable with others what she is specifically as subject: nothing. She also communicates to others how she wants to relate inter-subjectively beyond the transaction of objects and exchange of body (parts). In this sense, anorexia is intrinsically inter-subjective.

Thinspiration - neural signature of body image disturbance in eating disorders

H.C. Friederich, S. Brooks, R. Uher, I.C. Campbell,
V. Giampietro, M. Brammer, S.C. Williams, W. Herzog,
J. Treasure

University Hospital, Heidelberg

The constant strive for thinness is a core feature of patients with anorexia nervosa (AN). Behavioral studies suggest that a cognitive-affective component and a perceptual component (perceptual disturbance of one's own body) are both important in

this pathophysiology. However, the functional neuroanatomy of this relentless pressure to be thin in AN is largely unknown. This study has investigated self-other body-shape comparison to assess the impact of images of slim female fashion models on healthy young women and AN patients. Brain responses to images of slim-idealized bodies (active condition) and interior designs (control condition) were measured using functional neuroimaging in 18 healthy young women and 17 AN patients. Participants were asked to compare their body shape or room design with those presented. Patients with AN (in comparison to the HC group) showed greater anxiety to the self-other body-shape comparison, and they were less satisfied with their current body shape. In the patient group (in comparison to the HC group) the self-other body-shape comparison induced more activation of the right sensorimotor brain regions (insula, premotor cortex) and less activation of the rostral anterior cingulate cortex (ACC). Insula hyperactivation along with ACC hypoactivation may be critical for altered implicit motivation to thin-idealized body images and/or for altered interoceptive awareness to body self-comparison in AN patients.

Disfunzione delle reti neurali visuospatiali e somatosensitive nell'anoressia nervosa: origine multimodale del disturbo dell'immagine corporea

A. Favaro¹, R. Manara², R. Bosello¹, G. Bommarito²,
E. Tenconi¹, F. Di Salle³, P. Santonastaso¹

¹ Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova;

² UO Complessa di Neuroradiologia, Azienda Ospedaliera di Padova; ³ Dipartimento di Scienze Farmaceutiche e Biomediche, Università di Salerno; Department of Cognitive Neuroscience, University of Maastricht, The Netherlands

Gli studi hanno indagato le basi neurali del disturbo dell'immagine corporea nell'anoressia nervosa (AN) attraverso l'espo-

sizione visiva a immagini del proprio corpo non sono in grado di esplorare le basi multipercettive, che non riguardano solo la percezione visiva, ma anche la propriocezione e la somatopercezione. Lo scopo del nostro studio è valutare la connettività a riposo dei network implicati nelle funzioni visuospatiali, propriocettive e somatopercezione.

I soggetti sono 29 pazienti con AN, 16 donne con diagnosi pregressa di AN e 26 controlli sani. Una risonanza magnetica funzionale a riposo è stata effettuata a tutti i soggetti. Le immagini sono state elaborate con un approccio di "independent component analysis" (ICA). A tutti i soggetti è stato somministrato il *Rey Complex Figure Test* (ROCFT) per valutare le abilità visuospatiali.

Nel confronto con i soggetti sani, le pazienti con AN mostrano una diminuzione di connettività funzionale nel network visivo ventrale e un aumento della connettività in un'area della corteccia parietale superiore sinistra all'interno del network somatosensitivo. Quest'ultima area mostra anche una significativa correlazione con le abilità visuospatiali, in particolare con l'indice di coerenza centrale misurato tramite ROCFT.

Questo studio evidenzia che il disturbo dell'immagine corporea è dovuto non solo a difficoltà nell'elaborazione della percezione visiva del corpo, ma anche a una disfunzione della elaborazione spaziale, somatosensitiva e propriocettiva, che contribuiscono alla formazione della consapevolezza generale della propria corporeità. Le aree cerebrali coinvolte fanno pensare che esista un deficit nell'aggiornamento a breve termine della propria immagine visiva che lascia prevalere una rappresentazione 'spaziale'.

L'elaborazione dell'immagine corporea nei soggetti con disturbi alimentari: uno studio di imaging funzionale

A. Mucci¹, A. Prinster², U. Volpe¹, S. Pappatà², S. Galderisi¹, M. Salvatore³, M. Maj¹

¹ Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN;

² Istituto di Biostrutture e Bioimmagini, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Napoli; ³ Dipartimento di Scienze Biomorfologiche e Funzionali, Università "Federico II" di Napoli

L'eccessiva dipendenza dell'autostima dalla forma corporea riveste un ruolo centrale nella psicopatologia dei disturbi alimentari (DA) e rientra nei criteri diagnostici sia per l'anorexia (AN) che per la bulimia nervosa (BN). Inoltre, la distorsione dell'immagine corporea rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza dei DA e predice un esito sfavorevole a lungo termine.

Le basi neurobiologiche della distorsione dell'immagine corporea nei DA non sono note. Nell'ultimo decennio gli studi di risonanza magnetica funzionale (fMRI) in vivo hanno contribuito a migliorare le conoscenze sull'elaborazione dell'immagine corporea nei soggetti con DA.

In un recente studio del nostro gruppo l'elaborazione dell'immagine corporea in soggetti con BN e controlli sani è stata studiata per mezzo della fMRI e di una variante dell'"Emotional Counting Stroop task". I soggetti dovevano rispondere premendo un pulsante quando vedevano due immagini di uno stesso tipo. Le immagini erano foto del proprio corpo non distorto o distorto, di un corpo sconosciuto o "scrambled".

I risultati hanno evidenziato un'iperattività di diverse regioni limbiche bilateralmente, in particolare amigdala, giro frontale inferiore/insula e cingolo posteriore, e di aree deputate alla categorizzazione, quali il giro fusiforme. L'iperattività del giro frontale inferiore/insula correlava con il punteggio al *Body Shape Questionnaire*, indicando che quanto maggiore è l'iperattività tanto maggiore è il grado di distorsione percepita e l'insoddisfazione per la propria immagine corporea.

Nel loro complesso, i nostri risultati rivelano l'iperattivazione di aree prefrontali mediali, parietali e limbiche, coinvolte nella regolazione emotiva e nell'autoconsapevolezza, e suggeriscono un'attivazione emotiva abnorme associata all'elaborazione dell'immagine corporea nella bulimia.

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA CARAVAGGIO

SS7 - Indicatori psicopatologici precoci di risposta ai trattamenti

COORDINATORE
A.C. Altamura

Predictors of non-response in major depressive disorder

S. Montgomery

Emeritus Professor of Psychiatry, University of London

Antidepressants have been licensed for the treatment of MDD in the EU based on the criteria of the DSM system. Other indica-

tions vary with the individual antidepressant but include GAD, panic disorder, OCD and for a few, social anxiety disorder.

Studies in mild depression have failed to show a separation from placebo so the largest of these studies showed that fluoxetine 20-60 mg was effective in moderate to severe depression but showed no separation at all in mild MDD. For this reason

mild depression is not a target for antidepressants. Meta-analysis of large data sets support this conclusion.

Brief episodes of depression where the depression usually lasts for 3 days have been shown not to separate from placebo but to resolve spontaneously with placebo. Long term studies have failed to show any alteration in the high recurrence rate and therefore recurrent brief depression is not a target for antidepressant treatment.

The studies of the treatment resistant depression group in Europe (TRD EU) have reported that non-response to the first antidepressant used predicts non-response to future antidepressants and suggests a genetic basis for some TRD. Comorbidity with any anxiety disorder also predicts poorer response even with antidepressants with established efficacy in both depression and anxiety. Comorbidity with physical illness, alcohol or substance abuse disorder and current suicidal risk compromises treatment.

Careful studies of atypical antipsychotics have shown efficacy in bipolar depression, particularly for quetiapine. In these same studies paroxetine and lithium failed to separate from placebo and the accumulating evidence shows that antidepressants are not effective in bipolar depression despite being widely used. On the other hand SSRIs do not appear to provoke switches to mania seen with venlafaxine and TCAs.

In treating depression priority should be given to using well tolerated superior antidepressants which have shown in at least 2 head to head studies superiority compared with another antidepressant. These include escitalopram, agomelatine and venlafaxine, although poorly tolerated. Failure with treatment with the best antidepressants suggest using augmentation strategies with atypical antipsychotics of which quetiapine XR is the only one licensed in the EU – lithium appears less effective in addition strategies.

Indicatori psicopatologici di outcome nella schizofrenia

A.C. Altamura

Università di Milano. Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico

Il decorso naturale della schizofrenia è estremamente eterogeneo e generalmente considerato imprevedibile.

Nelle ultime decadi il passaggio da un approccio categoriale a quello dimensionale ha permesso lo studio in termini prognostici di alcuni clusters sintomatologici nel tentativo di individuare indicatori psicopatologici di outcome, sia in termini di risposta al trattamento che di funzionamento sociale.

In termini di mancata risposta al trattamento, i dati attualmente a disposizione indicano che la presenza di una dimensione sintomatologica positiva sia associata a una migliore risposta rispetto alla sintomatologia negativa. Quest'ultima risulta a oggi la più difficile da trattare e, se prevalente, è associata a una prognosi peggiore nel lungo termine. Particolarmente sfavorevole in termini prognostici è la presenza di sindrome deficitaria. Per quanto concerne la dimensione affettiva e del controllo degli impulsi, la presenza di sintomi depressivi è associata a una scarsa risposta ad antidepressivi mentre la presenza di una dimensione impulsivo-aggressiva è correlata a una elevata suicidalità.

Per il recupero del funzionamento socio-lavorativo di notevole

importanza sono la dimensione cognitiva e la gravità della dimensione disorganizzata, la cui compromissione rappresenta un indicatore prognostico negativo. Attualmente non vi sono dati che sostengano un'efficacia dei nuovi antipsicotici su una grave disorganizzazione o sui sintomi cognitivi, che sono anche associati a una maggiore neurodegenerazione, rispetto ad altre dimensioni.

Oltre agli aspetti dimensionali, va ricordato come la presenza di una comorbidità con abuso di sostanze possa influenzare negativamente la prognosi in termini di ridotto reinserimento sociale, di deterioramento cognitivo e di mancata risposta al trattamento.

Outcome predictors in bipolar disorder

A. Young

Imperial College London, London, UK

Bipolar Disorders are common and severe mental illnesses with a lifetime risk of up to 4.4%¹. There is a substantial overlap with major depressive disorder (MDD) in terms of aetiology and clinical presentation with many bipolar patients being misdiagnosed with MDD² with potentially important effects on treatment. Bipolar Disorders are also highly comorbid with other psychiatric and physical health problems and are associated with high direct costs to healthcare systems³. Early detection of bipolar disorder is a key determinant of outcome and could be greatly enhanced by the application of currently available screening tools⁴. This presentation will review the various determinants of outcome in bipolar disorders (e.g., cognition⁵) and discuss recent evidence about the potentially beneficial effects of treatment⁶.

Bibliografia

- Merikangas KR, Jin R, He J-P, et al. *Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative*. Arch Gen Psychiatry 2011;68:241-51.
- Angst J, Azorin JM, Bowden CL, et al. *Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study*. Arch Gen Psychiatry 2011;68:791-8.
- Young AH, Rigney U, Shaw S, et al. *Annual cost of managing bipolar disorder to the UK healthcare system*. J Affect Disord 2011; 133:450-6.
- Young AH, MacPherson H. *Detection of bipolar disorder*. Br J Psychiatry 2011;199:3-4.
- Iverson GL, Brooks BL, Langenecker SA, et al. *Identifying a cognitive impairment subgroup in adults with mood disorders*. J Affect Disord 2011;132:360-7.
- Young AH. *More good news about the magic ion: lithium may prevent dementia*. Br J Psychiatry 2011;198:336-7.

Elementi predittivi di risposta alla psicoterapia

A. Siracusano

Dipartimento di Neuroscienze, Università Tor Vergata di Roma

La ricerca attuale ha fatto degli enormi passi in avanti nella individuazione degli elementi predittivi di risposta alla psicoterapia: se nel caso della depressione maggiore, una risposta favorevole alla psicoterapia (principalmente di tipo cognitivo

comportamentale) viene predetta da un incremento dell'attività cerebrale nell'area ventromediale e nell'area dorso laterale prefrontale, quindi nelle aree che regolano le emozioni (Ritchey et al. 2011), nel caso della schizofrenia una risposta favorevole è predetta da un incremento della connettività fronto-cerebellare (Kumari et al. 2009). Tuttavia, a oggi, non esistono marker cer-

ti e di semplice uso che possano predire la risposta clinica a un trattamento psicoterapico (Costafreda et al. 2009). In questo senso, obiettivo della ricerca futura sarà non solo quello di individuare i dovuti predittori, ma soprattutto quello di utilizzare queste conoscenze per "ritagliare a misura del paziente" i necessari trattamenti psicoterapici.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA MICHELANGELO

SS8 - Metamorfosi delle sindromi cliniche

COORDINATORE

F.M. Ferro

The metamorphosis of mania: history and epistemology

G.E. Berrios

Chair of the Epistemology of Psychiatry, University of Cambridge, UK

In Classical times, the term 'mania' was used to refer to three orders of objects: medical (a generic term for furious madness), theological (to name some Greek deities), and epistemological (Platonic name for a method that allowed journeying from the sensible to the intelligible world). By the end of the nineteenth century, the term mania was being used exclusively to name a symptom-cluster, a form of emotional madness. This paper will explain how and why did such complete metamorphosis took place.

The Classical definition of mania (and of its companion, melancholia) lasted well into the early nineteenth century. By the 1820s, novel social, economic and ideological forces fractured the old monolithic notion of madness and the resulting fragments were for the first time defined as 'mental symptoms' and became the units of analysis of madness. Under the conceptual governance of 'Faculty Psychology' these units were re-grouped according to their content into new clusters putatively representing primarily disorders of intellectual, emotional or volitional function.

Mania and Melancholia were thus redefined as disorders of emotion or affect. The word depression was introduced during the 1860s as a euphemistic portmanteau for melancholia and replaced it partially; terms suggested to replace 'mania', however, never caught on and the term survived until the second half of the 20th century when the term 'bipolar' (without its accompanying theoretical support) was borrowed from the Leonhardian system to re-name the Kraepelinian concept of 'manic-depressive insanity'.

Whether mania should still be defined as a primary disorder of affect, or whether such definition is the best to help the mentally afflicted, remains unclear.

Catatonia warrants a "home of its own" in DSM-V and ICD

M. Fink

Stony Brook University, Long Island, New York

Catatonia was identified in 1874 as a motor dysregulation syndrome among patients with psychiatric and systemic medical illnesses. It was quickly adopted as a principal sign of schizophrenia. The designation of schizophrenia, catatonic type (295.2) remains its principal designation in the psychiatric classification. DSM-IV added a code for catatonia secondary for a medical condition (293.89) and as a specifier of mood disorders.

The DSM-V proposal of January 2011 deletes the connection between catatonia and schizophrenia; continues catatonia secondary to a medical condition and as a specifier; and designates the numeric code 298.99 for Catatonia NOS (Not Otherwise Specified).

Catatonia is an independent syndrome, occasionally with severe vegetative imbalances (malignant catatonia) and delirium (delirious mania). It is found in all age groups, among patients with mood disorders, psychoses, medical, neurological and drug related conditions. It has a verifying laboratory test (benzodiazepine test) and two effective treatments (benzodiazepines and ECT).

The multiple considerations for catatonia proposed for DSM-V are overly complex. Like the syndromes of delirium and dementia, catatonia deserves independent recognition in the psychiatric classification with a single numeric code and identifiable subtypes. A single code for catatonia is recommended for the ICD revision.

La figura proteiforme dell'isteria

F. M. Ferro

Università di Chieti

L'isteria è stata in origine una sindrome modello per delineare, nell'ambito di manifestazioni "somatiche", i confini tra neuro-

logia e psicopatologia e per chiarire il nesso intercorrente tra il trauma psichico e la sua "conversione" nel corpo (Charcot. Babinski). Le pratiche dell'ipnosi e poi della cura psicoanalitica, con la risoluzione temporanea o permanente dei fenomeni, hanno definito la coerenza della figura clinica. E tuttavia le prime descrizioni, attente ai meccanismi patogenetici della "dissociazione" e della "conversione", contemplavano sia le manifestazioni somatiche sia, soprattutto nella cosiddetta "grande isteria", sintomi psichici con disturbi della coscienza e comparsa di "deliri". Eugen Bleuler, nella formulazione della "schizofrenie" e della "dissociazione" correlata, supera le posizioni di Charcot, Freud e Ganser, e include nella nuova area nosografica le "psicosi isteriche". Inizia così lo smembramento dell'isteria, confinata tra i disturbi somatoformi e le patologie psicotiche. Gli autori francesi (Maleval) hanno comunque rivalutato le "psicosi isteriche" quali entità ben differenziabili nella psicopatologia delle psicosi ed è anche stata messa a fuoco la specificità del meccanismo di conversione e delle espressioni somatiche. Appare così di interesse una rivisitazione critica della figura clinica.

Dall'ebefrenia di Hecker alla schizofrenia disorganizzata

C. Maggini

Università di Parma

L'ebefrenia di Hecker, che ha costituito il modello clinico di riferimento della demenza precoce di Kraepelin, nelle concettualizzazioni che negli anni si sono succedute ha visto smarrire il suo statuto di entità autonoma (sottotipo della demenza precoce in Kraepelin e della schizofrenia in Bleuler), la sua identità psicopatologica (categoria residua in Bleuler, etichetta per le forme di schizofrenia a esordio precoce in Schneider), sino alla perdita della sua originaria denominazione (schizofrenia disorganizzata nel DSM-IV-TR).

La parabola agonica della ebefrenia non sembra tuttavia destinata a compiersi: vari studi empirici hanno documentato che la psicopatologia ebefrenica rappresenta un'ineludibile dimensione (disorganizzata) della sintomatologia schizofrenica e si propone come una "identificabile sindrome con aspetti clinici distinti e affidabili" che può rimpiazzare il costrutto di schizofrenia (Taylor et al. 2010).

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA TIZIANO

SS9 - Psicopatologia sperimentale: dalla teoria alla pratica

COORDINATORE

A. Rossi

Situated psychopathology: from theory to practice

I. Myin-Germeys

School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University

A growing body of research suggests that there is meaningful and widespread variation of psychiatric symptoms over time, including one of the most severe psychiatric disorders which is psychosis. Understanding this variation and the determinants thereof, both internal and situational, is thus crucially important for the diagnosis and treatment of these symptoms.

In the first part of my talk, I will show that real-time monitoring of psychotic symptoms is a) feasible, b) provides a much more detailed and fine-grained picture of symptoms, and c) reveals patterns of behavior that may be relevant for treatment. In the second part of my talk, I will discuss how these insights may be instrumental in tailoring individualized treatment in psychiatry. I will introduce a new prototype device, the 'PsyMate', which was specifically developed to implement momentary assessment in clinical practice. I will discuss how the PsyMate could be instrumental for real-time and real-world delivery of psychological interventions in the treatment of paranoia, hallucinations, and negative symptoms, as well as monitor the efficacy of these interventions. With this real-world interventions, patients become active partners in the therapeutic process, resulting in greater patient ownership and empowerment, as well as understanding

of their symptoms and the environment. It moves therapy out of the office and into the patient's day to day experience.

A cognitive psychopathological approach to hallucinations

F. Larøi

University of Liège, Belgium

Cognitive psychopathology examines the potential influence that cognitive deficits, biases and beliefs may have on psychopathological disorders and experiences. This approach has been particularly fruitful in the context of hallucinations. In this talk I will present studies suggesting candidate cognitive biases and beliefs in the development and maintenance of hallucinations. Also, I will argue for the adoption of more "phenomenologically-informed" studies for the study of hallucinations, and provide examples.

La psicopatologia sperimentale della salienza aberrante

A. Rossi, P. Stratta

Università de L'Aquila

La sindrome da 'alterazione della salienza' (*salience dysregulation syndrome* – SDS) è stata proposta come costrutto in grado

di descrivere e superare non solo il concetto di schizofrenia ma anche quello di psicosi¹. Tra i modelli di validazione del costrutto proposti alcuni sembrano identificare il processo neuro-cognitivo sottostante alla SDS. Ad esempio, un'alterazione del processo decisionale (DM) è stato segnalato in diversi disturbi mentali come la schizofrenia, la dipendenza da sostanze e i disturbi ossessivo compulsivi. Valutazioni di ragionamento probabilistico (es. *Jumping to conclusion*) sembrano correlare con la presenza di sintomi psicotici e dare indicazioni su risposta al trattamento con antipsicotici. I validatori del costrutto di SDS potranno fornire utili indicazioni di tipo clinico e patofisiologico.

Bibliografia

- ¹ Van Os J. 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century? *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:363-72.

Dalla "reine psychopathologie" alla "brain stimulation"

S. Pallanti, G. Grassi, A. Cantisani, F. Di Rollo
Università di Firenze

Il DSM-V nasceva con il proposito di introdurre stabilmente all'interno della diagnostica psichiatrica i concetti di endofe-

notipo e di organizzare la nosografia secondo la eziopatogenesi dei disturbi. È ormai certo che tale proposito non verrà raggiunto dal nuovo DSM, e, sempre più, la validità di tali concetti è stata almeno in parte riconsiderata. Tuttavia, nel mondo della ricerca si assiste alla nascita di un nuovo modo di fare ricerca, basato non più sulla sola diagnosi categoriale ma su modelli neurofisiopatologici. In un commento apparso sull'*American Journal* nel luglio 2010 Thomas Insel ha presentato il modello che caratterizzerà la futura ricerca, i *Research Domain Criteria* (RDoC). La rivoluzione che si propone di apportare questa nuova concettualizzazione è il passaggio dall'idea di "mental disorders" a quella di "brain disorders". Secondo questa concettualizzazione i disturbi psichiatrici sono disturbi dei circuiti cerebrali, indagabili a un livello clinico e strumentale avvalendosi di strumenti neuro scientifici quali il *neuroimaging* funzionale, l'elettrofisiologia e l'uso di *biomarkers* e della genetica. Ciò nonostante, nel DSM-V troveremo ancora delle diagnosi categoriali ben lontane da includere l'uso di strumenti neuroscientifici nella loro convalida diagnostica. L'uso dell'*assessment* dimensionale rappresenterà pertanto un correttivo minimo per rendere utile il DSM all'attività del clinico. Maggior attenzione, se si vorrà rendere più fruibile ai clinici il nuovo DSM-V, dovrà essere prestata all'individuazione delle traiettorie dei disturbi e delle risposte al trattamento. Le terapie di stimolazione cerebrale, sembrano rappresentare un avamposto riguardo alla applicazione pratica di questi nuovi concetti.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA CARAVAGGIO

SS10 - Eventi avversi precoci: aspetti neuroscientifici e implicazioni psicopatologiche e cliniche

COORDINATORE
E. Caffo

Childhood abuse and SLC6A4 methylation in risk for posttraumatic stress disorder

K.C. Koenen¹, M. Uddin², S. C. Chang^{1,3}, A. E. Aiello², D. E. Wildman³, E. Goldmann, S. Galea¹

¹ Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University, NY, NY, USA; ² Center for Social Epidemiology and Population Health and Department of Epidemiology, University of Michigan School of Public Health, Ann Arbor, MI, USA; ³ Center for Molecular Medicine and Genetics & Department of Obstetrics and Gynecology, Wayne State University School of Medicine, Detroit, MI, USA

Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a common and debilitating mental disorder that occurs following exposure to a traumatic event. However, most individuals do not develop PTSD following even a severe trauma, leading to a search for new variables – such as genetic and other molecular variation – as-

sociated with vulnerability and resilience in the face of trauma exposure. We have shown that serotonin transporter (SLC6A4) promoter methylation status modified the association between number of traumatic events experienced and PTSD in a subset of 100 individuals from the Detroit Neighborhood Health Study (Koenen et al, 2011). Persons with more traumatic events were at increased risk for PTSD but only at lower methylation levels. At higher methylation levels, individuals with more traumatic events were protected from this disorder. This interaction was observed whether the outcome was PTSD diagnosis, symptom severity, or number of symptoms. Follow-up analyses explored the association between childhood abuse and SLC6A4) promoter methylation status in PTSD.

Preliminary data suggest sex differences in SLC6A4) promoter methylation status in relation to childhood abuse. Such sex differences may play a role in the women's increased risk of PTSD. Implications for future research on gene-environment interplay in PTSD Gene-specific methylation patterns may offer poten-

tial molecular signatures of increased risk for and resilience to PTSD.

Childhood adversities and adult mental disorders: results from the who world mental health surveys

R.C. Kessler

Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

Considerable research has been carried out to document associations of childhood adversities (CAs) with adult mental disorders. For the most part, though, those studies have focused either on only one adversity and one outcome (e.g., parental death predicting proband major depression) or on the effects of a composite measure of CAs. Such studies leave a great many important questions unanswered regarding the relative and joint effects of different types of CAs, the extent to which relative and joint effects vary in their effects on different outcomes (e.g., the relative importance of loss and danger experiences in leading to later anxiety and mood disorders), and the time windows during which CAs have effects on the onset and persistence of diverse mental disorders. Much more fine-grained investigation is needed to address these questions. And the latter requires large sample sizes for powerful analysis. Such data are presented here based on interviews with close to 100,000 respondents in the World Health Organization (WHO) World Mental Health (WMH) surveys. The WMH surveys are a series of national or regional community epidemiological surveys of the prevalence and correlates of mental disorders carried out in 25 countries throughout the world. The WMH surveys included detailed assessments in a wide variety of CAs as well as retrospectively dated information about age-of-onset, persistence, and severity of a full range of anxiety, mood, disruptive behavior, and substance disorders. Survival analyses were carried out within and across countries to evaluate associations of CA with the subsequent onset, persistence, and severity of these disorders. The presentation presents a broad overview of the results of these analyses. These results document powerful and complex predictive associations of multivariate CA profiles with onsets of all classes of disorders. They show that the associations of CAs with onset are not limited to child-adolescent, but change in their shape and strength in adulthood. They also show significant associations of CAs with adult persistence-severity of disorders that vary across the life course and across psychopathological outcomes. These results show that more targeted investigation of CA effects can be of considerable value both in guiding preventive interventions and in specifying more powerful phenotypic associations for genetic epidemiological analyses.

Separazione precoce dai genitori e suscettibilità al panico ansia: relazioni geni-ambiente nell'animale e nell'uomo

M. Battaglia

Università Vita-Salute San Raffaele

Eventi precoci di perdita/separazione sono possibili fattori di rischio per psicopatologia internalizzante, come confermato da studi di popolazione in campioni geneticamente informativi. La modalità attraverso la quale questi eventi possono alterare la

suscettibilità ad ammalare può essere di tipo additivo e indipendente rispetto ai fattori di rischio genetici, o di tipo interattivo. Nell'uomo è possibile studiare questi fenomeni solo all'interno di esperimenti naturali, cioè di campioni di popolazione generale, o clinici, che ne limitano l'attuabilità e il potere risolutivo. Nell'animale è invece possibile operare un controllo molto più stretto dell'ambiente, e con i dovuti limiti, indirizzare in modo più netto l'azione e la reciprocità di fattori di rischio genetici e ambientali.

In questa presentazione illustrerò un esempio applicativo di come sia possibile – anche attraverso l'utilizzo di misure fenotipiche intermedie – valutare in modo parallelo nell'uomo e nell'animale le relazioni tra fattori di rischio genetici e ambientali, e la suscettibilità ad ammalare.

Bibliografia

Battaglia M, Pesenti-Gritti P, Medland SE, et al. *A genetically informed study of the association between childhood separation anxiety, sensitivity to carbon dioxide, panic disorder, and the effect of childhood parental loss.* Arch Gen Psychiatry 2009;66:64-71.

Lampis V, Maziade M, Battaglia M. *Animal models of human anxiety disorders: reappraisal from a developmental psychopathology vantage point.* Pediatr Res 2011;69:77R-84.

D'Amato F, Zanettini C, Lampis V, et al. *Unstable maternal environment, separation anxiety and heightened CO2 sensitivity induced by gene-by-environment interplay.* PLoS ONE 2011;6:e18637.

Postgenomics of childhood and adult psychiatric disorders

F. Macciardi^{1,3,4}, G. Guffanti², J. H. Fallon¹, F. Torri¹, S. G. Potkin¹, E. Caffo⁵, S. Gaudi⁶

¹ Department of Psychiatry and Human Behavior, University of California, Irvine, CA, USA; ² Department of Psychiatry, Division of Child and Adolescent Psychiatry, Columbia University / NYSPI, New York, NY, USA; ³ Department of Psychiatry and the Zilkha Neurogenetic Institute, University of Southern California, Los Angeles, CA, USA; ⁴ Genomics and Bioinformatics Unit, Fondazione Filarete and School of Medicine, University of Milan, Italy; ⁵ Child Neuropsychiatry, University of Modena and Reggio Emilia, Italy; ⁶ Istituto Superiore di Sanità

Our current understanding of the brain molecular mechanisms that make up an important component of childhood and adult psychiatric disorders has steadily and rapidly progressed during the last years. This development has been helped by a parallel refinement of phenotypes, representing the essential clinical and biochemical portrayal of disease. However, despite such a dramatic improvement in knowledge, paralleled by a massive advancement of the technological tools that are available to researchers, we still lack an unequivocal etiological model for many – if not all – diseases. Classical genetics paradigms, the Common Disease Common Variant (CDCV) and the Common Disease Rare Variant (CDRV) did not prove valid hypotheses in complex traits like psychiatric disorders. Our present approach to understand the etiology of these diseases is a-theoretical with respects to a-priori modeling of illness, and pragmatic in using the available knowledge of genetic/genomic and broadly environmental mechanisms. Among the tools available to study the genetic mechanisms is the possibility to perform whole genome sequencing (WGS) and transcriptome analysis (TA). Both

WGS and TA, although very recently introduced in advanced research, have been demonstrated so useful that their use is already moving into clinical applications.

We present here an analysis of genes for childhood and early adult onset schizophrenia that adopt this integrated approach and allow generating testable disease models.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA TINTORETTO

SS11 - L'anedonia come dimensione transnosografica

COORDINATRICE
S. Galderisi

L'anedonia: sintomo negativo o affettivo?

S. Galderisi

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

L'anedonia rappresenta un sintomo caratteristico della depressione, difficile da trattare poiché spesso non risponde ai trattamenti con farmaci antidepressivi e predittivo di una risposta complessivamente scadente alle cure. L'anedonia è anche un sintomo negativo della schizofrenia. Recenti studi hanno evidenziato che essa comprende un deficit della capacità di provare piacere e un deficit della capacità di anticipare il piacere (anedonia anticipatoria); il primo sarebbe riscontrabile soprattutto nei disturbi depressivi, mentre il secondo sarebbe più specifico della schizofrenia. L'anedonia anticipatoria è ritenuta alla base anche di altri aspetti della schizofrenia, quali la ridotta motivazione e la mancanza di iniziativa, poiché l'incapacità di prevedere, e quindi di perseguire una gratificazione futura, interferisce con la pianificazione e l'esecuzione dei comportamenti finalizzati. Gli studi sulle basi neurofisiologiche del sistema del "reward", ossia del sistema che regola la percezione e l'anticipazione del piacere, hanno evidenziato che la capacità di provare piacere dipende dalla funzionalità di circuiti oppioidi e serotoninergici, mentre l'anticipazione del piacere dipende dal sistema dopaminergico mesolimbico, coinvolto anche nell'apprendimento motivazionale e nella regolazione del comportamento finalizzato. L'approfondimento degli aspetti clinico-diagnostici, psicometrici e fisiopatologici dell'anedonia potrebbe contribuire allo sviluppo di terapie efficaci per la depressione e per i sintomi negativi primari e persistenti della schizofrenia.

Understanding anhedonia in schizophrenia and schizotypy: progress and limitations

J.J. Blanchard

University of Maryland

Anhedonia, especially within the social domain, is a key feature of schizophrenia and is considered an important trait that may contribute to the development of schizophrenia spectrum disorders. Importantly, anhedonia represents an unmet thera-

peutic need in that it is associated with functional impairment and responds poorly to current treatments. Despite the clinical importance of anhedonia in schizophrenia there are many unanswered questions concerning this symptom including what factors give rise to anhedonia and if this is truly a deficit in the capacity to experience pleasure. This presentation will summarize a series of studies that have addressed the diagnostic specificity, temporal stability, and functional correlates of anhedonia in schizophrenia. Findings from studies examining anhedonia's relationship to schizotypy and other spectrum personality disorders in nonclinical samples will also be reviewed. This presentation will conclude with a summary of limitations and challenges faced in the study of hedonic capacity and directions of future research.

Anhedonia in depression: clues from affective neuroscience

D.A. Pizzagalli

Harvard Medical School; Director, Neuroimaging Center; Director, Center For Depression, Anxiety and Stress Research, McLean Hospital

Anhedonia – the loss of pleasure or lack of reactivity to pleasurable stimuli – is a core symptom of depression and a potential risk factor for various forms of psychopathology. Few studies to date have employed laboratory-based measures to objectively characterize this important depressive phenotype. Further, although preclinical data have emphasized stress-mediated disturbances of mesocorticolimbic dopaminergic functions in the pathophysiology of depression, the mechanisms and substrates underlying these processes are largely unknown in humans. Findings from recent studies in my laboratory combining behavioral, functional neuroimaging, molecular genetics, and pharmacological challenge approaches to study the neurobiology of anhedonia will be reviewed. Collectively, these findings indicate that depression is characterized by an impaired tendency to modulate behavior as a function of prior reinforcements and dysfunction in brain reward pathways. The potential role of stressors, dopamine, and genetic vulnerability on reduced hedonic capacity in depression will be discussed.

Anedonia: modelli animali

C. Gambarana

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Siena

Il concetto di anedonia comprende sia l'incapacità a essere gratificati da stimoli/eventi quotidiani normalmente piacevoli (cibo, interazioni sociali e sessuali, attività fisica), sia la ridotta disponibilità ad apprendere e compiere azioni volte a ottenere un evento percepito come piacevole. Il sistema cortico-mesolimbico dopaminergico è responsabile del secondo aspetto: l'aumento fasico di dopamina extraneuronale nelle aree limbiche conferisce salienza e valore incentivo a uno stimolo percepito e la carenza di dopamina azzerla la disponibilità a pagare un costo per ottenere un premio. Quindi, animali e uomini

sono spontaneamente portati all'autocoinvolgimento in attività che aumentano l'attività dopaminergica, mentre una ridotta trasmissione dopaminergica causa anedonia. Sperimentalmente lo stimolo gratificante più utilizzato per studiare le risposte edoniche è il cibo palatabile: un ratto nutrito *ad libitum* è disposto a lavorare per ottenerlo e, quando acquisisce un comportamento strumentale a riottenerlo, la sua trasmissione dopaminergica mesolimbica è tonicamente aumentata. Il cibo può essere ottenuto scegliendo il braccio giusto di un labirinto o premendo la leva giusta in una gabbia per comportamento operante. L'esposizione ripetuta a stress inevitabili modesti, o ad alcuni psicofarmaci, elimina la competenza del ratto ad acquisire comportamenti di appetizione, configurando un modello di anedonia. I trattamenti che ripristinano questa competenza sono antianedonici.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA MICHELANGELO

SS12 - Psicopatologia e personalizzazione delle cure in psichiatria

COORDINATORE
G.B. Cassano

Psychopathological and biological predictors of response in the pharmacological treatment of major depression

D. Baldwin

Clinical and Experimental Sciences, Faculty of Medicine, University of Southampton, UK; Mood Disorders Service, Southern Health NHS Foundation Trust, Southampton, UK

Despite advances in understanding of the mechanisms underlying the development of depression and of the neuropsychobiological changes underlying the response to antidepressant drugs, it remains hard to predict which patients will do well and which will respond only poorly to treatment. Factors such as the severity of symptoms and the presence of co-morbid disorders may be helpful in predicting the likelihood of response, but robust biological markers as predictors of response are scarce, as are factors which might signify improved clinical outcomes in particular groups of patients. The identification of reliable surrogate markers could help to inform discussions about the nature of treatment response and symptom remission, to refine pharmacological targets in the development of new antidepressant compounds, and might lead to a 'personalised medicine' treatment model for patients with depressive illness.

The presence of greater symptom severity may predict a higher likelihood of responding to escitalopram, venlafaxine and duloxetine than to traditional selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants; the category of 'anxious depression' may predict a lower response rate to bupropion than to an SSRI; and 'atypical depression' may be associated with a greater chance of response with a monoamine oxidase inhibitor than with a

tricyclic drug. Potential surrogate markers include the presence of certain genetic polymorphisms; the level of protein kinase A, CREB, BDNF, s100B, interleukin-6 and tumour-necrosis factor alpha; changes in brain metabolism, as demonstrated by neuroimaging techniques; measures derived from quantitative EEG analysis; and certain auditory evoked potentials. Most of these potential markers have not been evaluated within the context of large randomised controlled trials.

Psicoterapia personalizzata per i disturbi dell'umore

E. Frank

University of Pittsburgh School of Medicine; Università di Siena

Negli ultimi 10 anni, partendo dall'osservazione clinica sull'eterogeneità degli episodi depressivi, il nostro gruppo di ricercatori all'Università di Pittsburgh ha lavorato per adattare varie forme di psicoterapia ai bisogni specifici di ogni paziente. Questa presentazione illustrerà tre adattamenti della psicoterapia interpersonale che sono risultati dal nostro lavoro: uno per i pazienti con depressione unipolare in comorbilità con lo spettro panico (IPT-PS¹), un secondo per i pazienti con lutto complicato (CGT²) e un terzo per i pazienti con depressione bipolare II (IPSRT- BPII³).

Verranno prima descritti questi specifici sottogruppi di pazienti e successivamente illustrate le modifiche che abbiamo sviluppato per affrontare i problemi specifici di ogni sottogruppo. Ad esempio, nell'IPT-PS abbiamo studiato i metodi per aiutare il paziente a riconoscere la variabilità delle emozioni negative,

nella CGT abbiamo codificato le strategie per facilitare la ricostruzione ed elaborazione dei ricordi relativi al decesso, nell'IPSRT-BP-II abbiamo costruito un sistema per aiutare il paziente a riconoscere gli effetti negativi dell'ipomania. Saranno infine presentati i dati che cominciano a dimostrare il valore di quest'approccio rispetto a una terapia non-personalizzata.

Bibliografia

- ¹ Cyranowski JM, Frank E, Shear MK, et al. *Interpersonal psychotherapy for depression with panic spectrum symptoms (IPT-PS): a pilot study (Brief Report)*. *Depress Anxiety* 2005;21:140-412.
- ² Shear K, Frank E, Houck P, et al. *Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial*. *JAMA* 2005;293:2601-08.
- ³ Swartz HA, Frank E, Frankel DR, et al. *Psychotherapy as a monotherapy for the treatment of bipolar II depression: a proof of concept study (Brief Report)*. *Bipolar Disord* 2009;11:89-94.

Trattamento personalizzato del disturbo bipolare

A. Fagiolini, M. Nitti, B. Morana

Università di Siena

Gli studi volti a valutare l'efficacia dei trattamenti per il disturbo bipolare sono spesso limitati all'esame delle differenze nella percentuale di soggetti che rispondono ai trattamenti oggetto dello studio, differenze che quasi sempre sono esigue, anche quando statisticamente significative. Ogni clinico è tuttavia ben consapevole di quanto la risposta individuale e la capacità di tollerare i farmaci o psicoterapie siano diverse tra i singoli pazienti. Gli stabilizzatori dell'umore, gli antipsicotici e gli antidepressivi sono farmaci molto eterogenei, sia in termini di farmacodinamica che di farmacocinetica. Quando si consideri che questa eterogeneità è accoppiata con l'eterogeneità biologica dei vari individui, con l'eterogeneità degli

stressors ambientali e con l'eterogeneità dei fenotipi di mania, depressione e sintomi residui, si capisce come possano esistere differenze enormi per il singolo paziente nella risposta e nella tollerabilità ai vari antidepressivi. Questa presentazione discuterà le strategie per un trattamento personalizzato del disturbo bipolare, che aumenti le possibilità di scegliere in una fase precoce della malattia e di ogni singolo episodio farmaci più efficaci per ogni paziente.

Trattamento personalizzato per le psicosi non affettive

A. Rossi

Università de L'Aquila

Nonostante il trattamento farmacologico della schizofrenia abbia compiuto il suo sessantesimo compleanno, accanto ad alcune luci restano molte ombre.

Storicamente sviluppatosi verso la cura dei sintomi positivi, sono emersi nel corso degli anni altri 'bersagli' clinici necessari per un'ottimizzazione del trattamento. Per quanto riguarda la farmaco-resistenza alcuni studi hanno suggerito che geni associati ai recettori serotoninergici possono spiegare parte del rischio di resistenza al trattamento, così come la risposta al medesimo. Sono stati trovati geni candidati per l'obesità e gli effetti collaterali di tipo metabolico legati a tratti psichiatrici.

Recenti risultati dal Consorzio Internazionale dello studio sulla genetica della schizofrenia suggeriscono che i deficit cognitivi del disturbo sono associati a differenti varianti genetiche che possono guidare le scelte del trattamento con la possibilità di riduzione della disabilità.

Fintanto che le indicazioni della farmaco genetica non saranno rapidamente traslabili nella pratica clinica è auspicabile che la conoscenza dei profili farmacodinamici delle molecole utilizzate per il trattamento del disturbo guidi la scelta del farmaco in particolare per il profilo degli effetti collaterali.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA TIZIANO

SS13 - Psicopatologie, psicoterapie e neuroscienze

COORDINATORE

A. Siracusano

The biology of adult attachment and its implications for psychotherapy

O. Gillath

Department of Psychology, University of Kansas, Lawrence, KS, USA

The sense of attachment security has been linked with a host of beneficial outcomes related to well-being and mental health (e.g., Selcuk & Gillath, 2008). Moreover, experimental research has demonstrated that the sense of attachment security can be

enhanced via cognitive priming techniques, and studies using these methods have shown that security priming can affect behavioral responses in ways similar to dispositional attachment security.

The neurological and genetic underpinnings of attachment style and security enhancement, however, are yet unknown. The current talk reviews studies done in our laboratory to further our understanding of attachment style and security enhancement. Specifically, I'll discuss new fMRI findings showing patterns of brain activation reflective of affective (e.g., feelings of

reward in the putamen), cognitive (e.g., regulatory processes in the medial frontal cortex), and behavioral (e.g., goal direction in BA 6) processes associated with attachment security; as well as genetic and neural correlates associated with individual differences in attachment. Implications for psychotherapy will be discussed.

Memorie traumatiche, psicoterapie e basi neurobiologiche

A. Siracusano

Dipartimento di Neuroscienze, Università Tor Vergata di Roma

Gli interventi psicoterapici possono modificare i sistemi della memoria sia implicita che esplicita? Possono alterare il metabolismo di aree corticali e sottocorticali coinvolte nelle emozioni e nella cognizione? Che significato ha oggi la memoria traumatica?

Queste sono alcune delle domande fondamentali che bisogna porsi nell'ambito di un approccio "neurobiologico" alle psicoterapie dei disturbi traumatici. Se Freud sosteneva che *"I nostri malati isterici soffrono di reminiscenze"*, oggi le moderne neuroscienze sono concordi nel sostenere che non sono solo le memorie "lacunari" a generare disturbi psicopatologici, ma molto frequentemente sono le memorie che generano "troppe emozioni" (Yehuda et al. 2010). In tale ottica, creare una narrazione del trauma ed estinguere le emozioni disfunzionali associate a esse sono gli obiettivi di un moderno approccio psicoterapico.

Neuroscienze del trauma e psicoterapia dei disturbi traumatici dello sviluppo

G. Liotti¹, B. Farina²

¹ *Associazione di Psicoterapia Cognitiva, Roma;* ² *Università Europea di Roma*

Le iniziali scoperte sugli effetti dello stress nello sviluppo del cervello avevano dato plausibilità neurobiologica e conferma empirica all'effetto patogeno delle esperienze traumatiche durante l'infanzia; effetto che per molti anni era stato trascurato se non clamorosamente negato. I risultati delle ricerche successive hanno invece fornito le prove neuroscientifiche delle ipotesi

patogenetiche del trauma dello sviluppo radicate nella biologia e nell'epistemologia evoluzionista come quelle derivate da Janet e da Bowlby. I dati provenienti da un crescente numero di sperimentazioni negli ultimi anni stanno fornendo ulteriori preziose indicazioni per orientare il clinico nella diagnosi e per assisterlo nell'elaborazione della strategia terapeutica. In particolare verranno presentati i risultati di alcune recenti ricerche che sembrano provare l'esistenza di alterazioni nella normale architettura gerarchica delle funzioni psichiche e di difetti strutturali nella capacità di networking conseguenti allo sviluppo traumatico. Tali alterazioni suggeriscono al terapeuta di considerare con cura l'ostacolo che questi difetti implicano sulle funzioni della memoria e della coscienza, della regolazione delle emozioni e della capacità di integrazione delle esperienze e possono fornirgli indicazioni per superare tali ostacoli.

L'effetto placebo: come parole e rituali cambiano il cervello del paziente

F. Benedetti

Università di Torino

L'effetto placebo è un cambiamento organico o mentale che avviene in seguito al significato simbolico che viene attribuito a un evento o oggetto in ambito sanitario. Al fine di misurare l'effetto placebo è necessario escludere la remissione spontanea del sintomo. Se non si fa ciò, si rischia di incorrere nell'errore di scambiare una remissione naturale per effetto placebo. Lo studio dell'effetto placebo riguarda fondamentalmente lo studio del contesto psicosociale intorno alla terapia e al paziente. Diverse linee di ricerca indicano che un placebo, e quindi diversi stimoli sociali, attivano diversi sistemi endogeni, come le endorfine, gli endocannabinoidi, la colecistochinina e la dopamina. Le patologie che hanno più contribuito a comprendere questi meccanismi sono il dolore e la malattia di Parkinson, e oggi conosciamo parte dei circuiti nervosi implicati nella risposta placebo in queste due condizioni. Queste recenti acquisizioni neurobiologiche indicano che differenti stimoli sociali, per esempio parole e rituali, producono cambiamenti nel cervello del paziente che possono modificare l'andamento di una malattia e la risposta a una terapia.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA CARAVAGGIO

SS14 - Lo spettro ossessivo-compulsivo: qual è il minimo comun denominatore?

COORDINATORE
F. Bogetto

Dissecting the obsessive-compulsive spectrum using endophenotype probes

N.A. Fineberg, S.R. Chamberlain

National Treatment Service for OCD (England), Hertfordshire Partnership NHS Foundation Trust, Queen Elizabeth II Hospital, Welwyn Garden City, UK

Obsessive-compulsive disorder (OCD) and putatively related 'spectrum' disorders are highly heritable mental disorders that appear to cluster together, yet studies have struggled to identify aetiological factors that might clarify their nosological relationship and signal new treatment targets. Identification of intermediate markers of brain dysfunction (endophenotypes), such as neuropsychological and neuroimaging parameters, may constitute a useful link between genotype and phenotype in O-C spectrum disorders. Patients with OCD and their unaffected first-degree relatives exhibit deficits in inhibitory control and aspects of mental flexibility, which have in turn been linked with grey matter changes in neural regions such as the right frontal lobes and basal ganglia. Additionally, functional MRI probes of orbitofrontal integrity have identified under-activation in these neural systems during reversal of responses. These data are compatible with theories implicating failure of top-down cortical inhibition of striatally-mediated behaviours. They suggest that the idiosyncratic obsessive ruminations and compulsive rituals that characterise OCD are accompanied by more general propensities towards rigid and disinhibited behaviour that are shared among non-affected family members. These findings support the utility of brain-based markers in the search for OCD endophenotypes that exist in 'at-risk' individuals in the absence of clinically significant symptoms or medication confounds. By extending such research into related disorders, such as trichotillomania and body dysmorphic disorder (BDD), it is to be hoped that the neuropsychology of individual O-C spectrum disorders, together with their neural and neurochemical underpinnings, will be better characterised.

Il disturbo ossessivo-compulsivo di tipo hoarding

U. Albert, A. Aguglia, G. Maina, F. Bogetto

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

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è un disturbo che nella storia è sempre stato descritto, da un punto di vista psicopatologico, in modo unitario. Tuttavia, soprattutto in anni recenti, è stato riconosciuto che esso presenta una eterogeneità nella presentazione clinico-psicopatologica e che tale eterogeneità, ove riconosciuta e approfondita, può risultare da un lato in una

migliore definizione di sottotipi omogenei utili allo studio dei fattori di rischio genetici e ambientali, dall'altro alla migliore definizione di strategie terapeutiche mirate.

Numerosi sono i sottotipi proposti e studiati; esistono evidenze che indicano l'utilità della sottotipizzazione a seconda del decorso (episodico vs. cronico), dell'età d'esordio del disturbo (esordio precoce), o del tipo di disturbo in comorbidità (DOC con o senza disturbi da tic; DOC con o senza disturbo bipolare). Solo alcuni dei sottotipi hanno dimostrato tuttavia di avere una utilità clinica (ad esempio la presenza di tic predice una migliore risposta all'aggiunta di un antipsicotico a basso dosaggio).

In anni recenti si è recuperata una sottotipizzazione per tipo di sintomatologia prevalente, anche in un'ottica dimensionale. Tra le varie dimensioni sintomatologiche studiate vi è quella hoarder. Con tale termine ci si riferisce a una sindrome caratterizzata dall'accumulo eccessivo e dalla incapacità a disfarsi di oggetti di scarso valore personale o affettivo, che finiscono per occupare enorme spazio e quindi costituiscono fonte di estremo disagio per il paziente o per i familiari. Il 15-40% dei pazienti con DOC presenta, in associazione ad altri sintomi "classici", una sintomatologia hoarder. Il DOC con sintomi hoarder sembra essere caratterizzato da maggiori tassi di comorbidità per disturbi di asse I, in particolare disturbo bipolare, da ridotto *insight*, e da scarsa risposta alle terapie farmacologiche e cognitivo-comportamentali. Rimane aperta la questione della appartenenza di tale sindrome allo spettro ossessivo-compulsivo e della indipendenza nosologica rispetto al DOC invocata da alcuni autori.

Addiction and OCD: are they related?

J. Zohar

Chair, Department of Psychiatry, Chaim Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israel; Professor of Psychiatry, Sackler School of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel

The origin of addiction is from the Latin verb "addicere", which means "to enslave". The association with substance was a later addition to the equation. Actually, the border between substance addiction and "behavioral addiction" on one hand, and OCD and "behavioral addiction" on the other hand is not straightforward. When examining substance addiction and behavioral addiction from the phenomenological perspective, the similarity is quite impressive; both behaviors (substance addiction and behavioral addiction) are characterized by developing tolerance, experiencing withdrawal effects and the urge (which is quite irresistible) to perform this behavior despite the negative consequences. Indeed, many patients talk about being "addicted" to the rituals and to their pattern of thinking.

Endophenotype represents intermediary constructs between

complex disorders and genotypes, and may track more closely to biological constructs, hence presenting improved targets for treatment interventions. Along these lines, compulsivity, like impulsivity, may represent an important endophenotype for impulse control disorders, substance use disorders and OCD. Behavioral addiction as a common denominator of OCD and pathological gambling will be presented, accompanied by the relevant studies. The dimensional approach will be brought forward, and its implication for development of alternative strategies for diagnosis (and treatment) will be discussed.

Il trattamento farmacologico dei disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo: criticità e prospettive

F. Catapano

Department of Psychiatry, University of Naples SUN

La nozione di spettro ossessivo-compulsivo, non priva di inegabile rilevanza euristica, appare tuttora debole nella sua

definizione teorica, controversa nei suoi confini e di incerta utilità clinica. Nonostante la sua crescente popolarità, il concetto attende non solo maggiori conferme empiriche, ma soprattutto l'adozione di una prospettiva teorica e di modelli di riferimento più solidi e convincenti. Sul piano teorico, l'attuale dibattito sullo spettro ossessivo-compulsivo si intreccia inevitabilmente con le persistenti tensioni tra approccio categoriale e approccio dimensionale alla nosologia psichiatrica. D'altro canto, la specificità di risposta agli inibitori del reuptake della serotonina, considerato uno dei principali criteri di inclusione di uno specifico disturbo nello spettro, appare oggi sempre più controversa e discutibile. Partendo da queste considerazioni, il nostro contributo si propone di offrire un quadro sufficientemente esaustivo delle evidenze disponibili sul trattamento farmacologico dei disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo, e di valutare l'apporto che l'introduzione di un'ottica dimensionale può fornire al superamento delle criticità teoriche e al miglioramento delle attuali strategie di intervento terapeutico in questo ambito clinico.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA MICHELANGELO

SS15 - Psicopatologia delle psicosi organiche

COORDINATORE
E. Aguglia

Successful cognitive aging and wisdom

D.V. Jeste

University of California, San Diego

Research on "successful aging" has lagged behind that on age-related diseases. This presentation will cover definition, prevalence, and psychobiosocial "predictors" of healthy aging. We have studied several thousand community-dwelling seniors ranging in age from 50 to 102. Our results suggest that a majority of the respondents meet criteria for successful psychosocial aging, often despite physical illnesses and disability. Significant associations of successful aging include an absence of depression, high overall level of physical and cognitive activities, number of friends, resilience, and a positive attitude toward aging. Successful psychosocial aging can occur even in people with serious mental illness such as schizophrenia. Contrary to expectation, aging of patients with schizophrenia is often associated with improvement in mental health-related quality of life even as physical health declines. I also will discuss the concept of wisdom as described in ancient as well as modern literature. Next, I will present a putative neurobiological model of wisdom that involves a balance between phylogenetically oldest and newest parts of the human brain – the prefrontal cortex and the limbic striatum, respectively. Next, I will discuss the relationship of wisdom with aging as well as neuroplasticity of aging.

Finally, I will summarize proposed strategies for enhancing the likelihood of successful cognitive aging.

New diagnostic criteria for Alzheimer's disease

R.C. Petersen

Alzheimer's Disease Research Center, Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, MN, USA

Alzheimer's disease may be the most pressing disorder facing societies as the world ages. Recently, there has been a great deal of attention paid to the underlying pathophysiology of Alzheimer's disease (AD) and how criteria can be developed to enable the early prediction of who will develop AD dementia in the future. The current diagnostic schemes for AD typically embody the theoretical notion that amyloid is laid down in the brain during an asymptomatic phase. Amyloid can be detected in the brain through the use of amyloid imaging scans such as PET scans or through measurement of Abeta 42 in the cerebrospinal fluid (CSF). Following the deposition of amyloid, neurodegeneration takes place in the brain. Neurodegeneration can be assessed by various atrophy patterns on MRI, hypometabolism on FDG PET or through measures of CSF tau. It is only after neurodegeneration has taken place that clinical symptoms begin to arise, most notably in the area of memory, and subsequently, functional

decline ensues. While this is still a hypothetical model, it has served as the basis for the development of new criteria schemes.

Demenza di Alzheimer (AD) e depressione

E. Aguglia

AOU Policlinico "G. Rodolico", Vittorio Emanuele II, Catania, Dipartimento di Biomedicina Clinica e Molecolare, UOPI Psichiatria

L'esistenza di un'alta comorbidità tra Alzheimer e depressione è nota da lungo tempo. Recenti studi indicano che la depressione e il numero di episodi depressivi nella fase precoce di vita è associata a un aumentato rischio di sviluppare AD. Questo suggerisce l'esistenza di un possibile *pathways* comune le alterazioni cerebrali associate agli episodi depressivi che compromettono le abilità del cervello di resistere allo stress costituiscono fattori di rischio per lo sviluppo dell'AD. In soggetti con un *linkage* genetico per la depressione c'è la possibilità di una aumentata vulnerabilità all'inizio della cascata neurodegenerativa.

Le placche e i grovigli neurofibrillari, le due caratteristiche anatomopatologiche principali nel cervello di un malato di Alzheimer, sono più marcate nel cervello dei pazienti con malattia di Alzheimer con comorbidità come depressione rispetto ai pazienti con malattia di Alzheimer senza depressione. D'altra parte, i fenomeni neurodegenerativi sono stati osservati in diverse regioni del cervello dei pazienti con una storia di depressione. Prove recenti suggeriscono che i meccanismi molecolari e le cascate che sono alla base della patogenesi della depressione maggiore, come l'infiammazione cronica e iperattivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), sono anche coinvolti nella patogenesi della malattia di Alzheimer. In particolare, un danno specifico legato al TGF-beta e al BDNF è stata osservata sia in depressione e malattia di Alzheimer.

Esiste la possibilità di prevenire la malattia di Alzheimer e il declino cognitivo?

D. De Ronchi

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

Nel 2010 è stato pubblicato, negli *Annals of Internal Medicine*

ne¹, un *Consensus Statement* in cui veniva negata l'esistenza di modificabili fattori di rischio per la malattia di Alzheimer e il declino cognitivo. L'argomento è ulteriormente complicato dall'assenza di certi criteri diagnostici *consensus-based* per il declino cognitivo, il *mild cognitive impairment* e la malattia di Alzheimer. Infine le frequenti sovrapposizioni fra lesioni vascolari e neurodegenerative rendono ancora più ardua l'identificazione di modificabili fattori di rischio. Autorevoli studiosi² si oppongono però a queste conclusioni. Evidenze accumulate grazie agli studi epidemiologici supportano fortemente il ruolo decisivo degli stili di vita e dei fattori di rischio cardiovascolari nella patogenesi e nello sviluppo delle demenze³.

Nel corso della presentazione verranno affrontati questi temi, verranno esaminati i dati epidemiologici e gli studi più rilevanti degli ultimi anni, anche alla luce dei contributi dei nostri gruppi di ricerca italiani e svedesi⁴⁻⁹.

Bibliografia

- 1 Daviglus M, Bell CC, Berrettini W, et al. *National Institutes of Health State-of-the-Science Conference statement: preventing alzheimer disease and cognitive decline*. Ann Intern Med 2010;153:176-81.
- 2 Qiu C, Kivipelto M, Fratiglioni L. *Preventing Alzheimer disease and cognitive decline*. Ann Intern Med 2011;154:211.
- 3 Fratiglioni L, Qiu C. *Prevention of cognitive decline in ageing: dementia as the target, delayed onset as the goal*. Lancet Neurol 2011;10:778-9.
- 4 Politis A, De Ronchi D, Serretti A, et al. *Vitamin B12 levels in Alzheimer's disease: association with clinical features and cytokine production*. J Alzheimers Dis 2010;19:481-8.
- 5 Atti AR, De Ronchi D, Fratiglioni L, et al. *Cognitive impairment after age 60: clinical and social correlates in the "Faenza Project"*. J Alzheimers Dis 2010;21:1325-34.
- 6 Olgiati P, De Ronchi D, Serretti A, et al. *APOE epsilon-4 allele and cytokine production in Alzheimer's disease*. Int J Geriatr Psychiatry 2010;25:338-44.
- 7 Atti AR, De Ronchi D, Fratiglioni L, et al. *Late-life body mass index and dementia incidence: nine-year follow-up data from the Kungsholmen Project*. J Am Geriatr Soc 2008;56:111-6.
- 8 Serretti A, Olgiati P, De Ronchi D. *Genetics of Alzheimer's disease. A rapidly evolving field*. J Alzheimers Dis 2007;12:73-92.
- 9 De Ronchi D, Atti AR, Fratiglioni L, et al. *The combined effect of age, education, and stroke on dementia and cognitive impairment no dementia in the elderly*. Dement Geriatr Cogn Disord 2007;24:266-73.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA TIZIANO

SS16 - La valutazione e la terapia del paziente impulsivo e aggressivo

COORDINATORI

G.C. Nivoli, R. Quartesan

La valutazione clinica della impulsività aggressività

R. Quartesan, M. Piselli

Sezione di Psichiatria, Università Perugia; Area Funzionale Omogenea di Psichiatria, Università Perugia, AUSL 3 Umbria

Gli autori dopo aver brevemente definito e differenziato aggressività-impulsività e comportamento violento in ambito psichiatrico prendono in considerazione la gestione dell'utente ponendo attenzione su fattori scatenanti, di mantenimento e di risoluzione dell'evento. Sottolineano poi quelli che possono essere considerati comportamenti a rischio per gli operatori.

A seguire discutono le più comuni scale relative alla valutazione dell'aggressività e impulsività.

Concludono proponendo un modello a orientamento psicodinamico (secondo Kernberg) particolarmente adatto per le organizzazioni borderline. A tal riguardo differenziano, secondo gravità, i diversi quadri psicopatologici graduandoli da un polo vicino alle nevrosi a uno prossimo alle psicosi, mettendo in evidenza le differenti espressioni di discontrollo degli impulsi.

Infine sottolineano l'importanza dell'acquisizione condivisa di appropriate modalità di valutazione-gestione del paziente auspicando una formazione continua per gli operatori del setto.

Treatment of impulsive and aggressive women based on clinical evidence

R. Fugère

Department of Psychiatry, McGill Institute

This presentation will focus on a treatment program that was developed after the Correctional Service of Canada identified the need for improved accessibility to mental health treatment for women offenders serving sentences longer than 2 years. A brief history and a current overview of the carceral situation of women in Canada's correctional system will be presented. The Philippe Pinel Institute, a maximum security hospital in the province of Quebec, in partnership with the Correctional Service of Canada created a specialized treatment unit offering mental health services to female offenders who experience

problems of an emotionally dysregulated nature and whose behavioral problems are so important they are unable to function within their correctional environment. The program objectives as well as the population served will be defined. The specific program of Dialectical Behavioral Therapy, Marsha Linehan's modified version for detainees, will be presented as the chosen model of care on our unit (Mental Health Unit for Women Offenders), a clinical evidence based treatment used for this impulsive and violent clientele. Statistics collected throughout our eight years of operation and outcomes will be discussed.

Treatment of violent and aggressive psychiatric patient based on clinical evidence

K. Bédard

Department of Psychiatry, Montreal University

Patient violence occurs in many clinical settings, especially in busy psychiatric emergency departments where we often find a stressful atmosphere that can exacerbate agitation in predisposed patients. Up to 50 percent of healthcare providers are victims of violence at one point or another during their career. The pathogenesis of violent behavior is not well understood. A wide range of factors may influence the risk of violence of a given individual, in a particular setting. Some of these factors include the patient's social, psychiatric and medical history, genetics and substance abuse. Organic causes (such as brain tumor or brain injury) also need to be considered.

Known psychiatric illnesses are well established risk factors when it comes to violent behavior. Schizophrenia, personality disorders, mania and depression with psychotic features are most associated to violence but may also be associated with intoxication, delirium, and dementia, among others.

This presentation will review evaluation and management of the violent and aggressive patient, based on clinical evidence. We will discuss high risk environments, general prevention measures, the preparation of interview assessment(s?) and setting as well as pharmacologic and non-pharmacologic treatments that are to be considered with specific groups of patients, regarding the identified cause of agitation or violent behavior.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA CARAVAGGIO

SS17 - Stress e psicopatologia

COORDINATORE

M. Biondi

Stress and psychosis: implications for pathophysiology and treatment

A. Breier

Department of Psychiatry, Indiana University

There is an extensive literature that has linked stress to the onset of schizophrenia and to the exacerbation of psychotic symptoms in patients with chronic forms of this disorder. The mechanisms that underlie the stress-psychosis relationship are not well understood. The purpose of this presentation is to better elucidate the potential mechanisms that may account for the stress-induced psychosis and to explore the treatment implications of these findings. First, the literature that has associated stressful life events with the onset of first-episode schizophrenia and life events related to precipitating relapse in schizophrenia will be critically examine. Next, laboratory-based experimental paradigms that have involved the induction of stress in patients with schizophrenia in order to assess neurobiological responses will be reviewed. These paradigms include a wide range of experimentally induced stress including physical and cognitive stressors, and the utilization of functional imaging to examine neuroanatomical hypotheses of the stress-psychosis relationship. For example, data from a novel stress paradigm – the administration of pharmacological doses of the 2-deoxy-glucose (2DG), which induces a transient state reminiscent of hypoglycemia – will be presented. The validity of a “stress-sensitive” phenotype and distinct subgroup of schizophrenia will be assessed. Lastly, the treatment implications of these data will be examined. Pharmacological and behavioral treatments that target stress will be proposed as part of the overall therapeutic approach for schizophrenia.

Interazione dopamino-glutammatergica e stress: studi traslazionali e implicazioni terapeutiche

A. de Bartolomeis

Unità di Psichiatria Molecolare e Farmacoresistenza, Dipartimento di Neuroscienze, Università “Federico II” di Napoli

Per lungo tempo il sistema noradrenergico e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene sono stati al centro dei meccanismi molecolari implicati nello stress e nelle risposte a condizioni stressanti nei mammiferi.

Più recentemente studi traslazionali, ovvero dal laboratorio alla clinica e viceversa, indicano un ruolo cruciale per i sistemi dopaminergici e glutammatergici e della loro interazione nella risposta allo stress e nei meccanismi di resilienza.

In particolare un aspetto rilevante della fisiopatologia dello stress è rappresentato dal potenziale impatto persistente dello stress sull'espressione genica di rilevanti marker dopaminergici e risposte comportamentali abnormi.

Tra i geni maggiormente implicati in modelli sperimentali di stress in cui sono state dimostrate manipolazioni dei sistemi dopaminergici e glutammatergici vi sono i geni che codificano per proteine della densità postsinaptica, struttura complessa ricca di recettori (ionotropici AMPA e NMDA e metabotropici mGluR1-5), da molecole adattatrici (PSD-95) e effettori molecolari (Homer). Dopamina e glutammato appaiono di rilevante significato funzionale anche per il possibile ruolo nell'“accoppiamento” di stimoli propriamente correlati allo stress e all'emozione della paura (*fear*).

Quest'ultima appare profondamente implicata nei meccanismi di *saliency* rilevanti per l'emergenza di fenomeni psicotici.

Rilevanti le possibili implicazioni per la fisiopatologia delle psicosi e per la ricerca di nuove strategie terapeutiche che contemplino il coinvolgimento simultaneo, come punti di attacco, dei sistemi dopaminergico e glutammatergico.

Stress e disturbi mentali in medicina

M. Biondi, L. Tarsitani

Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma

Introduzione: è noto e condiviso che lo stress ha un impatto negativo sulla salute e che un valido supporto sociale gioca un ruolo protettivo nell'esposizione a situazioni stressanti. Stress e supporto sociale influenzano l'insorgenza e il decorso dei disturbi mentali e della maggior parte delle malattie mediche, direttamente, indirettamente e con meccanismi complessi ed eterogenei. Nell'ambito delle reazioni agli eventi stressanti, i traumi di distinguono per la capacità di innescare sintomi post-traumatici specifici, anch'essi associati a un impatto negativo sullo stato di salute. In medicina è frequente osservare gli effetti dello stress acuto e cronico sui pazienti e lo studio dei fattori di rischio e di eventuali misure preventive lascia a oggi vari quesiti senza una risposta.

Metodi: negli ultimi anni, l'uso della “Scala per la valutazione della Vulnerabilità correlata allo Stress” (SVS) e di altri strumenti psicometrici per la valutazione dei sintomi post-traumatici, ci ha permesso di studiare i fattori predittivi individuali e terapeutici correlati all'impatto dei sintomi di stress in diverse tipologie di pazienti.

Risultati: verranno presentati i risultati provenienti da diversi ambiti di ricerca, su popolazioni cliniche e non, con l'obiettivo di predire il rischio di malattia o di esito sfavorevole. Per ciò che riguarda i sintomi post-traumatici verranno presentati i dati provenienti da uno studio recente sui fattori protettivi e di rischio in pazienti sottoposti a interventi di cardiocirurgia.

Conclusioni: la possibilità di prevedere decorsi, esiti e risposta ai trattamenti di vari disturbi o malattie correlate a stress e traumi rappresenta un'importante sfida della psichiatria contemporanea.

Post-traumatic stress disorder after severe illness-lessons learned from critically ill patients

G. Schelling

Department of Anaesthesiology, University of Munich, Campus Grosshadern, Munich, Germany

The incidence of post-traumatic stress disorder (PTSD) after critical illness and treatment in an intensive care unit (ICU) has been estimated to be around 19%. Post-ICU PTSD is associated with substantial impairments in long-term outcomes and health-related quality of life. Risk factors for the development of post-traumatic stress after ICU treatment include female sex, younger age, preexistent psychopathology and higher doses of sedative drugs while in the ICU. In contrast, post-traumatic stress has not been consistently associated with disease severity while in the ICU¹. The most significant predictor for PTSD after critical illness is traumatic memories from life-threatening illness²⁻⁴. Traumatic memory formation and retrieval is regulated by a complex interaction between stress-activated hormonal systems which include glucocorticoids, catecholamines⁵ and endocannabinoids⁶. In contrast to other patient populations at risk for PTSD, patients in the ICU often receive medications which interact with these systems (e.g. epinephrine, norepinephrine, glucocorticoids or the sedative agent propofol) and are extensively monitored. ICU patients therefore represent a suitable population for studying the relationship between stress-associated hormonal signaling, traumatic memories and the development of PTSD during critical illness. Recent studies from our group have shown that single-nucleotide polymorphisms of the glucocorticoid receptor influence traumatic memories and PTSD symptoms after critical illness⁷, that sedative drugs which influence endocannabinoid signaling are associated with enhanced traumatic memory formation⁸ and that stress doses of glucocorticoids given to critically ill or injured patients may result in a lower incidence and intensity of post-traumatic stress⁹⁻¹².

Bibliografia

- ¹ Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, et al. *Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review*. Gen Hosp Psychiatry 2008;30:421-34.
- ² Schelling G, Stoll C, Haller M, et al. *Health-Related Quality of Life and Post-Traumatic Stress Disorder in Survivors of the Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)*. Crit Care Med 1998;25:651-9.
- ³ Schelling G, Richter M, Roozendaal B, et al. *Exposure to high stress in the intensive care unit may have negative effects on health-related quality-of-life outcomes after cardiac surgery*. Crit Care Med 2003;31:1971-80.
- ⁴ Jubran A, Lawm G, Duffner LA, et al. *Post-traumatic stress disorder after weaning from prolonged mechanical ventilation*. Intensive Care Med 2010;36:2030-7.
- ⁵ Roozendaal B, McEwen BS, Chattarji S. *Stress, memory and the amygdala*. Nat Rev Neurosci 2009;10:423-33.
- ⁶ Campolongo P, Roozendaal B, Trezza V, et al. *Endocannabinoids in the rat basolateral amygdala enhance memory consolidation and enable glucocorticoid modulation of memory*. Proc Natl Acad Sci USA 2009;106:4888-93.
- ⁷ Hauer D, Weis F, Papassotiropoulos A, et al. *Relationship of a common polymorphism of the glucocorticoid receptor gene to traumatic memories and posttraumatic stress disorder in patients after intensive care therapy*. Crit Care Med 2010;39:1.
- ⁸ Hauer D, Ratano P, Morena M, et al. *Propofol Enhances Memory Formation via an Interaction with the Endocannabinoid System*. Anesthesiology 2011;114:1380-8.
- ⁹ Schelling G, Briegel J, Roozendaal B, et al. *The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder in survivors*. Biol Psychiatry 2001;50:978-85.
- ¹⁰ Schelling G, Kilger E, Roozendaal B, et al. *Stress doses of hydrocortisone, traumatic memories, and symptoms of posttraumatic stress disorder in patients after cardiac surgery: a randomized study*. Biol Psychiatry 2004;55:627-33.
- ¹¹ Weis F, Kilger E, Roozendaal B, et al. *Stress doses of hydrocortisone reduce chronic stress symptoms and improve health-related quality of life in high-risk patients after cardiac surgery: a randomized study*. J Thorac Cardiovasc S 2006;131:277-82.
- ¹² Aerni A, Traber R, Hock C, et al. *Low-dose cortisol for symptoms of posttraumatic stress disorder*. Am J Psychiatry 2004;161:1488-90.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA MICHELANGELO

SS18 - Depressione e demoralizzazione: alla ricerca dei confini diagnostici

COORDINATORE

G. Muscettola

Depressione unipolare, depressione bipolare e stato misto: la definizione dei confini diagnostici nella psichiatria di lingua tedesca

A. Erfurth

Otto-Wagner-Spital, Vienna, Austria

Il concetto della depressione unipolare è un concetto relati-

vamente moderno. Dopo prime descrizioni nella scuola di Kleist-Leonhard, furono le descrizioni di Angst e di Perris a introdurre convincentemente la depressione unipolare negli anni sessanta.

La presentazione vuole discutere i confini diagnostici della depressione unipolare. La psichiatria germanica ha introdotto negli ultimi 150 anni vari concetti che ci possono aiutare a stabilire i confini nella pratica clinica odierna. Di questi

concetti saranno particolarmente esposti il concetto degli stati misti, della malinconia dell'anziano e della "vesania typica".

Depression and general medical condition: immune and endocrine link

G. Cizza

NIMH, Bethesda MD, USA

Major depressive disorder (MDD) is one of the most common psychiatric illnesses in the adult population. It is often associated with an increased risk of cardiovascular disease. Osteoporosis is also a major public health threat. Multiple studies have reported an association between depression and low bone mineral density, but a causal link between these two conditions is disputed. In the current lecture I will summarize the most important findings of the POWER (Premenopausal, Osteoporosis Women, Alendronate, Depression) Study, a large prospective study of bone turn-over in premenopausal women with major depression. I will also review the endocrine and immune alterations secondary to depression that might affect bone mass, the effects of clinical subtypes on endocrine and metabolic endpoints, the possible role of poor lifestyle in the etiology of osteoporosis in subjects with depression, and the potential effect of antidepressants on bone loss. I propose that depression induces bone loss and osteoporotic fractures, primarily via specific immune and endocrine mechanisms, with poor lifestyle habits as potential contributory factors.

Demoralizzazione e depressioni sottosoglia

C. Maggini

Professore Emerito di Psichiatria, Università di Parma

Lo psichiatra, sempre più spesso, incontra condizioni psicopatologiche mitigate o subcliniche, a configurazione depressiva, che sfumano negli stati psichici che l'uomo esperisce in risposta alle avversità della vita e ai colpi del destino o che attingono a una peculiare *welthanschaung*. Nell'area confusa della sofferenza morale dimorano certamente condizioni subcliniche acute o protratte, biologicamente fondate, ma in essa dimora altresì una grande varietà di stati di demoralizzazione da fallimenti ripetuti o da lungo soffrire non decodificabili in termini nosografici in accordo ai criteri diagnostici delle tassonomie ufficiali.

La demoralizzazione, malgrado la mancata inclusione nell'ICD-10 e nel DSM-IVTR, si propone come un ineludibile concetto operativo (non solo nel contesto della psichiatria di legame) per identificare nell'area confusa ed estesa delle condizioni a configurazione depressiva troppo spesso automaticamente ricondotte nel cono d'ombra della depressione soprattutto dopo l'introduzione del concetto di depressioni sottosoglia. Peraltro alla mancata differenziazione tra depressione e demoralizzazione sono stati ricondotti lo sperpero di risorse economiche e la non corretta applicazione delle terapie in psichiatria. Il concetto di demoralizzazione prospetta, inoltre, un'inverso-

ne di tendenza nei confronti della scotomizzazione, propria della psichiatria attuale con la sua esclusiva attenzione alla sindrome clinica, dei problemi psicologici ed esistenziali del paziente e inaugura nuove prospettive in senso conoscitivo (approfondimento della realtà psico-patologica del paziente e dei rapporti esistenti tra malattia e disabilità), teorico (possibilità di elaborare un modello interpretativo delle condizioni di sofferenza morale che si manifestano in risposta a eventi stressanti o che si attualizzano nel contesto di malattie di interesse medico e psichiatrico), e operativo (ricorso a interventi di tipo psicologico in associazione o in alternativa a quelli somatici; possibilità di formulare un giudizio prognostico più accurato *in specie* quando la demoralizzazione si sovrappone a una malattia di tipo internistico o psichiatrico).

La diagnosi di depressione verso il DSM-V: depressione sub-sindromica e disturbo mista ansioso-depressivo misto

G. Muscettola

Università "Federico II" di Napoli

I criteri diagnostici categoriali del DSM stabiliscono una mutua esclusione tra disturbi d'ansia e depressivi; nella letteratura degli ultimi anni è stata più volte sottolineata la presenza di un *continuum* tra questi disturbi e la depressione maggiore secondo un parametro di gravità sintomatologica nei disturbi dell'umore.

Nella prossima quinta edizione del DSM dovrebbe essere introdotta una categoria di condizioni (non sempre disturbi) non altrove specificati (CNEC) in sostituzione di quella Non altrimenti specificati (NAS), troppo generica per quadri clinici molto frequenti, non sempre a prognosi favorevole e difficili da trattare. In tale categoria diagnostica verranno inclusi: 1. la depressione in fase prodromica (realtà psicopatologica stranamente non considerata per i disturbi dell'umore); 2. la depressione sub-sindromica (precedentemente nell'Appendice B dei disturbi dell'umore); 3. il disturbo ansioso depressivo misto (precedentemente incluso nell'Appendice B dei disturbi d'ansia); 4. il disturbo disforico premestruale (anch'esso in appendice B nel DSM-IV).

Le giustificazioni per tali scelte possono essere sostenute dalla letteratura che indica che la depressione sub-sindromica è in un continuo di gravità con la depressione maggiore (Ayuso-Mateos, 2010), molto frequente in tutto il mondo, in particolare nella medicina generale e nella popolazione geriatrica (Lyness, 2007).

Il disturbo ansioso-depressivo misto è ugualmente molto frequente e giustificato dalla chiara continuità del profilo sintomatologico ansioso e di quello depressivo (Hettema, 2006; Kessler, 2011). Diversi autori, tuttavia, sottolineano le differenze genetiche, neuroendocrine e di *neuro-imaging* tra disturbi d'ansia e depressivi (Goldberg, 2010).

Verranno discusse nelle presentazioni gli aspetti positivi (la maggiore rilevanza di un approccio continuo alla diagnosi di depressione e l'attenzione particolare al criterio di gravità, non solo come specificazione diagnostica), ma anche i potenziali rischi di un ulteriore aumento del numero di diagnosi per i disturbi dell'umore e un'ulteriore complicazione nella definizione dei confini tra depressione, demoralizzazione e lutto.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA TIZIANO

SS19 - Psicopatologia, metacognizione e funzionamento sociale

COORDINATORE

M. Casacchia

Comprendere la propria mente e quella degli altri: evidenze empiriche della parziale indipendenza dei deficit metacognitivi e di funzionamento sociale

P. Lysaker

Department of Psychiatry, Indiana University

La ricerca scientifica suggerisce che diversi pazienti affetti da schizofrenia sperimentano deficit nell'abilità del "think about thinking", sia della propria sia di quella di altre persone. È poco conosciuto se queste difficoltà possano essere distinte le une dalle altre o se esse possano essere legate con esiti differenti. Per esplorare questo ambito abbiamo valutato sintomi e funzionamento e somministrato 3 *assessment* relativi alla cognizione sociale e 2 relativi all'autoreflessività a 95 pazienti affetti da disturbo dello spettro schizofrenico. L'analisi dei principali componenti eseguita tramite la rotazione varimax ha rilevato 2 fattori che rappresentano il 62% della varianza. Il primo fattore era relativo ai 3 test circa la cognizione sociale e il secondo relativo ai 2 test circa l'autoreflessività. Il primo fattore era correlato esclusivamente ai sintomi negativi, il secondo esclusivamente alla funzione sociale. I risultati sono in accordo con l'asserzione che cognizione sociale e metacognizione rappresentano forme diverse di disfunzione cognitiva.

Mentalizzazione e psicopatologia nei disturbi di personalità

J. Clarkin

Co-Director of the Personality Disorders Institute at the New York Presbyterian Hospital, Westchester Division, and Professor of Clinical Psychology in Psychiatry at the Joan and Sanford I. Weill Medical College and Graduate School of Medical Sciences of Cornell University

I disturbi di personalità sono caratterizzati essenzialmente da rappresentazioni distorte di sé e degli altri, e da alterazioni nei rapporti interpersonali. La mentalizzazione è un costrutto complesso che fa riferimento all'abilità che l'uomo ha di rappresentare se stesso e gli altri in termini di pensieri, motivazioni ed emozioni. Il concetto globale di mentalizzazione deve essere scomposto nei suoi elementi costituenti in modo da comprendere meglio il funzionamento umano a livello psicologico e neuropsicologico. Questa suddivisione del concetto di mentalizzazione è essenziale per la sua valutazione e per gli interventi. Questa presentazione sarà focalizzata sulle attuali conoscenze relative agli elementi implicati nella mentalizzazione e presenterà ipotesi circa i deficit della mentalizzazione nell'ambito dell'organizzazione dei disturbi di personalità. Risulta di particolare interesse la rilevanza della mentalizzazione e della sua misura nell'ambito del proces-

so del cambiamento terapeutico nei pazienti con disturbi di personalità. Punti chiave di questa presentazione sono: 1) la mentalizzazione è un concetto troppo ampio per poter essere utile, 2) la percezione di sé e degli altri nell'interazione sociale, in particolare sotto l'influenza di emozioni negative, è centrale per l'intervento terapeutico.

Metacognizione come strumento di comprensione della psicopatologia

G. Nicolò

Dipartimento di Salute Mentale, ASL Roma G

Lo studio della metacognizione è diventato uno dei punti di forza per la comprensione e il trattamento dei disturbi mentali, in particolar modo quelli severi e complessi. Gli studi si sono evoluti dalla semplice descrizione e comprensione dei fenomeni clinici riguardanti l'autismo, alla spiegazione di alcuni fenomeni osservati nelle psicosi schizofreniche come dar senso agli eventi interni ed esterni comprendere lo stato mentale proprio e degli altri. La ricerca ha fornito altresì differenti punti di vista e prospettive che riguardano la natura funzionale e non strutturale del malfunzionamento meta cognitivo come per esempio si osserva nei disturbi di personalità in cui la compromissione è stato-dipendente e in cui la relazione terapeutica o la gestione interpersonale possono vicariare efficacemente tale compromissione.

Lo studio della meta cognizione pertanto può permettere un *assessment* clinico predittivo sia della gravità che del tipo di intervento terapeutico necessario.

Verranno presentati i risultati di recenti ricerche condotte presso il Terzocentro di psicoterapia cognitiva che evidenziano quanto la dimensione meta cognitiva sia collegata al funzionamento relazione e alla severità della psicopatologia.

Meta-cognizione, cognizione sociale e neuro-cognizione nel disturbo schizofrenico: un'indagine su correlati e predittori di uno scarso funzionamento sociale

R. Roncone

Università de L'Aquila

Recentemente la ricerca ha suggerito che i soggetti affetti da schizofrenia mostrano un deficit nella funzione metacognitiva intesa come difficoltà a riconoscere i propri pensieri e quelli altrui (ToM-Teoria della Mente) includendo sia le intenzioni che le emozioni.

Lo scopo del presente studio è quello di esplorare in che misura la capacità meta-cognitiva possa assumere un ruolo cruciale nel funzionamento sociale dei soggetti schizofrenici.

Per poter testare la nostra ipotesi è stato condotto su 20 pazienti con schizofrenia e 17 controlli un *assessment* multidimensionale che includeva misure cliniche, neuropsicologiche e del funzionamento.

Le analisi di correlazione hanno evidenziato che le misure metacognitive presentano una correlazione significativamente maggiore con il funzionamento sociale rispetto alle altre. Inoltre, attraverso un'analisi di regressione lineare *curve-estimation* la funzione autoriflessiva intesa come capacità di rivalutare e correggere,

distanziandosene, le proprie distorsioni cognitive (*biases*) o interpretazioni erranee della realtà è emersa come uno dei maggiori predittori del funzionamento sociale nei pazienti schizofrenici. In conclusione le abilità metacognitive disfunzionali nella schizofrenia possono offrire un significativo contributo nella stima della gravità del deficit cognitivo in individui con schizofrenia e nell'orientare programmi di interventi riabilitativi su misura e finalizzati a un miglioramento significativo del loro funzionamento quotidiano.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA CARAVAGGIO

SS20 - Disturbi dello spettro autistico, dello spettro schizofrenico e dello sviluppo intellettuale: ridefinire il confine psicopatologico

COORDINATORE
G.F. Placidi

Intellectual disabilities and autism spectrum disorders: the contribution of genetics and cognition to differential diagnosis

D. Skuse

MD FRCP FRCPsych FRCPC, Direttore dell'Unità 'Behavioural and Brain Sciences' dell'Institute of Child Health di Londra, UK

Autism spectrum disorders (ASD) were, until recently, considered to be closely associated with generalized intellectual disability (ID). First, > 70% of children diagnosed with autism had ID; second, genetic mutations causing ID increased the risk of autism too. ASD diagnostic criteria described 'qualitatively' behaviours from those seen in typically developing children. All these assertions were based on slim evidence, and are erroneous. Population studies supporting the conventional view of autism as a rare condition, which is strongly linked to ID, focused on potentially autistic children in the preschool years. Screening biases arose because 'probable cases' were sought among those with generalized developmental delay and a lack of spoken language. Recent research confirms that the large majority of children with ASD in the general population of school age have normal-range intelligence, but most are undiagnosed.

On the other hand, among children with generalized ID the prevalence of autistic symptoms is much higher than in those with normal-range intelligence. Evidence suggests that the threshold for the expression of autistic traits is set lower in them, and there may be a different pattern of symptoms too, especially in the absence of spoken language. It is often clinically problematic to decide the primacy of ID or ASD, in the formulation of such children's diagnostic profile.

We will review clinical and epidemiological evidence for the association between autistic traits and ID. We will draw first on evidence from a large clinical population of 1500 children, which has been ascertained in the UK and Finland. Second,

we will examine data from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) where a birth cohort of 15,000 children has been screened repeatedly for autistic traits from 8-18 years of age. We will also evaluate the proposition that genetic variation predisposing to autistic disorders contributes to intellectual development in general.

The relevance of normal infantile actions and sentiments for psychopathology

C. Trevarthen

PhD, FRSE, Professore (emerito) di Psicologia e Psicobiologia dell'Infanzia presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Edimburgo, Scotland, UK

To understand developmental disorders of the mind and behaviour, and their relationships, we must have a general understanding of normal development. We must consider evidence of how a newborn human being can act with an open Self-related awareness of the world. Above all we need information on how spontaneous actions of the infant Self seek communication of intentions, interests and feelings with other human beings. The empiricist and constructivist psychology of perception, memory and cognition does not comprehend sufficiently the intrinsic biological processes of intention and emotions by which self-awareness and awareness of others are generated and evaluated. Three areas of science inform a different approach: research on how movements are coordinated and regulated within the body and in anticipatory engagement with the outside world; the science of how infants act and communicate in effective purposeful ways; and the neuroscience of motives and emotions in animals. All demonstrate that normal development of the brain builds a coherent system of self-control in movement with spontaneous rhythmic awareness and innate affections. This

system assimilates sensory information in brain-generated time to satisfy prospects of effective action, the risks and benefits of which are appraised emotionally to protect against stress. Developmental disorders are disorders of intention in which emotions are causes, not effects. Psychological disorders are consequences of failure in processes that build the temporal and emotional coherence of the moving Self before birth, that generate powers to seek experience and well-being after birth, and that undergo age-related change to develop new adaptive powers.

Le teorie cognitive del funzionamento sociale hanno rilevanza psicopatologica?

G. Stanghellini

Università "G. d'Annunzio" di Chieti

Il mio discorso prenderà in esame il dibattito attuale tra le versioni "incarnate" e quelle "cognitive" del nostro modo primario e normale di comprendere gli altri.

Se accettiamo la tesi che l'approccio cognitivo descrive il modo primario in cui ci relazioniamo agli altri, ciò conduce a una descrizione della condizione umana che è riconoscibilmente patologica.

Dati sul modo in cui le persone affette da schizofrenia fanno esperienza degli altri e della socialità assomigliano molto alle teorie cognitive standard del normale funzionamento sociale. Pertanto, le teorie cognitive standard possono essere utili come criterio diagnostico principale in alcuni tra i più severi disturbi mentali.

Disturbi dello sviluppo intellettivo e disturbi dello spettro autistico: sciogliere il nodo gordiano

M. Bertelli

CREA (Centro di Ricerca ed Evoluzione AMG), Firenze

L'incremento degli ultimi dieci anni della prevalenza dell'autismo e dei disturbi dello spettro autistico, che ha raggiunto livelli da vera epidemia, pone grandi problemi epidemiologici, socio-culturali, politici e soprattutto psicopatologici. Fra quest'ultimi il più importante è rappresentato dal confine con i disturbi dello sviluppo intellettivo e con i disturbi dello spettro schizofrenico. Recenti studi di genetica possono fornire informazioni utili a combattere un diffuso e stigmatizzante pregiudizio rispetto alla mancata presenza di problemi di disabilità intellettiva in molte persone che hanno ricevuto la diagnosi di DSA: rispetto ai controlli quest'ultimi hanno il 19% in più di variazioni del numero dei geni collegati alla disabilità intellettiva, la maggior parte dei quali risulta ereditata.

Altre evidenze di una comune base genetica, riguardanti alterazioni di proteine atte a regolare lo sviluppo sinaptico del sistema nervoso centrale, sembrano suggerire che i due gruppi diagnostici – e anche lo spettro schizofrenico – facciano parte di un unico raggruppamento di disturbi del neurosviluppo.

D'altro canto la psicopatologia e la fenomenologia individuano una continuità tra autismo e schizofrenia, ma non tra questi e la disabilità intellettiva. Nelle loro caratteristiche nucleari, quelle che più strettamente rimandano all'esperienza umana di disfunzionamento e di sofferenza, i due ambiti appaiono come sostanzialmente diversi. L'adattamento della semeiologia psichiatrica alle persone con difficoltà di comunicazione verbale può aiutare a definire, nei diversi casi, il rapporto di primarietà e secondarietà dei due cortei sintomatologici e a ridimensionare i dati di prevalenza.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA MICHELANGELO

SS21 - La psicopatologia nella pratica medico-legale

COORDINATORE

A. Amati

Forensic psychiatry: fallout of psychiatric practice

J. Arboleda-Florez

Department of Psychiatry, Queen's University

Arboleda-Flórez (2006) defines Forensic Psychiatry as "the branch of psychiatry that deals with issues arising at the interface between psychiatry and the law, and with the flow of mentally disordered offenders along a continuum of social systems."

This definition emphasizes the fact that Forensic Psychiatry

deals with issues at the interface of criminal law, with matters arising in evaluations on civil law cases, and with development and application of mental health legislation. Forensic Psychiatry is unique. In other specialties the work is done at the request of the patient and takes place within the confines of a highly private and confidential bilateral relationship between physician and patient. In Forensic Psychiatry the work is done at the request of a third party, therefore, a triangular relationship that flows from the dictates of the Law that are binding on both the physician and the patient. These arrangements and the settings in which forensic psychiatrists do most of their

work give the subspecialty three uniquely defined characteristics: (a) specific clinical subject matter and management considerations; (b) intimate relationship with legal constructs and concepts covering areas in criminal law, civil law and knowledge of mental health legislation, and (c) complex set of relationships with social systems, which obliges knowledge of interactions among three distinctive systems - medicine, justice and corrections.

This presentation will enlarge and examine theoretical concepts that form the foundations of Forensic Psychiatry.

Suicide risk assessment and malpractice prevention

P.J. Resnick

Department of Psychiatry, Case Western Reserve University, Cleveland

The objectives of this presentation are to improve suicide risk assessment skills, increase psychiatrists' understanding of their liability for completed suicides, and identify malpractice prevention strategies. About 5% of suicides occur in psychiatric hospitals. In the United States, more than 50% of psychiatric in-patient suicides result in a lawsuit. The standard for malpractice requires a psychiatrist to exercise, in both diagnosis and treatment, that reasonable degree of knowledge and skill which is ordinarily possessed and exercised by other members of his profession in similar circumstances.

Although depression predicts suicidal ideas, anxiety and poor impulse control predict actual suicide attempts. Of persons with suicidal ideas, 26% go to develop a suicidal plan. Seventy-two percent of persons with a suicidal plan go on to make a suicide attempt. I will review the risk factors and protective factors for suicide and how to document a suicide risk assessment. The adversarial relationship between the suicidal patient and the psychiatrist will be emphasized. I will explain the malpractice implications of failing to read suicide notes. Finally, participants will learn to document suicide risk factors, protective factors, and the risks and benefits of a psychiatric hospital admission.

Dalle sentenze alla ricostruzione della responsabilità dello psichiatra: evidenze italiane

A. Siracusano, L.T. Marsella, V. Magni, M. Ribolsi, A. Eramo, V. Marino

Dipartimento di Neuroscienze, Università Tor Vergata di Roma

Le controversie medico-legali in psichiatria stanno acquisendo negli ultimi decenni un ruolo sempre più importante. Ad oggi, di fatto la psichiatria contemporanea deve fronteggiare numerose richieste: richieste dalle organizzazioni dei pazienti, richieste di bilancio dai governi regionali e nazionali, richieste di tipo politico. In risposta a queste forze esterne, la psichiatria si è adattata ad adottare una strategia di tipo difensivo, con l'evidente rischio di perdere la propria identità. Secondo vari studi condotti negli Stati Uniti, le cause prevalenti di controversie a carico degli psichiatri sono date da "trattamenti scorretti" (37%), "suicidio o tentativi di suicidio" (17%), "reazione avversa a farmaci" (14%). Curiosamente, una "diagnosi scorretta" è solo al quarto posto (4%) (Simon et al, 2009). La Cattedra di Psichiatria dell'Università di Tor Vergata, in collaborazione con quella di Medicina Legale, sta conducendo una indagine volta all'inquadramento di tale problematica. Obiettivo di tale relazione è illustrare i dati ottenuti e stimolarne la discussione, al fine di promuovere strategie volte, attraverso una maggiore tutela degli operatori dei servizi di salute mentale, a una migliore qualità del lavoro effettuato con i pazienti.

Crollo di relazioni sentimentali e comportamenti criminali

V. Volterra, V. Visca

Bologna, Trento

In questi ultimi anni i delitti interfamiliari e soprattutto di coppia hanno superato in Italia quelli della criminalità organizzata. Le vittime sono soprattutto donne implicate in un rapporto fondato sul possesso da parte del partner come una sorta di proprietà intangibile e non su un accordo che si rinnova finché entrambi lo trovano fertile e considerano la relazione dialogo, rispetto e tolleranza e non rapporto tra chi domina e chi è sottomesso e non riesce ad accettare l'idea di diventare un "ex". Da qui le reazioni di gelosia, rabbia, stalking e violenza fino all'omicidio nei confronti di chi dimostra di non essere un oggetto e non accetta un copione fallimentare.

Vengono illustrate le forme e le declinazioni della gelosia, la sua *escalation* dissociale, i fattori di rischio di un comportamento criminale sia sul piano epidemiologico, sia con esemplificazioni di tipo psichiatrico forense.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA TIZIANO

SS22 - Modelli psicopatologici del suicidio

COORDINATORE

P. Girardi

Hikikomori ovvero l'harakiri del self

M. di Giannantonio

Dipartimento di Neuroscienze e Imaging, Università "G. D'Annunzio" di Chieti

La diffusione di una rete planetaria di comunicazione, quale Internet, ha ridotto le barriere spazio-temporali tra gli individui consentendo una comunicazione in tempo reale e aprendo a una nuova concettualizzazione dell'idea di tempo, dello spazio, del territorio, del corpo, dell'incontrarsi e del luogo. A proposito della diffusione di internet si parla, quindi, di una vera e propria rivoluzione della percezione spaziale e temporale e della creazione di una "realtà altra" che può considerarsi de-spazializzata, de-temporalizzata e decorporeizzata. Se, infatti, il rapporto con lo spazio è stato storicamente caratterizzato per l'immediatezza dell'esperienza attraverso la presenza spaziale fisica, "lo spazio contemporaneo viene vissuto prevalentemente a livello cognitivo su registro del simbolico; tende cioè a modificarsi il rapporto con il contesto sociale e nello specifico tendono a scomparire gli elementi di natura materiale che lo costituiscono: lo spazio si astrattizza, si generalizza, si virtualizza ..." (Boccia-Artieri 1998) e dunque smette di essere lo spazio della "gettatezza" della "manipolabilità" e dunque dell'esistenza autentica (M. Heidegger). Accade così che l'utente della rete, naufrago volontario del cyberspazio, vede deformato il proprio "modello fenomenico del Sé" e cioè l'immagine interna del proprio corpo: ricettacolo e sorgente di ogni relazione autentica. Non è pertanto difficile figurarsi come l'angoscia del "sentire di non sentire", connessa alla solitudine irriflessiva di incontri decorporeizzati negli spazi virtuali e di un continuo essere trascinati all'esterno di noi stessi, con l'urlo che proviene dalle viscere per spazi interni che non ci sono concessi, per un "me stesso" che ci è impedito, per un sé che si scinde e si frantuma. Siamo fissati, legati indissolubilmente a una non accettazione di una perdita, la perdita di una vita che vuole essere vissuta in relazione con l'Altro.

Early life adversity, epigenetic changes and suicidal behavior

G. Turecki

McGill Group for Suicide Studies, Department of Psychiatry, McGill University

Among factors associated with early adversity, childhood abuse and neglect are one of the strongest predictors of major depression and suicidality. Childhood sexual abuse, in particular, is associated with earlier age of onset of depression, chronic course and more severe depressive outcome. Moreover, history of childhood sexual abuse increases the odds of suicidal behavior up to 12 times. Although less consistently, physical abuse and neglect in child-

hood are also found to modify risk for depression onset, course, severity and associated suicidality. A pivotal question, however, is how does childhood adversity influence the risk – many years later – of suicidal behavior? Another important question is what are the molecular mechanisms that are involved in this process? Dr. Turecki will address these questions during his presentation. He will present data from his group's studies focusing on the role of DNA methylation on specific gene systems in the hippocampus and discuss behavioral changes that may be associated with these epigenetic changes. In addition, he will present data from a recent genome-wide methylation analysis and characterize differential methylation associated with childhood adversity. The findings to be presented are consistent with results from animal studies, which have recently given us important insight into some of the epigenetic processes that modify behavior and result from early social environmental experiences. These results will be discussed in terms of a general conceptual framework for the understanding of suicide risk.

Il suicidio e il confine con psicopatologia

M. Pompili

Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso, Servizio per la Prevenzione del Suicidio, Ospedale Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma

Notoriamente il suicidio è associato con elementi psicopatologici e un gran numero di lavori scientifici ormai usualmente citati nella letteratura internazionale riportano che il 90% di coloro che commettono il suicidio è alle prese con un disturbo psichiatrico. Fin dai tempi ormai remoti e nel seicento con Burton si afferma l'idea che è la psicopatologia a causare il suicidio e poi Esquirol sancirà questa associazione riportando che il suicidio non è altro che un sintomo della malattia mentale. Eppure un crescente numero di contributi segnala che il suicidio non è esclusivamente relegato nella psichiatria. Piuttosto è una dimensione che può abbracciare elementi psicopatologici ma affiora le sue radici in un contesto più vasto, più complesso e variegato. Non solo le evidenze dell'epigenetica riportano che le esperienze infantili avverse sono capaci di alterare il delicato equilibrio di risposta allo stress e la capacità di far fronte a eventi avversi tramite processi biochimici che impediscono la normale espressione genica. Oltre a questo vie è l'esperienza clinica. L'autopsia psicologica si focalizza su quello che è l'elemento mancante, ossia il defunto, e sul ruolo e sull'intenzione del soggetto in relazione alla decisione di porre fine alla sua esistenza. Tale tecnica introdusse l'elemento psicologico nello studio del suicidio. Nel condurre le autopsie psicologiche ci si rende conto che questi soggetti erano profondamente afflitti da una condizione di miseria umana che gli impediva un'esistenza tollerabile. Vivevano alle prese con una sofferenza estrema, senza

vedere il futuro ed erano arrivate a un bilancio che poneva l'accento sul "perciò ... mi devo suicidare". L'errore più saliente in questo contesto è quello di ricondurre questa sofferenza a un quadro psicopatologico. Senza dubbio si possono identificare elementi che possono portarci su un quadro clinico piuttosto che su un altro ma di fatto possiamo a questo punto sia "spiegare" che "comprendere" ciò che affligge il paziente.

Questa presentazione pone l'accento sulla sofferenza del paziente a rischio di suicidio e cerca di offrire una visione che si serve degli elementi psicopatologici per affacciarsi su un panorama ampissimo di emozioni spiacevoli dalle quali originano pensieri e dunque finire con l'essere alle prese con un dialogo interiore che termina con la deduzione che il suicidio è la migliore soluzione per quella condizione divenuta insostenibile.

Saving young lives: early intervention in psychosis and the risk of suicide

M. Nordentoft

Department of Psychiatry, Bispebjerg Hospital, University of Copenhagen

Introduction: Suicide rates in psychotic disorders are around 20 times higher than in persons never admitted.

Methods and results: meta analyses of suicide risk in schizophrenia are mentioned and risk factors for suicide in schizophrenia are reviewed. Danish population registers were used to identify high risk periods for suicide and two sharp peaks for suicide risk in schizophrenia were identified: shortly after admission and shortly after discharge. Suicide risk in schizophrenia decreased with the same speed as the decrease in the general population, and the suicide risk in schizophrenia was halved from 1981 to 1997. Risk factors for suicide in schizophrenia were previous depressive disorders, previous suicide attempts, drug misuse, agitation or motor restlessness, fear of mental disintegration, poor adherence to treatment, and recent loss. Risk factors for suicide attempts were suicidal thoughts and previous suicide attempts.

The long term risk of suicide in patients with psychotic disorders is approximately 5 percent, higher for men than for women.

Conclusion: Suicide in psychotic disorders is an important clinical and public health problem. Risk of suicide is highest shortly after admission and shortly after discharge. Increased attention should be paid to assessing suicide risk in these two high risk periods and to measures that hopefully can influence the high risk. Assessment of suicide risk and outpatient treatment immediately after discharge is of particular importance.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA CARAVAGGIO

SS23 - Il ruolo della psicopatologia nella formazione e nella pubblicistica psichiatrica

COORDINATRICE
D. De Ronchi

Values-based psychopathology in clinical practice

K.W.M. Fulford

Universities of Oxford & Warwick; Department of Health, UK

Values-based practice is a new skills-based approach to balanced clinical decision making where complex and conflicting values are in play. Traditionally, complex and conflicting values have been associated mainly with ethical issues raised by treatment. This paper will use a number of examples from the Diagnostic and Statistical Manual (DSM) and the International Classification of Diseases (ICD) to show that complex and conflicting values are no less important in psychopathology and diagnosis than they are in treatment. Various interpretations of the importance of values in diagnostic assessment in psychiatry will be outlined. In the final part of the presentation I will outline how recent development in values-based practice in the UK and internationally are being developed to support approaches to assessment in psychiatry that are both evidence-based and person-centred.

Overcoming dualism. Towards an embodied and enactive approach to psychopathology

T. Fuchs

Psychiatric Department, University of Heidelberg, Germany

With progress of neuroscience and imaging techniques, mental disorders are increasingly regarded as malfunctioning processes occurring in the individual head or brain. In contrast to this reifying and isolating view, phenomenological psychopathology has always argued that mental illness is an altered and disturbed way of being-in-the-world and being-with-others. In this view, the illness is not inside the patient; much rather, the patient is inside the illness. "The patient is ill; this means that *his world* is ill, literally that *his objects are ill*, however unusual this may sound" (van den Berg 1972).

This concept is now vindicated by embodied and enactive approaches to cognition: according to these, the experienced world is not a fixed set of objects internally represented by the brain, but a world that we actively constitute or "enact" as em-

bodied subjects. Moreover, the life world is a shared world that we jointly constitute through our ongoing interaction and cooperation with others. This may be called inter-enaction or co-constitution of the world.

From this viewpoint, mental illnesses should be regarded as disturbed ways of enacting a world, in particular, to participate in the common world through adequate interaction with others. As a result, the space of possibilities for action and interaction shrinks, and the circles of 'responded activity' are disrupted. In this sense, mental disorders are always 'ecological' disturbances in the patient's lived space and relationships with others. This concept is exemplified by an analysis of depression and schizophrenia as disorders of embodied interaction and inter-enaction. While the relevant circular processes are bound to mediation by the brain, they cannot exclusively be located within it. For this reason, a reduction of mental illnesses to diseases of the brain is in principle not possible.

Oltre la psicopatologia jaspersiana: comprendere l'autismo

A. Ballerini

Università di Firenze

Karl Jaspers è lo studioso che ha fondato la psicopatologia fenomenologica, sottraendo la psichiatria al mito positivista di una sua esaustiva risoluzione nell'ambito della patologia cerebrale e a una sua totale sudditanza alle scienze neuropatologiche, aprendo così la strada per un approccio più propriamente antropologico nello studio delle malattie mentali. Due rifiuti metodologici siglano la posizione di Jaspers: il terreno dell'inconscio, giudicato indimostrabile; e la totalità dell'uomo, giudicata inconoscibile. La psicopatologia di Jaspers ha una impostazione prevalentemente ontica e rifugge dall'ontologico, si rivolge cioè allo studio di ciò che esiste nella coscienza rifiutando qualsiasi ipotesi sulla fondazione, la genesi e l'essenza dell'esistente, mentre gli sviluppi della psicopatologia antro-po-fenomenologica si sono mossi dal piano cosciente e verbalizzato verso il livello pre-cognitivo e pre-verbale, vale a dire dai fenomeni al terreno sul quale essi nascono. Il compito che la fenomenologia psichiatrica post-jaspersiana, specialmente nella sua versione *eidetica*, si pone è proprio

questo: illuminare il nucleo basale del disturbo schizofrenico, cogliendo i suoi più intimi e riposti movimenti psichici, gli aspetti più sfumati del modo di essere dello schizofrenico al di là dei suoi deliri e delle sue allucinazioni. Viene così in primo piano la illuminazione del modo di essere dell'autismo, quale conseguenza di una originariamente carente costituzione empatica dell'Altro.

La psicopatologia: vecchi problemi e nuove prospettive

P. Scudellari, C.F. Muscatello

Università di Bologna

L'incertezza sullo statuto scientifico della psichiatria deriva dal suo collocarsi all'interno di alcuni nodi problematici irrisolti, o per meglio dire, in alcuni luoghi obbligati di transizione delle scienze umane contemporanee. Per ricordarne alcuni: il rapporto mente/corpo *in primis*, poi gli intricati rapporti di connessione/disgiunzione fra biologia, scienze sociali, antropologia, filosofia, ecc.

Interrogarsi su cosa si può chiedere oggi alla psicopatologia significa dunque inserirsi al centro di un dibattito epistemologico cruciale per il "pensare" psichiatrico.

Come già segnalava Jaspers la psicopatologia è certamente una disciplina fra le più coinvolte circa l'uso di due diverse strategie cognitive: 1) l'approccio rigidamente neutrale, alla ricerca delle cause oggettive e ultime dei fenomeni; 2) l'approccio cosiddetto "comprensivo" che il pensiero ermeneutico definirà, una volta per tutte, *interpretativo*, l'orientamento che teorizza la storicità, la provvisorietà, la soggettività e la finitezza di ogni progetto conoscitivo. L'interesse degli autori è soprattutto orientato su quest'ultimo versante *comprensivo-interpretativo*, su ciò che ha a che vedere, quindi, con la specificità individuale di ogni storia clinica, con la continuità di senso e con l'intelligibilità narrativa che è possibile intravedere in ogni evento antropologico, psicopatologico o non. Con queste premesse la psicopatologia rivela il suo vero e specifico progetto: quello di rappresentare una disciplina vocata a interrogarsi sulla varietà, il senso e la progettualità dei più diversi mondi antropologici possibili. E il compito dello psicopatologo dovrebbe consistere nel ricomporli in una narrazione che ci consenta di conoscerli e forse, anche, di abitarli.

SIMPOSI REGOLARI



16° CONGRESSO

della Società Italiana di Psicopatologia

Psichiatria 2012:
una nuova psicopatologia
per la clinica
e le neuroscienze

Roma, 14-18 febbraio 2012

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA PINTURICCHIO

S1 - Psicopatologia dell'intersoggettività

COORDINATORE

A. Ballerini

Transfert vs. Paarung: fenomenologia della relazione terapeutica

R. Dalle Luche

Direttore SPDC ASL 1 Massa e Carrara

Mentre la psicoanalisi, con Freud e dopo Freud, si è lungamente interrogata intorno al fenomeno centrale del transfert terapeutico, la relazione affettiva intensa (RAI), esclusiva, durevole, che lega lo psichiatra ad alcuni dei suoi pazienti, è un fenomeno dato per lo più per scontato e non adeguatamente indagato. La cosa appare sorprendente in quanto le relazioni terapeutiche tra medico e paziente rappresentano un cardine fondamentale della professione, soprattutto negli interventi di lunga durata; soprattutto nel campo dei disturbi affettivi e borderline la relazione non soltanto consente e sostiene l'intervento psicofarmacoterapeutico, ma addirittura ne amplia e talora ne vicaria il valore.

Se in psicoanalisi l'elemento centrale del transfert è individuato sul piano psicologico nella "ripetizione" delle modalità infantili di legame con le figure accuditive (*caregivers*), la psicopatologia fenomenologica si è soffermata sull'ambiguo fenomeno dell'*incontro*, inteso come possibilità di riconoscimento dell'alterità del paziente, sia pure entro i limiti imposti dalle aree morte e mortifere della sua psicopatologia. I riferimenti di fondo della fenomenologia non sono più psicologici ma rinviano alle complesse e irresolte analisi della nozione di *empatia* e di costituzione della intersoggettività, affrontata da Husserl nella Quinta delle "Meditazioni cartesiane", opera nella quale il filosofo propone il termine quasi etologico di *Paarung* (accoppiamento).

Tra le due impostazioni si situa la controversa e per molti versi irritante lezione della psicoanalisi filosofica di Jacques Lacan, che ha però il grande merito di aver analizzato il misterioso fenomeno del transfert secondo le tre direttive psicologico-filosofiche della specularità immaginaria, della dialettica del riconoscimento nella relazione servo/padrone di Hegel, e della spinosa questione del desiderio del soggetto, attraverso una rilettura del "Simposio" di Platone.

Di notevole rilevanza per la comprensione delle strategie relazionali terapeutiche appare anche il dimenticato studio di Haley della scuola di Palo Alto sulle dinamiche di controllo e di potere nella relazione terapeutica.

Con questi riferimenti di fondo l'autore ha intrapreso il difficile cammino dell'analisi formale del fenomeno delle RAI terapeutiche in psichiatria, ponendosi principalmente la questione dell'articolazione tra reale e immaginario che le fonda, e di come e quanto si differenzino dalle altre RAI in ambito non terapeutico. Appare soprattutto interessante, nel campo psichiatrico, definire le dinamiche e i fattori che consentono di mantenere per molti anni la relazione con i pazienti, gestendo l'ambivalenza, gli atteggiamenti negativi, le manipolazioni e le

interruzioni da parte dei pazienti (ma anche, talora, dei terapeuti), al fine di giungere a una conclusione fisiologica concordata e positiva del trattamento.

Borderline: il dramma della disforia

M. Rossi Monti

Università di Urbino

La nosografia psichiatrica individua nella instabilità affettiva uno degli elementi clinici più tipici del funzionamento delle personalità borderline. Tuttavia il concetto di instabilità affettiva necessita di una più precisa messa a fuoco. In primo luogo, che significa instabilità? Quali sono le caratteristiche di questa instabilità? E soprattutto: questa instabilità riguarda indifferentemente tutte le emozioni? Oppure riguarda un nucleo emozionale più specifico (Koenigsberg, Harvey, Mitropoulou, et al. 2002)? Da una anatomia della instabilità affettiva borderline emerge il ruolo centrale svolto dall'emozione della disforia in quanto umore. L'ipotesi di questo contributo è che la disforia, in quanto umore, costituisca il vero nucleo motore sul piano emozionale del funzionamento borderline.

Il termine disforia, nonostante sia di corrente uso, viene raramente precisato e si presta quindi ad alcuni fraintendimenti dovuti alla difficoltà di metterne a fuoco le caratteristiche essenziali. A partire da una messa a fuoco della disforia in quanto umore si procederà a una analisi di *quanto* e *come* l'umore disforico di fondo del borderline influenzi la vita di relazione del paziente ma, allo stesso tempo, sia anche al centro di ogni relazione terapeutica.

Intersoggettività e disturbo schizofrenico di base

A.C. Ballerini

Università di Firenze

"Disturbo fondamentale" o di base è una espressione vicina al concetto di Minkowski di "*trouble gèneateur*" sganciato da qualsivoglia senso patogenetico e dal significato di "basale" in quanto vicino al substrato biologico, ma disturbo fondamentale inteso quale dispositivo capace di dare un senso unitario alla sindrome psicopatologica in esame.

Quando noi parliamo di mondo parliamo soprattutto di intersoggettività, di possibilità di accedere a un autentico Noi, così come esiste abbastanza evidenza che il crepuscolo che concerne l'autismo, questo fenomeno essenziale per il modo di essere schizofrenico, ha le sue lontane radici nel fallimento della costituzione dell'Altro quale soggetto simile a noi. Costituzione che è alla base di ogni dimensione intersoggettiva. Ciò colloca

di nuovo il problema della inter-soggettività nel cuore della psicopatologia schizofrenica; la stessa perdita dell'evidenza naturale "... non può essere fenomenologicamente spiegata senza tener conto della intersoggettività", precisa Blankenburg. Nella schizofrenia si intravede il confrontarsi della persona con una patologica crisi di sicurezza ontologica, di fiducia di base, nella ovvietà e realtà del mondo intersoggettivo e del suo radicarsi in esso. Dal confrontarsi cioè con una sorta di "vuoto", tuttavia coglibile e più volte esplorato nella schizoidia e schizofrenia come "perdita del contatto vitale con la realtà" da E. Minkowski (1927,1951), come "inconsistenza della esperienza naturale" da L. Binswanger (1957), come "perdita dell'evidenza naturale o crisi globale del "common sense" da W. Blankenburg (1971): tesi queste che, a parer mio, largamente si embricano. Tutte utilizzano un punto di appoggio, l'*epoche*, che, come la leva immaginata da Archimede, li porta al di là della esperienza naturale. La crisi nella dimensione intersoggettiva del mondo della vita è come una faglia della crosta terrestre da cui può originarsi il terremoto schizofrenico.

Il mondo tossicomane: la sfida intersoggettiva

G. Di Petta

UOSD Doppia Diagnosi-Centro Diurno "Giano", Dipart. Dip. ASL NA 2 Nord

Il *Dasein* o *mondo* tossicomane, nelle sue complicanze psicopatologiche e cliniche, rappresenta una delle più note aree di scacco dell'intersoggettività. In termini fenomenologici si struttura sulla seguenti modalità di esperienza alterata: 1) momentaneizzazione e istantaneizzazione del tempo vissuto; 2) restrizione e deformazione dello spazio vissuto al "perimetro della sostanza"; 3) annientamento dell'altro come soggetto; 4) oggettificazione del proprio corpo (*Koerper*) e perdita di contatto con il *Leib*; 5) modificazione crepuscolare della coscienza. Tutte queste alterazioni sono sostenute da una fortissima ed esclusiva polarizzazione dell'intenzionalità sulle sostanze stupefacenti. L'incontro con il tossicomane, pertanto, presenta almeno due livelli di difficoltà: 1) primo contatto e "aggancio"; 2) "tenuta della relazione". La lettura diagnostica e comprensiva della singola esistenza tossicomane è estremamente difficile per le complicate aderenze tra il piano di effetto delle sostanze stupefacenti (impersonale biologico) e la reazione del soggetto (vulnerabilità, personalità di base). L'autore esplora alcune criticità psicopatologiche (depersonalizzazione, stati crepuscolari, delirium) correlate all'abuso di sostanze e significative nella transizione psicotica, e, quindi, il coinvolgimento personale dell'operatore nel favorire la presa in carico del tossicomane e

la promozione del cambiamento. Particolare risalto viene dato all'esperienza grupale fenomenologica, basata sull'intercorporaletà e sulla condivisione dell'esperienza vissuta.

La crisi dell'intersoggettività e l'alterazione dei meccanismi empatici, fra i neuroni specchio e le alterazioni della salienza: un possibile percorso

A. Ballerini

Clinica Psichiatrica, AOU Careggi, Firenze

Le basi neurobiologiche dei meccanismi che rendono possibile l'intersoggettività sono estremamente complesse. La scoperta dei neuroni a specchio rappresenta sicuramente un "punto di partenza" per avvicinare fenomeni psicologici di base a funzioni specifiche cerebrali. Infatti "il meccanismo" dei neuroni specchio permette al soggetto di comprendere le azioni e le intenzioni dell'altro mettendo le basi alla possibilità di "essere empatico".

L'empatia rappresenta una delle fondamenta dell'intersoggettività, e la percezione dell'altro si intreccia inevitabilmente con la capacità di essere empatico: "... attraverso la percezione riusciamo a entrare nel mondo animato con una caratteristica peculiare, cioè riusciamo a capire che il mondo che ci viene incontro, il mondo animale e il mondo umano, possiede appunto un'animazione interna che noi riusciamo a individuare e a cogliere immediatamente ed è questo l'atto empatico: cioè riusciamo effettivamente a porci in contatto soprattutto con il mondo umano, perché ci rendiamo conto che l'altro sta vivendo" ¹.

D'altra parte la percezione del mondo, o meglio il vissuto della percezione è stato negli ultimi anni collegato da un punto di vista neurofunzionale al sistema dopaminergico, le alterazioni di questo porterebbero a un alterazione della "salienza", tale alterazione renderebbe conto delle alterazione nel vissuto caratteristici delle fasi prepsicotiche ².

Sembra possibile, naturalmente semplificando, che uno dei percorsi che conducono ai "disturbi dell'intersoggettività", alla difficoltà di essere con l'altro, caratteristici di alcuni percorsi psicopatologici, siano legati all'alterazione della "salienza" che a sua volta distorce e complica la percezione dell'altro e inevitabilmente altera i fenomeni empatici.

Bibliografia

- ¹ Ales Bello A. *Le figure dell'altro*. Torino: Effatà Editrice 2001.
- ² Kapur S, Mizrahi R, Li M. *From dopamine to salience to psychosis—linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis*. Schizophr Res 2005;79:59-68.

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA BRAMANTE

S2 - Traumi, avversità precoci e conseguenze psicopatologiche: c'è bisogno di nuovi modelli teorici e di intervento

COORDINATORI

E. Caffo, M. Battaglia

Esposizione a eventi traumatici precoci: il ruolo dei fattori psicobiologici nell'esordio psicopatologico e nella salute generale

A. Danese

Clinical Lecturer in Developmental Psychobiology and Psychiatry Head, Early Experiences Lab Department of Child & Adolescent Psychiatry, and MRC Social, Genetic, and Developmental Psychiatry (SGDP) Centre, Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK

La presentazione sarà focalizzata sui meccanismi che convertono le esperienze traumatiche precoci in fattori di rischio biologico per malattie mentali, introducendo 3 linee di ricerca. Una prima linea di ricerca è stata sviluppata in collaborazione con il *Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study*, una coorte di 1,000 soggetti nati nel 1972-73 e seguiti per 38 anni in Nuova Zelanda. Questa ricerca ha dimostrato che il maltrattamento infantile è associato a elevati livelli in proteine dell'infiammazione in età adulta, indipendentemente da numerosi altri fattori di rischio. A loro volta, elevati livelli di infiammazione contribuiscono alla fisiopatologia di disturbi psichiatrici come la depressione. Una seconda linea di ricerca è stata sviluppata in collaborazione con l'*Environmental Risk (E-Risk) Longitudinal Twin Study*, una coorte di 2.200 giovani nati nel 1994 e seguiti per 12 anni nel Regno Unito. Questa ricerca ha dimostrato che elevati livelli di infiammazione possono essere osservati già in alcuni bambini con esperienze di maltrattamento. I risultati suggeriscono che la prevenzione degli effetti del maltrattamento infantile dovrebbe iniziare in età precoce. Una terza linea di ricerca mira a consolidare l'*evidence base* riguardo gli effetti delle esperienze traumatiche precoci sulla psicopatologia attraverso studi meta-analitici. Questa ricerca ha dimostrato che il maltrattamento infantile predice un corso sfavorevole di malattia e una peggiore risposta al trattamento della depressione.

Long term sequelae of early deprivation

S. Pollak

Distinguished Professor of Psychology, Psychiatry and Pediatrics, University of Wisconsin

Research conducted with nonhuman primates and descriptive behavioural research with humans have suggested that infants reared under conditions of social deprivation develop aberrant patterns of social, emotional, and cognitive functioning. Internationally adopted post-institutionalized children provide a valuable population in which to study the effects of early deprivation on brain-behavior development. The marked change in

living environments experienced with adoption, from impoverished to enriched, allows a reasonable way to estimate both the duration and ages during which deprivation was experienced. Our goal has been to relate these factors to children's functioning in specific cognitive and emotion-related domains. Of particular concern to parents of these children have been developmental problems in areas such as attention, behavioral control, sensory integration, acquisition of motor skills, and emotional regulation. This presentation will focus on the brain and behavioral systems that may be affected by early institutionalization of children. These studies suggest that some, but not all, aspects of executive attention/inhibitory control may be compromised in institutionally-neglected children. Difficulties in children's gross motor abilities appear to reflect developmental delays in circuits controlling voluntary movement. And preliminary data are suggestive in alterations in hormonal regulatory systems implicated in social bonding and affiliation. At the same time, and despite early harsh adversity, many other aspects of children's functioning appear to be developing normally, including general intellectual abilities, memory, and some components of language acquisition. In many cases, the degree of environmental neglect rather than the amount of time in institutional care, is most predictive of children's current functioning.

For many children, cognitive performance appears to improve with increased time in the adoptive home. These data underscore the need to use more specific assessments of neural functioning to understand the effects of children's early experience on later developmental functioning.

Irritabilità, disciplina severa, calore affettivo dei genitori e tendenze internalizzanti/esternalizzanti dei bambini

C. Pastorelli¹, M. Gerbino¹, V. Castellani¹, G.V. Caprara¹, D. Bacchini², J. Lasnford³

¹ Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma; Centro Interuniversitario per la Ricerca sulla Genesi e sullo Sviluppo delle Motivazioni Prosociali e Antisociali; ² Dipartimento di Psicologia, Seconda Università di Napoli; Centro Interuniversitario per la Ricerca sulla Genesi e sullo Sviluppo delle Motivazioni Prosociali e Antisociali; ³ Center for Child and Family Policy, Duke University

Introduzione: una vasta letteratura ha messo in evidenza come l'uso di pratiche disciplinari severe (punizione fisica e aggressività psicologica) sia un fattore di rischio per lo sviluppo psicologico dei bambini e per l'insorgenza di problematiche sia di tipo internalizzante che esternalizzante.

Tuttavia un minor numero di studi ha diretto l'attenzione sulle caratteristiche di personalità dei genitori che possono contribu-

ire a esacerbare l'impiego di tali pratiche educative violente. In questo contributo intendiamo indagare in che misura le caratteristiche di personalità dei genitori, come l'irritabilità, predispongono al ricorso a pratiche disciplinari di tipo aggressivo e incidono sugli esiti internalizzanti ed esternalizzanti dei figli. Inoltre sulla base degli studi che hanno evidenziato l'importanza della qualità della relazione genitori-figli come fattore di moderazione degli effetti negativi di tali pratiche, intendiamo approfondire il ruolo di protezione del calore genitoriale.

Metodi: questo contributo si inserisce all'interno di un più ampio progetto di ricerca longitudinale denominato "Parent behavior and child adjustment across cultures" che coinvolge 9 paesi: Cina, Colombia, Italia, Giordania, Kenya, Filippine, Svezia, Thailandia, e Stati Uniti. Campione: 194 triadi familiari italiane residenti a Roma e Napoli, i cui bambini hanno un'età media di 11 anni.

Obiettivi specifici di questo contributo sono:

1. indagare le relazioni tra irritabilità, punizione severa, calore affettivo ed esiti internalizzanti ed esternalizzanti dei bambini;
2. approfondire il ruolo di mediazione svolto dalle pratiche disciplinari severe nella relazione tra irritabilità ed esiti internalizzanti ed esternalizzanti;
3. approfondire il ruolo di moderazione del calore affettivo rispetto alle relazioni descritte al punto 2.

Risultati e conclusioni: i risultati hanno evidenziato che l'irritabilità e l'uso di pratiche educative severe contribuiscono a spiegare gli esiti disadattivi dei bambini; tuttavia non è stato riscontrato un effetto di mediazione delle pratiche educative severe. Inoltre, mentre il calore affettivo materno risulta essere un fattore protettivo rispetto agli esiti internalizzanti, il calore affettivo paterno rappresenta un fattore protettivo rispetto agli esiti esternalizzanti.

Traumi precoci e psicosi: modelli teorici ed evidenze cliniche

D. La Barbera

Dipartimento di Biomedicina sperimentale e Neuroscienze cliniche, Università di Palermo

Un evento è traumatico quando minaccia la salute e il benessere di un individuo, quando lo rende impotente di fronte a un pericolo, quando viola gli assunti di base della sopravvivenza ed evidenzia l'impossibilità di controllare e prevedere gli eventi (Eisen & Goodman, 1998). Le circostanze che accompagnano un evento traumatico includono solitamente abuso, intrappolamento, impotenza, sofferenza, confusione e/o perdita (Saakvitne et al. 2000). Secondo l'*International Society for Traumatic Stress Studies*, se si considera l'intera popolazione mondiale, un numero di bambini compreso tra il 14 e il 43% ha vissuto almeno un evento traumatico nella propria vita (ISTSS, 2000). L'esperienza traumatica sembra agire quale "fattore specifico" (Steinberg & Avenevoli, 2000) a partire dal quale possono avere origine conseguenze psicopatologiche di diversa natura e severità: paure, sintomi dissociativi, enuresi, aggressività, depressione, disturbi d'ansia (PTSD, disturbo d'ansia generalizzato, disturbo d'ansia da separazione), disturbi della condotta, disturbi dell'attenzione, abuso di sostanze (Pine & Cohen, 2002). Recenti studi hanno evidenziato la presenza di eventi traumatici infantili in anamnesi di soggetti affetti da disturbi dello spettro psicotico. In particolare uno studio di Fisher (2010) ha evidenziato, suddividendo i traumi per tipologia (fisico, sessuale o psicologico), età (infanzia o adolescenza) e durata, che l'abuso perpetrato dalla madre in età infantile è associato a un rischio maggiore di sviluppare un disturbo psicotico. Studi di popolazione, effettuati su un campione di adolescenti, hanno mostrato che l'esposizione a un evento traumatico (abuso fisico, abuso sessuale, violenza domestica, bullismo) incrementa il rischio di manifestare esperienze simil-psicotiche (Kelleher et al. 2008). Vengono riportati i dati relativi alla presenza di eventi traumatici infantili in un campione di soggetti valutati all'esordio psicotico, all'interno dello studio S-GAP (*Sicilian Genetic and Psychosis*).

MERCLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA MASACCIO

S3 - Dalla valutazione multidimensionale al *case formulation*: nuove prospettive dell'intervento precoce nelle psicosi

COORDINATORE
A. Cocchi

L'esplorazione clinica della vulnerabilità psicotica: dimensioni e strutture latenti

A. Raballo

Centre for Subjectivity Research and Hvidovre Psychiatric Centre, University of Copenhagen, Denmark e DSM-DP, Ausl di Reggio Emilia

L'ingresso nel registro psicotico rimane un evento clinicamente elusivo e non di rado riconoscibile solo retrospettivamente allo zenit di una traiettoria psicopatologica complessiva. Cogliere le transizioni da assetti disfunzionali aspecifici a stati mentali a rischio più connotati in senso morboso richiede non solo la familiarità con le attuali criteriologie internazionali (per esempio criteri *Ultra-High Risk* della PACE clinic o criteri per gli stati prodromici del *German Research Network on Schizophrenia*) ma anche la capacità di discernere il carattere potenzialmente sindromico delle variegate fenomeniche iniziali. In questa prospettiva l'*assessment* tramite specifici strumenti di valutazione (quali ad esempio CAARMS, SIPS/SOPS, ERtraos, SPI-A) rimane un presidio essenziale non solo per lo screening e il monitoraggio, ma anche per un più articolato e trasparente *decision making* condiviso. In particolare la valutazione degli assetti dimensionali e delle configurazioni sintomatologiche subcliniche consente di integrare l'attuale modello categoriale (che rimane fondato sulla dicotomia tra stati mentali a rischio vs. non a rischio) con un framework descrittivo più aderente alle specificità cliniche dell'esordio.

Bibliografia

Raballo A, Larøi F. *Clinical staging: a new scenario for the treatment of psychosis*. *Lancet* 2009;374:365-7.

Raballo A, Nelson B, Thompson A, et al. *The comprehensive assessment of at-risk mental states: from mapping the onset to mapping the structure*. *Schizophr Res* 2001;127:107-14.

Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RK, et al. *Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European prediction of psychosis study*. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:241-51.

Dalla cognizione emotiva alla regolazione delle emozioni

A. Preti

Centro Medico Genneruxi, Cagliari; Cattedra di Psicologia Clinica, Università di Cagliari

La socio-neuro-biologia concepisce le emozioni come risposte automatiche coinvolte nella reazione alle sfide ambientali critiche per la sopravvivenza, quali, ad esempio, l'evitamento

del danno fisico (paura) o da contaminanti (disgusto), o lo scoraggiamento del danneggiamento intenzionale delle proprietà (rabbia). Il riconoscimento delle emozioni in sé e negli altri costituisce momento importante sul piano della cognizione, soprattutto nell'espressione di condotte di natura sociale. In particolare, il riconoscimento delle emozioni consente di identificare ed elaborare quei segnali sottili che siano informativi delle intenzioni e degli scopi altrui, e anche permette di formulare previsioni sul futuro comportamento dell'interlocutore. Disturbi della cognizione emotiva sono descritti nell'autismo e nelle psicosi, e in disturbi quali l'anoressia nervosa, la fobia sociale e alcuni disturbi di personalità. La difficoltà a riconoscere in sé e negli altri gli stati emotivi interferisce con la programmazione delle condotte sociali, ma può avere un più sottile effetto topoplastico sul piano della regolazione degli stati emotivi stessi. L'aumentata sensibilità allo stress in pazienti con diagnosi di psicosi, ad esempio, può essere riflesso di una difficoltà a ridirigere il flusso delle emozioni quando sia attivato da un evento stressante, anche minore. Diverse metodiche di intervento psico-sociale sono state sviluppate allo scopo di promuovere la consapevolezza emotiva nei pazienti e migliorare la loro capacità di regolazione delle emozioni. Evidenze preliminari suggeriscono che queste strategie di intervento sono gradite ai pazienti con psicosi, e possono risultare in una attenuazione dei sintomi di natura affettiva.

Bibliografia

Chadwick P, Hughes S, Russell D, et al. *Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial*. *Behav Cogn Psychother* 2009;37:403-12.

Myin-Germeys I, van Os J. *Stress-reactivity in psychosis: evidence for an affective pathway to psychosis*. *Clin Psychol Rev* 2007;27:409-24.

Dai protocolli di trattamento al programma personalizzato

A. Meneghelli, A. Cocchi

A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano – Scuola ASIPSE, Milano

Nella letteratura, linee guida, *review* sistematiche, metanalisi, studi naturalistici, per il trattamento del complesso, variegato ed eterogeneo quadro psicopatologico delle psicosi all'esordio, nel suo insieme di sintomi strettamente psicotici e affettivi, disturbi cognitivi, alterazioni comportamentali, comorbidità, schemi disfunzionali, difficoltà sociali, i trattamenti multicomponentziali, risultano essere la soluzione terapeutica generalmente adottata. In essi, in corrispondenza a un modello di

malattia multifattoriale, sono contemplate operazioni di tipo farmacologico, psicoterapeutico, riabilitativo, di sostegno e integrazione sociale, apparentemente utilizzate in un protocollo codificato, senza riferimenti alle procedure di comprensione e di valutazione messe in atto per calibrare la scelta e la sequenza degli interventi sulla situazione e le necessità terapeutiche del singolo paziente.

L'alternativa a un rigido protocollo è una procedura di formulazione del caso fondata su basi empiriche e scientifiche, che porta a trattamenti individualizzati e appropriati. La formulazione del caso che ha l'obiettivo di descrivere i problemi di una persona e di usare la teoria per compiere inferenze sulla cause e i fattori di mantenimento che possano guidare il trattamento, tenendo conto delle difficoltà manifeste e dei meccanismi psicologici, dei disturbi cognitivi o dei disagi sociali che le sottendono, sembra essere infatti una imprescindibile bussola per una presa in carico veramente personalizzata. Per questo la presenza di un modello del disturbo considerato affidabile dalla comunità scientifica e la raccolta di informazioni che derivi dalla triangolazione tra le misure standardizzate, l'esperienza del paziente e le impressioni del clinico sono gli elementi essenziali di questo processo dinamico e collaborativo, in grado di determinare scelte terapeutiche *evidence based* e di favorire la ricerca e il raggiungimento dei migliori trattamenti e risultati. Il Programma 2000, nella sua più che decennale esperienza clinica strutturata, presenta esempi e offre indicazioni per l'individualizzazione dei percorsi terapeutici e di sostegno rivolti all'individuo sofferente e al suo ambiente, con una costante e flessibile applicazione della formulazione del caso.

Bibliografia

Meneghelli A, Cocchi A, Preti A. "Programma 2000": a multi-modal pilot programme on early intervention in psychosis underway in Italy since 1999. *Early Intervention in Psychiatry* 2010;4:97-103.

Morrison PA, Renton CJ, Dunn H, et al. *Cognitive therapy for psychosis*. London-New York: Routledge 2004.

Età di insorgenza dei disturbi e organizzazione dei servizi: sono correlati?

G. de Girolamo, J. Dagani

IRCCS Fatebenefratelli, Brescia

Obiettivo: in questa presentazione verranno discussi gli studi più recenti relativi all'età di insorgenza dei disturbi mentali gravi, e come tali dati si correlano ai profili anagrafici dei pazienti in trattamento nei DSM italiani; verranno fornite indicazioni per riorientare tali servizi secondo un approccio 'appropriato all'età'.

Risultati: gli studi riveduti confermano che la grande maggioranza dei disturbi mentali gravi ha un'età di insorgenza in epoca infantile e adolescenziale. In particolare i disturbi del comportamento e i disturbi d'ansia emergono durante l'infanzia, mentre la maggior parte dei disturbi a elevata prevalenza (disturbi dell'umore, da abuso di sostanza e del comportamento alimentare) insorgono durante l'adolescenza e nella prima età adulta, così come i disturbi psicotici. Una età di insorgenza precoce è associata con una più lunga durata di malattia non trattata, e con esiti peggiori dal punto di vista clinico e funzionale.

Conclusioni: mentre l'insorgenza della maggior parte dei disturbi mentali ha luogo di solito nei primi tre decenni di vita, un trattamento efficace non inizia di solito che anni dopo l'apparire del disturbo. Ci sono crescenti evidenze che un intervento efficace, se attuato nelle prime fasi della malattia, può ridurre la gravità e / o la persistenza del disturbo stesso, e prevenire i disturbi secondari. Tuttavia ulteriori ricerche sono necessarie per valutare l'efficacia degli interventi precoci, e gli effetti a lungo termine di tali interventi, progettando servizi adeguati (ossia 'age-appropriate') per le persone con disturbi mentali gravi. Questo significa non solo il rafforzamento e la re-ingegnerizzazione dei sistemi di cura esistenti, ma soprattutto la costruzione di nuovi percorsi di cura per i giovani in fase di transizione verso l'età adulta.

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA PERUGINO

S4 - Prevenzione dei disturbi mentali attraverso il collegamento fra servizi

COORDINATORI

D. Berardi, I. Tarricone

Prevenzione di disturbi mentali gravi attraverso il collegamento con la Medicina Generale

M. Menchetti

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

Introduzione: i disturbi mentali hanno un'elevata prevalenza nel setting della medicina generale. In particolare si tratta di disturbi depressivi, d'ansia e somatoformi, spesso lievi dal punto di vista psicopatologico. Tuttavia una proporzione di tali disturbi può,

specialmente se non riconosciuta e non trattata adeguatamente, avere decorso e prognosi sfavorevoli. Da diversi anni è in atto un progetto di collaborazione e collegamento fra Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e Dipartimento delle Cure Primarie nella AUSL di Bologna per migliorare la gestione dei disturbi mentali all'interfaccia fra i due servizi. Percorsi specifici e dedicati ai medici di medicina generale (MMG) – Servizio di consulenza, attività di consulenza nei Nuclei delle Cure Primarie – sono stati quindi definiti allo scopo di individuare precocemente e trattare in maniera appropriata i casi inviati. Scopo del presente lavoro è

verificare se le attività in favore della medicina generale possano agire anche da un punto di vista preventivo.

Metodi: dati sui percorsi di cura dei pazienti inviati dal MMG sono stati raccolti attraverso il Sistema Informativo Territoriale del DSM della AUSL di Bologna. Attraverso l'esame delle cartelle cliniche sono stati poi raccolti dati socio-demografici e clinici inclusa la gravità del quadro clinico (misurata attraverso *Clinical Global Impression Scale*) e la durata di malattia prima del contatto con lo specialista.

Risultati: dopo l'apertura di servizi dedicati, il numero di pazienti inviati dal MMG è incrementato. Come atteso, i casi inviati nell'ambito dell'attività di consulenza risultano meno gravi di quelli che accedono al Centro di Salute Mentale (CSM). I pazienti inviati al Servizio di Consulenza hanno una durata di malattia inferiore rispetto a quelli che accedono al CSM (81% dei casi hanno durata < 6 mesi vs. 32%, $p < 0,001$).

Conclusioni: questi dati sembrano suggerire che un'intensa attività di collegamento consente al MMG di inviare allo specialista casi in fase iniziale.

Il ruolo dei familiari nella prevenzione dei disturbi mentali gravi

A. Fiorillo, D. Giacco, V. Del Vecchio, M. Luciano, C. De Rosa, F. Catapano, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Introduzione: sebbene i familiari rappresentino una delle principali risorse per i pazienti con disturbi mentali gravi, il loro ruolo nell'invio ai servizi specialistici è stato solo raramente esplorato.

Metodi: sono stati reclutati tutti i pazienti con esordio recente di schizofrenia o di altro disturbo dello spettro psicotico afferenti all'ambulatorio del Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN. Il campione è stato suddiviso in due gruppi, con e senza coinvolgimento dei familiari nella prima richiesta d'aiuto. Le differenze tra i due gruppi sono state analizzate mediante analisi della varianza.

Risultati: il campione è costituito da 35 pazienti di sesso maschile (69%), con un'età media di 26 ($\pm 5,7$) anni, single (86%), con un buon livello di istruzione. Il 64% dei pazienti non ha un lavoro, il 96% vive con la famiglia d'origine. I pazienti e i loro familiari fanno risalire l'esordio clinico all'età di 25,1 ($\pm 5,8$) anni. Nonostante l'invio ai servizi di salute mentale sia mediato, nel 67% dei casi dai familiari, il loro coinvolgimento ritarda in maniera significativa l'accesso alle cure specialistiche. Infatti, la durata di malattia non trattata, cioè l'intervallo tra l'insorgenza dei sintomi prodromici e il primo trattamento adeguato, è $146,6 \pm 143,2$ settimane vs. $127,4 \pm 144,1$; la durata di psicosi non trattata, cioè l'intervallo tra l'insorgenza dei sintomi psicotici e il primo trattamento adeguato, è $38,0 \pm 60$ vs. $16,9 \pm 16,3$; l'*help seeking delay*, cioè la prima richiesta di aiuto a un qualsiasi operatore sanitario, è $22,2 \pm 50,8$ vs. $2,6 \pm 2,2$.

Conclusioni: i familiari cercano di gestire la malattia del congiunto a casa, ricorrendo ai servizi di salute mentale il più tardi possibile, probabilmente come conseguenza degli elevati livelli di stigma, "vergogna" e ignoranza. Appaiono necessarie campagne di informazione rivolte alla popolazione generale e interventi informativi per i familiari dei pazienti con esordio psicotico.

Il collegamento tra i servizi sociali e i servizi di salute mentale

I. Tarricone, M. Marseglia, S. Panigada, M. Braca, M. Nolet, L. Tonti, D. Berardi

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna; CSM Ovest Ausl Bologna

Introduzione: la presenza delle popolazioni migranti e richiedenti asilo è in costante aumento nel nostro paese. Spesso queste persone sono portatrici di peculiari bisogni psico-sociali e caratteristiche culturali che ne condizionano i percorsi di cura.

Metodo: verranno presentati i risultati di alcuni studi condotti presso il CSM Ovest di Bologna e di uno studio comparativo di recente condotto in Italia sui percorsi di cura dei migranti. Verrà inoltre presentato uno studio inteso a valutare l'impatto clinico del coinvolgimento degli operatori sociali nel setting terapeutico.

Risultati: i percorsi di cura dei migranti con problematiche psichiatriche sono molto variegati e spesso caratterizzati da un primo contatto con i servizi sociali. Il coinvolgimento degli operatori sociali fin dalle prime fasi della presa in cura riduce significativamente la probabilità di drop-out nei pazienti migranti.

Conclusioni: il confronto con gruppi di popolazione con nuove caratteristiche socio-demografiche e nuove problematiche culturali e identitarie, come migranti e richiedenti asilo, ha reso palese come sia necessario includere nei sistemi di cura anche i servizi sociali, che svolgono spesso un primo filtro nel riconoscimento e nell'accoglimento delle problematiche psico-sociali di tali popolazioni. Tali servizi potrebbero porsi, secondo il noto modello di Goldberg e Huxley, come di recente rivisto da Dinesh Bhugra, nel primo gradino della piramide dei sistemi di cura, attraverso il rafforzamento di tutte le metodiche di collegamento (consulenze, formazine, ecc.) con i servizi di salute mentale.

Prevenzione dei disturbi mentali attraverso il collegamento con l'ospedale generale

S. Ferrari, L. Martire, A. Ghidoni, M. Rigatelli
UO Psichiatria Ospedaliero-Universitaria Modena Centro, Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: l'ospedale generale è stato il primo e principale "scenario" del ritorno a un contatto della psichiatria con il resto della medicina, promosso dalle riforme realizzatesi in Italia a partire dalla fine degli anni '70. L'espressione operativa di tale contatto è stata la comparsa di Servizi o attività di Psichiatria di Consulazione e Collegamento (PCC). Alcuni disturbi, tra cui disturbi di personalità, del comportamento alimentare, dipendenze patologiche, disturbi depressivi a prevalente componente somatica e disturbi somatoformi sono quadri clinici frequenti, severi e caratterizzati spesso da ritardo diagnostico e difficile gestione clinica "tradizionale", rispetto i quali la PCC assume un ruolo privilegiato e fondamentale.

Metodi: si è analizzato il database informatizzato del Servizio di Consulenza Psichiatrica - Psicosomatica presso il Policlinico di Modena, che documenta l'attività svolta dal Servizio tra il 2000 e il 2010, per fornirne un quadro riassuntivo.

Risultati: negli 11 anni di attività analizzati, sono state svolte 10233 prime visite, pari a una media di 930 prime visite annue.

Le femmine costituiscono il 56,2% del campione, e l'età media è pari a 55,88 anni (SD = 18,36). Sono i reparti di medicina i principali utilizzatori del Servizio di PCC, con il 45% delle richieste di consulenza. Il 18,2% dei pazienti valutati presentava un'anamnesi psichiatrica già positiva, e il 70,9% soffriva di una o più patologie organiche. Il 65,8% dei pazienti valutati è risultato positivo alla valutazione psichiatrica, e la categoria diagnostica di gran lunga più frequente è quella delle sindromi

da disadattamento con reazione depressiva (15,6%), seguita da quella di depressione (13,3%). La depressione è anche di gran lunga il motivo più frequente di richiesta di consulenza (18,6%). L'invio successivo alla consulenza è per lo più diretto a medico di medicina generale (22,4%) e servizi territoriali (17,6%).

Conclusioni: l'attività di PCC nell'ospedale generale può consentire di individuare precocemente e di impostare la gestione integrata del disagio psichico nel paziente con sintomi somatici.

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA BERNINI

S5 - Psicopatologia dei disturbi della condotta alimentare in adolescenza

COORDINATORE
U. Balottin

Stili di attaccamento e disturbi del comportamento alimentare: studio transgenerazionale di 25 soggetti mediante AAI

G. Rossi, T. Carigi, M. Zaccagnino, U. Balottin

Struttura Complessa di NPI, IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale Casimiro Mondino, Pavia, Università di Pavia

Introduzione: nella patogenesi dell'anoressia nervosa e dei disturbi alimentari in genere a insorgenza in adolescenza, un ruolo importante viene giocato dalle dinamiche relazionali precoci. Il presente studio si propone in particolare di valutare lo stile di attaccamento presente nei soggetti anoressici, e le caratteristiche della trasmissione intergenerazionale dai genitori alle figlie. Diversi studi, a partire dai lavori pionieristici di Bowlby, Ainsworth e Main, hanno dimostrato che vi è una alta corrispondenza tra modelli operativi interni di genitori e figli, in generale, con continuità nelle varie fasi di sviluppo, sia per quanto riguarda i modelli di attaccamento sicuro sia per quanto riguarda l'attaccamento insicuro.

Metodi: lo studio ha coinvolto 25 adolescenti affette da anoressia o DCA NAS, diagnosticate secondo i criteri DSM IV-TR, e i loro genitori, confrontati con 20 soggetti adolescenti e i loro genitori, reclutati in una popolazione non clinica. Le pazienti, afferite alla nostra Struttura Complessa di Neuropsichiatria del Bambino e dell'Adolescente, e i controlli, sono state sottoposte a un *assessment* che ha compreso fondamentalmente *Kiddie Sads* e *Adult Attachment Interview*, con le ragazze e genitori.

Risultati: nelle pazienti è risultato più frequente, rispetto ai controlli, un modello di attaccamento di tipo *dismissing* (insicuro-evitante). La maggior parte delle madri e dei padri avevano stili di attaccamento insicuro (evitante o ambivalente).

Discussione: il modello evitante nelle pazienti anoressiche o DCA NAS evidenzia un'idealizzazione difensiva rispetto ad affetti negativi. L'insicurezza dell'attaccamento comporta gradi di vulnerabilità per lo sviluppo della psicopatologia, e la sua definizione permette una attenzione particolare nell'approccio terapeutico.

Funzionamento neuropsicologico in bambine e adolescenti con anoressia nervosa di tipo restrittivo: uno studio tramite NEPSY-II

S. Calderoni¹, C. Leggero¹, C. Urgesi², F. Fabbro², U. Balottin^{3,4}, T. Carigi³, A. Narzisi¹, F. Apicella¹, S. Maestro¹, F. Muratori^{1,5}

¹ IRCCS Fondazione Stella Maris, Pisa, ² Facoltà di Scienze della formazione dell'Università di Udine, ³ Clinica di Neuropsichiatria Infantile, Istituto "C. Mondino", Pavia, ⁴ Università di Pavia, ⁵ Università di Pisa

Il funzionamento neuropsicologico nei pazienti con anoressia nervosa di tipo restrittivo (AN-r) è stato oggetto di numerosi studi, i cui risultati sono spesso incongruenti. L'eterogeneità dei campioni analizzati (in quanto a età, durata di malattia, grado di denutrizione, comorbidità), così come la variabilità dei test somministrati, sono almeno in parte responsabili dell'inconsistenza dei risultati. Lo studio si propone di confrontare, tramite la batteria neuropsicologica NEPSY-II (Korkman et al. 2007), il profilo neuropsicologico di bambine e adolescenti con una diagnosi di AN-r secondo il DSM-IV con quello di controlli con uno sviluppo tipico. Un campione di 23 bambine e adolescenti [età media (DS): 13,47 (2,02) anni] con una diagnosi clinica di AN-r è stato valutato attraverso tutti i test della versione italiana della NEPSY-II. La NEPSY-II rappresenta uno dei più completi strumenti di valutazione neuropsicologica per bambini e adolescenti fino a 16 anni e 11 mesi, esaminati con prove appropriate per l'età. I criteri di esclusione delle pazienti sono: sintomi psicotici, QI totale (scale Wechsler) inferiore a 80, presenza di una patologia internistica non correlata al disturbo alimentare, importante instabilità internistica. Per indagare l'influenza sui risultati di alcune variabili cliniche, le pazienti sono state divise in due gruppi sulla base del BMI, della durata di malattia o della comorbidità con un disturbo depressivo, valutato tramite la versione italiana della K-SADS-PL (Kaufman 1997). Per comparare i profili neuropsicologici, è stato selezionato in maniera casuale dal campione normativo italiano (Urgesi, Campanella, Fab-

bro 2011) un gruppo di controllo composto da 46 soggetti con uno sviluppo tipico, appaiati alle pazienti per età, sesso e QI. Tramite MANOVA sono state confrontate le performance delle pazienti e dei controlli nei test neuropsicologici della NEPSY-II. Non sono emersi deficit neuropsicologici nei soggetti AN-r rispetto ai controlli in alcun dominio cognitivo. Comparando tramite test-*t* (due code) per campioni indipendenti i punteggi di pazienti e controlli, emergono marginali differenze significative nel punteggio "Set di Risposta" del test "Attenzione uditiva e Set di Risposta", con ridotte performance nelle pazienti e nel punteggio semantico del test "Produzione di Parole", con migliori performance nelle pazienti. I risultati sono discussi alla luce della letteratura esistente.

Coppia genitoriale e anoressia in adolescenza

R. Nacinovich, S. Gadda, E. Rossi, F. Neri

Università di Milano Bicocca, Ospedale San Gerardo Monza

Introduzione: lo scopo di questo studio è di valutare e approfondire le influenze della qualità del legame di coppia coniugale e genitoriale sullo sviluppo della psicopatologia della figlia.

Metodi: il gruppo sperimentale è costituito da 42 coppie genitoriali con una figlia anoressica, tra 13-17 anni, accolte per la prima volta al Servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale San Gerardo; il gruppo controllo è costituito da 42 coppie con figlie sane. Il gruppo sperimentale è stato sottoposto a una serie di colloqui clinici effettuati con i genitori; successivamente ai genitori sono stati somministrati dei questionari di autovalutazione (FACES III, BDI II, BFQ-2, DAS). Il gruppo di controllo è stato sottoposto alla stessa batteria di test standardizzati.

Risultati: dalle analisi di regressione emergono diversi fattori correlati alla coppia genitoriale che si associano significativamente alla psicopatologia anoressica delle figlie; tra questi risultano particolarmente significativi gli aspetti depressivi delle coppie e il basso consenso diadico delle madri. Inoltre il 78,05% delle coppie risultano insoddisfatte della propria relazione coniugale e sessuale.

Conclusioni: il campione sembra descrivere una relazione coniugale disfunzionale caratterizzata da rigidità e poca coesione, una confusione di ruoli e dei bisogni come difesa patologica contro i processi maturativi della coppia e contro i processi di crescita della figlia. Tali dinamiche sembrano poter avere un ruolo patogeno e costituire fattori di influenza sulla qualità del ruolo genitoriale e sul benessere complessivo dei partner.

Disturbi di personalità e disturbi del comportamento alimentare in adolescenti e giovani adulti

F. Gambini, D. Brogna, G.Z. De Vidovich, N. Morandotti, E. Caverzasi

UO Psichiatria, Università di Pavia

Molto frequentemente, come è noto, esiste una notevole comorbidità tra i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e i disturbi di Asse II (in particolare nel Cluster B) (Zanarini et al. 2010). Nella nostra esperienza, circa il 47% dei pazienti con patologie di Asse II trattate presso il nostro Centro di Ricerca per i Disturbi della Personalità (CIRDIP), sono risultati anche affetti da DCA. Alla base di tale compresenza sindromica possono essere ipotizzate comuni matrici eziopatogenetiche. Di particolare importanza è condurre una valutazione adeguata che non trascuri componenti personalologiche: esse possono rimanere misconosciute se messe in ombra da sintomi di Asse I più immediatamente manifesti, e tuttavia modificare sia la prognosi che indirizzare diversamente la tipologia di trattamento. Recenti evidenze (Fonagy & Bateman 2011; Skarderud 2010) sembrano sostenere una comune difficoltà nella capacità di mentalizzare nei due disturbi in situazioni di attivazione emotiva. Per tale motivo presso il nostro Centro abbiamo posto particolare attenzione sia nella fase di *assessment* (con la valutazione della Funzione Riflessiva) che nella fase di Trattamento (attraverso un particolare training MBT *Mentalization Based Treatment*) a riconoscere e sostenere tali difficoltà. Un caso clinico verrà discusso per meglio illustrare tali aspetti.

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA BORROMINI

S6 - La ridefinizione del fenotipo nel disturbo ossessivo-compulsivo

COORDINATORE
P. Cavedini

OCD oltre l'ansia: incopletness, disgust e altro

S. Pallanti, G. Grassi, A. Cantisani

Università di Firenze

Sebbene il disturbo ossessivo-compulsivo sia classificato tra i disturbi d'ansia dal DSM-IV, è ormai quasi certa la sua emanci-

pazione da questa categoria e la creazione di una sottocategoria del disturbo ossessivo-compulsivo e dei disturbi correlati a cui affluiscono alcuni disturbi dello spettro. Tale modifica nasce dalla riconsiderazione del fenotipo clinico del disturbo ossessivo. L'ansia non appare più come l'elemento centrale e imprescindibile per la diagnosi e pertanto non ne giustifica più la sua appartenenza ai disturbi d'ansia tout-court. La ricerca neu-

robiologica avvalorata sempre di più l'individuazione di un disturbo eterogeneo in cui le dimensioni fenotipiche sottendono a substrati neurofisiopatologici distinti. Si distinguono pertanto non solo i diversi sottotipi clinici (*washers, checkers, ecc.*) ma anche le diverse dimensioni psicopatologiche quali il disgusto, la passiva *avoidance* e l'*incompleteness*. Un interessante filone di ricerca sta recentemente mettendo in luce le sovrapposizioni fenotipiche tra il disturbo ossessivo e le dipendenze. Il disturbo ossessivo viene infatti concepito sempre più come una *behavioral addiction*, sia sulla base di dati clinici che sulla base di indagini sui sistemi di *reward* dei pazienti ossessivi. Infine, l'utilizzo di nuove tecniche quali la *deep brain stimulation*, stanno portando nuove evidenze a favore di queste tesi e stanno permettendo di arrivare a una maggior conoscenza delle basi neurobiologiche che sottendono al fenotipo clinico.

L'eterogeneità psicopatologica nel disturbo ossessivo-compulsivo: quali possibili endofenotipi?

G. Salomoni, A. Riva, V. Di Chiaro

Dipartimento Neuroscienze Cliniche, Villa San Benedetto, Albese con Cassano (Como)

Il disturbo ossessivo compulsivo (DOC) è definito in letteratura come un disturbo multidimensionale, la cui eterogeneità è riscontrata a livello clinico, neurobiologico, neuropsicologico e nella risposta ai trattamenti farmacologici e non farmacologici. La comprensione della complessità psicopatologica del DOC attraverso la individuazione dei suoi possibili endofenotipi favorirebbe una più valida ridefinizione dell'intrinseca struttura del disturbo e un'indagine migliore della sua eziologia, con conseguenti importanti implicazioni sul piano terapeutico, consentendo la definizione di popolazioni eterogenee sul piano clinico, biologico e nella risposta ai trattamenti.

Scopo di questo lavoro è la definizione di profili neuropsicologici di una popolazione di pazienti affetti da DOC attraverso la somministrazione di una batteria neuropsicologica che indaghi funzioni esecutive, memoria e abilità decisionali.

Le variabili neuropsicologiche saranno correlate a profili clinici per meglio individuare componenti eterogenee che possano costituire un possibile endofenotipo del disturbo.

La dimensione neuropsicologica delle rimuginazioni mentali

P. Cavedini, A. Riva, T. Torti

Dipartimento Neuroscienze Cliniche, Villa San Benedetto, Albese con Cassano (Como)

Il rimuginio è un'esperienza cognitiva universale e quotidiana che, quando eccessiva, può inficiare il funzionamento personale, risultando in strategie fallimentari per la risoluzione dei problemi. Attualmente, il rimuginio è descritto come un costrutto multidimensionale, un elemento psicopatologico comune a differenti diagnosi (Hoyer et al. 2009). Le evidenze scientifiche attuali, limitate al disturbo d'ansia generalizzato (GAD), sostengono l'ipotesi che il rimuginio dipenda da una disregolazione nell'attivazione cerebrale delle regioni prefrontali mediali (Hoehn-Saric et al. 2004) con conseguente interferenza sull'attività delle regioni cingolate anteriori connesse all'affettività

(Hoehn-Saric et al. 2005). Tali aree di attivazione costituiscono alcuni dei correlati neurali caratteristici del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) (Mataix-Cols D et al. 2003 e 2004, Menzies L et al. 2008), condizione nella quale il rimuginio si presenta come elemento psicopatologico peculiare con caratteristiche qualitative differenti a quelle del GAD.

Alla luce di tali considerazioni, indagare il fenomeno della rimuginazione dal punto di vista neuropsicologico risulta essere una strategia fondamentale per comprenderne non solo i meccanismi di funzionamento, ma anche per definirne le differenze rispetto ai fenomeni rimuginativi presenti nei soggetti con altre patologie psichiatriche, nei soggetti sani e nelle sottopopolazioni di pazienti con DOC.

Sulla base sia degli studi di attivazione, sia delle riflessioni sulle funzioni cognitive coinvolte, è stato indagato il rimuginio in un campione di soggetti affetti da DOC confrontato con soggetti sani di controllo, utilizzando una batteria testale composta da scale cliniche che indagano questo processo e una batteria neuropsicologica per rilevare il funzionamento cognitivo delle popolazioni oggetto di studio. Lo scopo è verificare la presenza di eventuali disfunzioni neuropsicologiche, individuare i profili cognitivi delle diverse popolazioni e correlare le prestazioni con le variabili qualitative e quantitative del rimuginio.

The relationship between insight and uncertainty in obsessive-compulsive disorder

N. Jaafari

INSERM Experimental and Clinical Neurosciences laboratory, Team Psychobiology of Compulsive Disorders, CIC INSERM U 802 Poitiers, Fr. Université de Poitiers, CHU Poitiers, SHUPPM, Centre Hospitalier Henri Laborit, Poitiers, Fr

Introduction: analysis of insight in obsessive-compulsive disorders (OCD) raises conceptual problems¹. The assessment of insight with Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS) helps to define patients with poor insight and those with good insight. But it can not help to explain the mechanism underlining a poor insight in patient with OCD. Moreover, the role of insight in the symptomatic expression of OCD remains controversial. We sought to better investigate this issue and assessed potential relationships between the level of insight and some cognitive determinants of OCD symptoms. For this purpose, we used a behavioral task (the checking behavioral task) that allowed the expression of repetitive checking behaviors in OCD patients.

Methods: the level of insight was assessed in 20 checking OCD patients with the BABS. Patients were subjected to the checking behavioral task during which we assessed the "uncertainty cost" at the time of decision-making that lead to checking behavior.

Results: we found a positive correlation between the level of insight and the uncertainty cost during decision-making leading to the performance of checking behaviors.

Conclusion: these first experimental findings suggest the existence of a relationship between insight and cognitive determinants underlying OCD symptoms.

Bibliografia

¹ Marková IS, Jaafari N, Berrios GE. *Insight and obsessive-compulsive disorder: a conceptual analysis*. *Psychopathology* 2009;42:277-82.

MERCLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA RAFFAELLO

S7 - Tabagismo, alcolismo, dipendenze e nuove *addictions*: situazione attuale, prospettive future

COORDINATORI

G. Spinetti, L. Janiri

Comorbidità tra nuove e vecchie dipendenze e disturbi mentali: implicazioni cliniche e prospettive future

M. Clerici, J. Santambrogio, F. Bartoli

Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Università di Milano Bicocca

Il contributo si propone di favorire una riflessione sulle tematiche relative a quadri psicopatologici caratterizzati dalla concomitanza di disturbi mentali e aspetti diversi delle molteplici condizioni di dipendenza, proprio in relazione alle implicazioni cliniche diagnostico-terapeutiche, all'efficacia dei trattamenti rivolti alle stesse a breve, medio e lungo termine, nonché alle implicazioni organizzative del sistema di intervento. I risultati del trattamento delle condizioni di dipendenza – "vecchie" e "nuove" – sono valutabili alla luce della natura tendenzialmente "cronica" e recidivante di questi disturbi, elemento che indica una prima sostanziale sovrapposizione tra dipendenze e sintomatologia psichica primaria e secondaria: pertanto, la cosiddetta "doppia diagnosi" – oltre che qualificarsi chiaramente come una condizione anch'essa tendenzialmente cronica e recidivante – sembra rinforzare e "peggiore" in modo cumulativo gli effetti di entrambe le condizioni prese singolarmente. Ne consegue come la valutazione di un trattamento non debba quindi essere interpretata nei termini di vera e propria cura – con la necessaria enfasi sui termini di successo/insuccesso – ma, piuttosto, in termini di remissione e di livelli di miglioramento relativo raggiunti nel tempo. Tutto ciò sembra spostare la valutazione dai risultati a breve (validi generalmente per il superamento della condizione di acuzie: ad esempio, abuso/dipendenza o acuzie psicopatologica legata all'abuso/dipendenza) verso quelli a medio-lungo termine, introducendo il significato portante dell'attenzione alla compliance, all'aderenza al trattamento e alla sopravvivenza in trattamento del paziente. Poiché i meccanismi eziopatogenetici, strettamente correlati, delle dipendenze e delle manifestazioni psicopatologiche derivanti dai disturbi mentali (indotti o primari) sono estremamente complessi, l'approccio al trattamento varia considerevolmente e sistematicamente nella durata, nelle modalità e negli esiti in funzione dell'eterogeneità delle popolazioni di pazienti affetti da "doppia diagnosi". Il contributo cercherà, a tal fine, proporre uno sviluppo di prospettive conseguente alla definizione di alcune priorità:

La condizione di "doppia diagnosi" rappresenta l'indicatore fondamentale e di riferimento per la diagnosi e la valutazione di esito; tale indicatore può essere considerato – secondo tutti gli studi di follow-up a disposizione – un criterio di insuccesso. Vale a dire che l'essere portatore di una condizione di comorbidità per disturbi mentali e dipendenza segna inevitabilmente il decorso di tali condizioni e l'esito dei trattamenti in senso pro-

gnosticamente negativo favorendo sia una minor durata della permanenza in trattamento, sia il tasso di abbandono precoce. I presupposti di un trattamento appropriato ed efficace devono inevitabilmente riferirsi alla capacità di presa in carico, al lavoro motivazionale e a una spiccata enfasi sulla compliance, indipendentemente dall'esito breve dell'intervento erogato.

Le modalità di un singolo trattamento sono direttamente proporzionali alla personalizzazione degli obiettivi e al lavoro di miglioramento della aderenza e della ritenzione in trattamento. In Italia, la pratica assistenziale nell'ambito delle tossicodipendenze e della salute mentale ha evidenziato finora solo la rilevanza della comorbidità tra disturbi correlati all'uso di sostanze e altri disturbi mentali ("doppia diagnosi").

Alcolismo e dipendenze comportamentali: nuove evidenze

M. Di Nicola, D. Tedeschi, O. De Vita, G. Martinotti, G. Pozzi, L. Janiri

Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Introduzione: il concetto di "dipendenza", tradizionalmente riferito all'abuso di sostanze psicoattive, è stato esteso anche a oggetti, comportamenti ed esperienze in relazione alla loro potenzialità di determinare manifestazioni sintomatologiche e decorsi di malattia in parte sovrapponibili a quelli indotti dalle sostanze chimiche. Riflessioni derivate dalla clinica e dalla ricerca suggeriscono il razionale per investigare la presenza di una maggiore suscettibilità a sviluppare comportamenti di *addiction* in coloro che abbiano già esperito una condizione di dipendenza. L'obiettivo del presente studio è stato di effettuare lo screening delle principali dipendenze comportamentali in soggetti alcol-dipendenti e di indagare il ruolo del craving, dell'impulsività e delle dimensioni di personalità nello sviluppo di tali condotte.

Metodi: a 187 soggetti alcol-dipendenti (DSM-IV-TR) e 250 controlli non clinici omogenei per caratteristiche socio-demografiche è stata somministrata una batteria di test di screening per il gioco d'azzardo patologico, lo shopping compulsivo, la dipendenza sessuale, da esercizio fisico, da Internet e il "workaholism". Inoltre, gli alcol-dipendenti sono stati valutati mediante la *Obsessive Compulsive Drinking Scale* (OCDS), la *Visual Analogue Scale per il craving* (VASc), la *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11) e la *Temperamental and Character Inventory – Revised* (TCI-R) per indagare il craving per l'alcol, l'impulsività e le dimensioni di personalità.

Risultati: il 39,6% degli alcol-dipendenti ha raggiunto il cut-off di screening per almeno una dipendenza comportamentale rispetto al 12% dei controlli. Gli alcol-dipendenti hanno riportato

punteggi significativamente superiori ai test di screening ($p < .05$) rispetto ai controlli a eccezione che per la dipendenza da Internet e da esercizio fisico. Il craving è risultato significativamente più severo negli alcolisti che raggiungevano il cut-off di screening per almeno una dipendenza del comportamento rispetto al restante campione clinico ($p < .001$). Infine, punteggi ridotti alla VASc sono risultati associati a un minor rischio di sviluppare una dipendenza comportamentale (OR = 2,004; $p < .001$).

Conclusioni: i risultati evidenziano una significativa associazione tra alcolismo e dipendenze comportamentali. Elevati livelli di craving per l'alcol correlano con lo sviluppo di altre condotte di dipendenza a supporto dell'ipotesi che l'*addiction* rappresenti un processo unitario.

Le figure delle dipendenze comportamentali

A. Fiorentini

Scuola di Specializzazione Psichiatria, Università di Chieti e Pescara

Sulla base di una intensa esperienza clinica gli autori, attraverso questo lavoro, vogliono descrivere le dimensioni che rappresentano il nucleo della struttura di personalità caratteristica di una vasta gamma di comportamenti rigidamente disfunzionali che formano l'eterogeneo spettro dei disturbi legati al discontrollo degli impulsi fino alle dipendenze comportamentali (disturbo del comportamento alimentare, gioco d'azzardo, shopping compulsivo, cleptomania, disturbi esplosivi intermittenti). L'obiettivo del lavoro è dimostrare che l'analisi delle diverse dimensioni psicopatologiche mostra un retroterra psichico molto più complesso di quanto il termine "impulsività" e "dipendenza" va a indicare. Ne consegue la possibilità di pensare modelli di terapia capaci di andare oltre un'ottica di una terapeutica

riabilitativa tesa a renderli più conformi al contesto crea modelli terapeutici a nostro avviso confusivi e potenzialmente peggiorativi dello stato psichico del soggetto (un esempio a nostro personale parere è la figura del tutor nel gioco d'azzardo). Nello specifico le dimensioni descritte sono quelle della "noia", dell'"impulsività", nel versante temperamentale; della "intolleranza alla frustrazione" come trait d'union tra temperamento e relazione d'oggetto e "manipolazione della realtà" e "rivalta" come dimensioni specifiche della relazione d'oggetto. Si tenterà anche di proporre un inizio di sviluppo del concetto di "desiderio" in termini più specifici in relazione a questi disagi.

Dipendenza da nicotina e disturbi psichiatrici in comorbidità: aspetti clinici e terapeutici

L. Guerriero, F. Alimonti, G. Ruggiero, L. Janiri

Roma

La prevalenza della dipendenza da nicotina è significativamente più alta nei pazienti affetti da disturbi psichiatrici che nella popolazione generale. Le patologie psichiche maggiormente in comorbidità con l'uso di tabacco sono rappresentate da disturbi d'ansia, del tono dell'umore e da uso di sostanze. La presenza di tali condizioni comorbili è associata a una riduzione delle possibilità di successo dei trattamenti antitabagici tradizionali e a un aumento della frequenza delle ricadute post disassuefazione. L'esperienza clinica del nostro ambulatorio, in linea con la letteratura scientifica, suggerisce che approcci combinati di terapia farmacologica associata a interventi di counselling, flessibili e individualizzati sul singolo paziente, aumentino la possibilità di riuscita dell'intervento e riducano il rischio di ricaduta.

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA TINTORETTO

S8 - Psicopatologia come guida per la scelta del trattamento

COORDINATORI

A. Fagiolini, P. Castrogiovanni

Psicopatologia e psicofarmacologia

C. Maggini

Professore Emerito di Psichiatria, Università di Parma

La psicofarmacologia è nata e si è sviluppata avvalendosi della psicopatologia descrittiva obiettiva propria della cultura psichiatrica di lingua inglese. L'incontro tra psicopatologia fenomenologica e psicofarmacologia non è mai avvenuto per la fondamentale antinomia di queste discipline, la prima che considera ineludibile la soggettività, la seconda che persegue l'esclusione della soggettività sia del paziente, che dello sperimentatore.

Con l'avvento degli antipsicotici atipici l'incontro tra psicopatologia (esperienze soggettive) e psicofarmacologia si è in qualche misura determinato. Attualmente diffusa è la consapevolezza della opportunità di affiancare alla *clinicians' perspective* (symptom reductions) la *patients' perspective* e di coniugare la tradizionale ricerca quantitativa con una *qualitative methodology* per meglio comprendere la compliance, la risposta e l'esito del trattamento. Gli strumenti di valutazione adottati tuttavia si connotano per una disarmante inadeguatezza a cogliere l'autentica esperienza soggettiva dei pazienti trattati.

La psicopatologia fenomenologica consentendo di accedere

ai vissuti più indefiniti e più difficili da verbalizzare e per questo più penosi apre la strada a un rapporto dialogico e terapeutico, essa inoltre permette di stemperare la tendenza, propria della "psichiatria naturalistica", a stabilire una equazione tra "fenomeno psicopatologico" e disturbo e a considerare "il fenomeno psicopatologico" un "sintomo bersaglio" che deve essere eliminato indipendentemente dalla sua "articolazione di senso nel vissuto dei pazienti". Tendenza questa che radicalizzandosi porta a trascurare che "alla normalizzazione forzata di una Gestalt psicotica delirante e allucinatoria, di una esperienza di estraneità e di colpa, può conseguire una dissoluzione radicale di ogni realizzazione esistenziale "che può esitare "nella ricerca della morte" (Borogna 1994).

Psicopatologia dei disturbi dell'umore e farmacoterapia

P. Castrogiovanni

Università di Siena

Vengono analizzati i riflessi sul piano clinico e terapeutico di una organizzazione concettuale dei sintomi della depressione in una strutturazione dimensionale attraverso il costruito psicopatologico della negatività e della positività.

Viene sottolineata la corrispondenza fra tale articolazione dimensionale della sintomatologia depressiva e il meccanismo neurochimico "bifasico" che sottende la depressione.

Correlativamente viene illustrata la utilità del riferimento a una siffatta impostazione psicopatologica nella impostazione di un trattamento psicofarmacologico della depressione

Psicopatologia come guida per la scelta del trattamento

M. Di Simplicio

Psicofarmacologia e personalità Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Siena; University Department of Psychiatry, Oxford

Numerose ricerche hanno dimostrato come alcuni tratti di personalità, in particolare il cosiddetto neuroticismo, rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di psicopatologia (Kendler 2006). Inoltre, soggetti con tratti di alto neuroticismo presentano alterazioni a livello neurale e neuropsicologico durante compiti di elaborazione di stimoli emotivi, analoghi a quelli riportati in corso di depressione o ansia (Chan 2009, 2010). Questo consente di adottare il neuroticismo come modello di vulnerabilità alla psicopatologia utile a investigare i meccanismi d'azione dei farmaci antidepressivi a livello cognitivo, in assenza dei concomitanti deficit di stato presenti in campioni clinici. In una serie di studi recenti, la somministrazione di sette giorni di SSRI a soggetti sani con tratti di alto neuroticismo ha mostrato un pattern di azione complessa e specifica su questa popolazione con caratteristiche personologiche sia di elevati livelli di ansia sia di umore depressivo (Di Simplicio 2011). Da un lato, gli antidepressivi sembrano aumentare il riconoscimento di espressioni facciali positive e ridurre la risposta della corteccia prefrontale a stimoli verbali negativi. Dall'altro, gli SSRI incrementano l'attivazione neurale in risposta alla paura in aree corticali temporali e prefrontali, contrariamente a quanto descritto in precedenza in studi su campioni sani e pazienti depressi. È possibile ipotizzare che questa risposta neurale sia correlata all'effetto ansiogeno transitorio talvolta riportato nei primi giorni di trattamento antidepressivo, ma anche che indichi un ritorno alla capacità di sostenere l'attenzione verso stimoli minacciosi in soggetti ansiosi che tendono invece a evitare i segnali di potenziale pericolo. Nell'insieme, questi dati suggeriscono che gli antidepressivi manifestano variazioni nei loro effetti a livello neurobiologico influenzate dal substrato personologico dei soggetti trattati e che possono modificare tratti subclinici di ansia, ruminazione, ecc., sia a prescindere che in interazione con la loro azione sulla patologia clinica conclamata.

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.30-18.30

SALA PINTURICCHIO

S9 - Temporalità nei disturbi mentali: per una integrazione fra psicopatologia e neuroscienze

COORDINATORE

P. Castrogiovanni

Psicopatologia dell'istantaneità

G. Stanghellini

Università "G. d'Annunzio" di Chieti

In questo scorcio di tarda modernità stiamo assistendo a una trasformazione di tre livelli dell'esistente: il dispositivo psico-

patologico, cioè il modo in cui si manifesta la patologia psichica; il dispositivo identitario, cioè la forma fondamentale che assume l'identità personale; il dispositivo legislativo che regola i rapporti sociali, e in specie la regolazione dei rapporti di lavoro. Esiste un'analogia di fondo tra le trasformazioni che accadono su questi tre livelli. Il loro comune denominatore è

una metamorfosi della temporalità, cioè del modo in cui viene vissuto e concettualizzato il tempo. La metamorfosi del vissuto temporale è la chiave di lettura di questa triplice trasformazione che caratterizza la post modernità. In particolare, su tutti e tre questi livelli possiamo cogliere il trionfo della dimensione temporale dell'istantaneità. L'ipotesi che viene esplorata è la seguente: la patomorfosi psicopatologica, la mutazione antropologica e la metamorfosi socio-legislativa che caratterizzano la tarda modernità sono interpretabili come fenomeni tutti quanti sottesi da una comune e radicale modificazione del modo di vivere e concettualizzare il tempo, cioè dal predominio dell'istantaneità.

La temporalità dell'umore normale e patologico

M. Rossi Monti

Università di Urbino

Nella tradizione di ricerca della psicopatologia fenomenologica i più importanti quadri psicopatologici sono stati ripensati in termini di disturbo della temporalità. Sviluppando in senso fenomenologico-dinamico le acquisizioni di questa importante tradizione di ricerca si intende fermare l'attenzione sulle alterazioni della temporalità tipiche della patologia borderline di personalità, mettendo a fuoco sia le caratteristiche della "instabilità affettiva", sia quelle dell'umore disforico, vero e proprio "motore" del funzionamento borderline.

La temporalità della schizofrenia

A. Ballerini

Clinica Psichiatrica, AOU Careggi, Firenze

Per la indagine fenomenologica le declinazioni del tempo "vissuto" sono uno degli elementi costitutivi dei vari modi di essere. Il problema è affascinante e complesso proprio nell'ambito dei disturbi schizofrenici: in primo luogo perché di essi ci manca una definizione soddisfacente e accettata; secondo, perché anche se la maggior parte dell'osservazione psicopatologica sulla schizofrenia si è incentrata sui fenomeni produttivi e in primis sul delirio, in verità la malattia schizofrenica assomiglia a un percorso nel quale il delirare appare comunque secondario; e, terzo, in maniera forse più accentuata che in altre sindromi psicopatologiche la struttura della temporalità schizofrenica, caratterizzata da uno sproporzionato prevalere del futuro, è

strettamente connessa al problema dell'identità dello schizofrenico. L'"io" (ma io potrei dire: l'identità) che fa problema nello schizofrenico non è l'io che "è già stato", ma invece la possibilità futura di essere "se stesso".

Nei termini della analisi di P. Ricoeur la identità pre-schizofrenica, protesa in una temporalità verso il futuro, è in realtà una ricerca di essere se stessi, di un ipse sempre sfuggente e che si sposta di continuo balenando in un futuro sempre da raggiungere e mai raggiunto. È una identità cui fa difetto proprio il sostegno della medesimezza dell'idem.

Il punto essenziale per lo schizofrenico, è piuttosto il problema della sua propria possibilità di essere lui-stesso, quello della garanzia di poter diventare lui-stesso, in altre parole, si tratta del rischio di poter essere alienato al non-io. È questo il senso fenomenologico della temporalità *ante festum*, dell'anticipazione e del precedere nell'avvenire, propri della schizofrenia. Ciò corrisponde a una identità umbratile, volatile, a mio parere in quanto segnata dalla precaria costituzione dell'Altro, di costituirlo come soggetto, e ciò si proietta nella difficoltà di individuazione del sé, visto che la costituzione dell'Altro è co-costitutiva della ipseità stessa.

La temporalità nelle neuroscienze cognitive

M. Zampini

CIMeC, Centro Interdipartimentale Mente e Cervello, Università di Trento

La percezione dello scorrere del tempo, del momento in cui accadono gli eventi, della loro successione e della loro durata non sempre corrisponde alla realtà. In altre parole, il tempo psicologico, come noi soggettivamente lo percepiamo, non è una perfetta riproduzione del tempo fisico, che può essere misurato oggettivamente. La percezione temporale è una funzione complessa che coinvolge processi cognitivi diversi, quali, ad esempio, l'attenzione e la memoria. Nonostante sia un tema di estrema importanza per chi si occupa dello studio della mente, le basi neurali della percezione temporale sono ancora relativamente sconosciute. Solo negli ultimi anni, grazie all'approccio integrato delle neuroscienze cognitive si è iniziato a fare dei progressi dal punto di vista conoscitivo. In particolare, è grazie alla psicologia sperimentale che si è iniziato a comprendere come gli esseri umani riescano a percepire e codificare intervalli temporali, mentre è grazie alle moderne tecniche di neuroimagine, che si è cominciato a capire come i neuroni e le aree cerebrali siano coinvolti nell'elaborazione temporale.

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA BRAMANTE

S10 - Neurofisiopatologia, personalità e tratti cognitivi nelle sindromi dolorose croniche

COORDINATORI

O. Todarello, M. Nardini

Allostasi, strategie adattative e personalità: *sickness behavior* e *sickness syndrome*

A. Federici¹, A. Loiacono², V. Pace², M. Pennelli²,
C. Catalano², M.F. De Caro², O. Todarello²,
M. De Tommaso²

¹ Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana;

² Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso; Università di Bari "Aldo Moro"

L'omeostasi è l'insieme dei processi di sopravvivenza attuati conservando identiche a se stesse le funzioni vitali, ed è in necessario equilibrio con l'allostasi, che è l'insieme dei processi di sopravvivenza attuati mediante il cambiamento. Nell'ambito dell'allostasi, la gestione stereotipata, istintuale e molto potente delle dinamiche del cambiamento, come nella reazione di attacco o di fuga, è a sua volta in necessario equilibrio con strategie adattative più fini ed evolute, basate su alti livelli di integrazione emozionale-cognitiva.

Gli aspetti della personalità che determinano lo stile individuale di confronto con gli eventi stressanti possono essere considerati espressioni di alto livello dei complessi e dinamici equilibri neurofisiologici della allostasi.

Si è recentemente proposto di inserire tra i noti schemi innati della allostasi, come quello di attacco/fuga, lo schema di "sickness behavior", proprio dell'animale ferito, consistente in ricerca di isolamento e rifugio, inappetenza, ridotta risposta agli stimoli ambientali, torpore, e abbassamento della soglia del dolore, favorente l'immobilità delle parti ferite. Esso sarebbe attivato nel sistema limbico da afferenze vagali, stimolate in periferia dai processi infiammatori delle parti ferite, e avrebbe funzione protettiva favorevole alla guarigione.

La reazione di attacco/fuga, adattativa nella forma animale e istintiva, nelle complesse integrazioni emozionali-cognitive sottese alla personalità umana può entrare a far parte di comportamenti come quelli di ansia, con aspetti disadattativi e correlati somatoformi come l'ipertensione arteriosa. È stato proposto che, allo stesso modo, la reazione di "sickness behavior" possa sostenere l'insorgere di una "sickness syndrome" quando entri a far parte di quadri clinici in cui il paziente risponde agli eventi stressanti manifestando dolore fisico o psichico, inappetenza e riduzione dell'interazione con il mondo circostante, come ad esempio la depressione e l'emicrania. Una simile dinamica potrebbe avere un ruolo nella genesi della fibromialgia, sindrome dolorosa cronica multifattoriale e di difficile interpretazione.

Lo studio delle vie nocicettive nella fibromialgia: dal dolore sine materia alla sofferenza neuropatica

M. De Tommaso, E. Vecchio, M. Delussi, V. La Volpe,
F. Girolamo

Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università "Aldo Moro" di Bari

Introduzione: la fibromialgia è una sindrome caratterizzata da dolore muscolo-scheletrico diffuso, disturbi del sonno e fatica. Le sue cause sono a tutt'oggi ignote, sebbene studi clinici e psicofisiologici concordino per l'ipotesi di meccanismi di sensitizzazione centrale connessi a cause diverse. I potenziali evocati da stimolo laser costituiscono un metodo oggettivo per valutare la funzione della via afferente nocicettiva. Lo studio di tali potenziali ha consentito di definire il dolore fibromialgico come sotteso da integrità della via afferente e da iper-attivazione centrale connessa a fenomeni di ridotta abitudine. Tuttavia, la eterogeneità di tale sindrome pone dubbi rispetto a un'origine univoca dei sintomi. Scopo dello studio è quello di esaminare il pattern dei potenziali evocati laser in un'ampia coorte di pazienti, alla luce del quadro clinico e di indagini morfologiche dell'innervazione cutanea periferica

Metodi: sono stati reclutati 50 pazienti affetti da sindrome fibromialgica, in accordo ai criteri del Collegio Americano di Reumatologia del 1990, rivisti nel 2010. Tutti i pazienti sono stati sottoposti alla valutazione clinica descritta in studi precedenti (de Tommaso et al. 2011), nonché alla registrazione dei potenziali evocati da stimolo laser, registrati con 62 canali posizionati sullo scalpo secondo il sistema 10-20 Internazionale., e ottenuti da stimolazione del dorso della mano dx e di un *tender point*. Sono stati reclutati anche 20 soggetti di controllo, comparabili per sesso ed età. In un sottogruppo di 12 pazienti è stata anche effettuata la biopsia di cute, mediante prelievo dalla zona sovrarotulea, dal polpastrello del II dito della mano dx e dall'avambraccio (Nolano et al. 2003).

Risultati: l'ampiezza del complesso di vertice N2-P2, consentiva di individuare 3 distinti gruppi di pazienti, caratterizzati rispettivamente da 1) aumento di ampiezza, 2) ampiezza nei limiti e 3) ampiezza ridotta. Il primo gruppo era anche caratterizzato da significativo incremento dei livelli di ansia e dei disturbi del sonno, mentre l'ultimo gruppo si contraddistingueva per elevati valori alla scala DN-4 utilizzata per la rilevazione del dolore neuropatico. In questo ultimo gruppo, la biopsia di cute indicava la presenza di ridotta rappresentazione delle fibre amieliniche e autonome.

Discussione: l'analisi di tali risultati sembra indicare, nell'ambito della sindrome fibromialgica, la possibile coesistenza di sottogruppi con diversa base fisiopatologica per i quali l'approfondimento neurofisiologico e morfologico può contribuire a

migliorare la conoscenza ed eventualmente il trattamento di questa difficile e invalidante condizione.

Bibliografia

- de Tommaso M, Federici A, Serpino C, et al. *Clinical features of headache patients with fibromyalgia comorbidity*. J Headache Pain 2011;12:629-38.
- Nolano M, Provitera V, Crisci C, et al. *Quantification of myelinated endings and mechanoreceptors in human digital skin*. Ann Neurol 2003;54:197-205.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. *The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee*. Arthritis Rheum 1990;33:160-72.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. *The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity*. Arthritis Care Res (Hoboken) 2010;62:600-10.

Demoralizzazione e alessitimia: studio preliminare su pazienti affetti da dolore cronico

A. Loiacono², V. Pac², M. Pennelli², C. Catalano², M.F. DeCaro², M. De Tommaso², A. Federici¹, O. Todarello²

¹ Dipartimento di Scienze Biomediche e Oncologia Umana,
² Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università "Aldo Moro" di Bari

Alcuni studi in letteratura (Ottolini et al. 2005; Rafanelli et al. 2005; Porcelli et al. 2004) dimostrano come il costrutto di Demoralizzazione, utilizzato nell' "Intervista per i Criteri Diagnostici in Psicopatologia" (DCPR), sarebbe anche correlato a manifestazioni somatiche. Dall'analisi dei dati effettuata su un campione di 50 pazienti affetti da dolore cronico (e precisamente fibromialgici e cefalalgici) afferenti presso l'Ambulatorio di Neurofisiopatologia del Dolore - Policlinico di Bari, a cui sono state somministrate l'intervista DCPR, la scale psicologiche TAs-20 e MSPQ si nota come tra le 12 sindromi DCPR emerge una prevalenza nel campione al costrutto "Demoralizzazione" (29%) correlato significativamente ($p < 0,01$) ad alessitimia e tendenza all'amplificazione somatica. Tenendo conto delle differenze concettuali rispetto al costrutto della depressione (Clarke, Kissone 2002; Frank 1974) ma anche di un'indiscutibile matrice comune, tali dati potrebbero confermare, a un ulteriore approfondimento di ricerca, quanto emerso in alcuni studi su pazienti con diagnosi di depressione (Bacon et al. 1994; Iezzi et al. 1994; Kirmayer e Robbins 1991) secondo cui i soggetti con tendenza all'amplificazione somatica avrebbero forti probabilità, proprio perché presenti

anche le caratteristiche di alessitimia, di focalizzarsi in modo selettivo sui sintomi somatici della depressione (Katon et al. 1982; Lipowski 1990) piuttosto che avere consapevolezza delle componenti affettive. Quindi tali soggetti sembrerebbero incapaci di percepire ed etichettare i propri stati emotivi e per questo si focalizzerebbero sulle sensazioni fisiologiche come entità in sé stesse attribuendo la propria sofferenza esclusivamente a esse (Krystal 1990).

Tratti cognitivi nelle sindromi dolorose croniche

M. Pennelli, S.S. Fornarelli, S. Ruggiero, M.F. De Caro
 Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Bari

Introduzione: la componente percettiva del dolore (o componente neurologica) è costituita da un circuito a tre neuroni che convoglia lo stimolo doloroso dalla periferia alla corteccia cerebrale mediante le vie spino-talamiche.

La percezione cosciente del dolore ha luogo unicamente nella corteccia cerebrale: al 'dolore puro' della corteccia somestetica primaria vengono aggiunte le sfumature emotive da parte della corteccia cerebrale prefrontale.

La corteccia cerebrale gestisce gli eventi coscienti e cioè: i processi cognitivi, le attività pianificate e i movimenti intenzionali. Lo spirito di questo intervento è quello di comprendere quali siano gli effetti del dolore cronico sulle prestazioni cognitive in pazienti che soffrono di dolore cronico.

Metodo: sono stati condotti, presso il Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Università di Bari, due studi pilota: il primo sul dolore cronico, le prestazioni cognitive dei fibromialgici e l'effetto della suscettibilità all'ipnosi; il secondo volto a osservare possibili differenze tra le prestazioni cognitive dei pazienti fibromialgici e quelle dei cefalalgici.

Risultati: il primo studio ha mostrato che non sono presenti differenze significative a carico della Scala Stanford della suscettibilità ipnotica, le prestazioni cognitive dei pazienti fibromialgici rispetto ai controlli hanno invece mostrato differenze significative in tutti i test cognitivi somministrati, mostrando come i pazienti fibromialgici, abbiano prestazioni significativamente peggiori in tutte le aree esplorate ($p = 0,005$).

Il secondo studio ha mostrato differenze significative nel profilo cognitivo di pazienti affetti da fibromialgia e cefalea, tutte le differenze emerse sono riconducibili al dominio delle funzioni esecutive, suggerendo che i pazienti cefalalgici rispondono prontamente ai test non mostrando deficit a livello delle funzioni esecutive a differenza dei soggetti fibromialgici che appaiono significativamente più lenti, maggiormente sensibili a interferenze cognitive e deficitari nei compiti di memoria a breve termine.

MERCLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA MASACCIO

S11 - La valutazione del danno biologico di natura psichica: un approccio multidisciplinare

COORDINATORE
T. Bandini

Il danno biologico di natura psichica: panoramica concettuale ed evoluzione giurisprudenziale

F. De Stefano, G. Rocca

Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL), Sezione di Medicina Legale, Università di Genova

Negli ultimi decenni la giurisprudenza italiana ha realizzato una vera e propria trasformazione del concetto di danno alla persona, che da una visione meramente patrimonialistica ancorata alla capacità di produrre reddito si è esteso a considerare l'individuo nella sua essenza personalistica, con la nascita di nuove fattispecie di danno volte a tutelare l'integrità della persona in sé e per sé considerata. In particolare, partendo da una lettura costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c., la giurisprudenza ha ritenuto che il danno non patrimoniale, pur costituendo una categoria unitaria, possa essere distinto in tre pregiudizi di tipo diverso: biologico, morale ed esistenziale¹. Recentemente la Suprema Corte di Cassazione² è intervenuta nuovamente, chiarendo che il danno non patrimoniale è categoria generale non suscettibile di suddivisione in sottocategorie variamente etichettate e specificando che, ove siano dedotte degenerazioni patologiche si rientra nell'area del danno biologico del quale ogni sofferenza, fisica o psichica, per sua natura intrinseca costituisce componente. Tale evoluzione ha comportato una crescente attenzione anche per la sfera psichica del danneggiato e del possibile ruolo rivestito dai traumi fisici e psichici nella genesi e nella evoluzione di un'ampia gamma di disturbi mentali. Non senza fatica la Medicina Legale ha dovuto così prendere atto che la valutazione del danno deve essere sempre più ancorata alle qualità psichiche del leso e che esistono danni biologici di natura unicamente psichica che devono essere distinti dai pregiudizi morali ed esistenziali. Proprio partendo dall'analisi in chiave medico legale dei più recenti approdi giurisprudenziali, si evidenzia come il vero nodo da sciogliere non è quello di stabilire se un'alterazione dell'integrità fisico-psichica sia o meno riconducibile a una determinata casella di patologia-normalità, bensì quello di raccogliere e analizzare più informazioni possibili circa le alterazioni negative dell'evento dannoso, illustrandone la gravità e la compatibilità con le lesioni riportate.

Il rigore metodologico proprio della Medicina Legale, a fronte della portata omnicomprensiva del danno alla persona, dovrà cercare di offrire un ausilio tecnico in grado di permettere al Giudice una valutazione obiettiva, evitando sperequazioni o duplicazioni delle poste risarcitorie.

Bibliografia

¹ Cass., sez. III civ., 31 maggio 2003, nn. 8827 e 8828 e Corte Costituzionale, sent. 11 luglio 2003, n. 233.

² Cass., sez. Un. civ., 11 novembre 2008, n. 26972.

Dall'evento psico-lesivo al danno all'integrità psichica: la questione del nesso causale

R. Catanesi

Sezione di Criminologia e Psichiatria forense, Università di Bari

Presupposto fondamentale di ogni valutazione medico-legale è lo studio della causalità materiale ed è proprio la causalità a essere stata messa in crisi dall'irrompere del danno biologico di natura psichica.

In psichiatria non è applicabile un principio di causalità unica, di causa-effetto o di causalità lineare come si è soliti fare nella valutazione di lesioni conseguenti a traumi fisici, ed è da tutti accettato il principio che ogni disturbo mentale origina da una complessa interazione di svariati fattori che assumono differente peso specifico nella singola situazione e nel singolo soggetto. Tutto ciò si traduce nel superamento di una concezione eziologica unica del disturbo psichico, sostituita da una visione plurifattoriale integrata e individualizzata, secondo un principio di causalità che non è più lineare ma circolare (Ponti, 1992).

In psichiatria, dunque, se di danno psichico si discute non più causalità unica o esclusiva bensì multipla, dunque più spesso concausalità, elemento concettualmente più affine al principio della integrazione di molteplici fattori proprio della causalità circolare.

La "personalizzazione" valutativa, la necessità di analizzare volta per volta la qualità della relazione individuo-evento non può divenire tuttavia, in medicina legale, motivo per legittimare qualsivoglia istanza risarcitoria sino al punto da spogliare di significato il concetto di concausalità.

Se nulla determina un evento ma tutto contribuisce a determinarlo, questo è il sillogismo usato, la "concausa" finisce per essere assimilata nella sostanza a "fattore che precede l'evento", a esso collegabile in termini di sequenzialità temporale o connessione puramente logica.

Un impianto così generalizzante è a nostro avviso da rigettare, e devono essere fissati criteri entro i quali delineare una "causalità" formalmente corretta dal punto di vista medico-legale, condivisa su criteri che restano convenzionali ma basati su rigorosi fondamenti scientifici.

La valutazione clinica del c.d. "reazioni a eventi": tra vulnerabilità e resilienza

G.C. Nivoli

Presidente Società italiana di Psichiatria Forense

Sono descritte le principali sintomatologie psichiatriche secondo il DSM-IV-TR e il DPM che possono essere comprese nelle "reazioni a eventi".

Sotto il profilo clinico sono esaminate le principali variabili legate alla vulnerabilità e alla resilienza. In particolare sotto il profilo terapeutico sono messe in luce le varie modalità per ridurre la vulnerabilità e aumentare la resilienza, migliorando la capacità di gestione e di reazione agli eventi.

Tra nosografia e clinica: la valutazione medico-legale del c.d. lutto complicato

T. Bandini, G. Rocca

Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL), Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, Università di Genova

L'interesse della Medicina Legale per le conseguenze psicopatologiche correlate con un lutto familiare nasce e si sviluppa sulla spinta della sentenza della Corte Costituzionale n. 372 del 1994, che ha ritenuto risarcibile il danno alla salute psichica subito da un prossimo congiunto a seguito della morte di un familiare vittima di fatto illecito altrui, allorquando possa essere provato che la patologia psichica sia causalmente riconducibile all'evento e rappresenti un'alterazione di carattere irreversibile¹. Affrontare il tema del lutto in una cornice di tipo medico-legale, dunque, implica la soluzione di diverse questioni che riguardano sia la natura fisiologica o patologica delle conseguenze della "sindrome da lutto", sia il ruolo delle eventuali preesistenze, sia la dimensione del pregiudizio invalidante².

Sebbene sia universalmente accettato che l'elaborazione del lutto possa fallire o complicarsi dando luogo a problematiche psicopatologiche, la fase diagnostico-prognostica risulta sempre molto delicata e particolarmente complessa. La ricerca clinica da tempo evidenzia come le manifestazioni del cd. lutto complicato non coincidano *tout court* con le categorie diagnostiche attualmente presenti nei più diffusi sistemi nosografici internazionali (DSM-IV-TR, ICD-10), tanto da suggerire l'introduzione di un'entità clinica autonoma e definita³. In realtà, molti

Autori⁴ ritengono che sia possibile individuare e descrivere in modo specifico la presenza di disturbi psicopatologici derivanti da una elaborazione ritardata o complicata del lutto. L'utilizzo degli strumenti diagnostici proposti dalla ricerca clinica può rendere anche l'indagine medicolegale facilmente controllabile e ripetibile, e cioè basata su evidenze scientifiche.

Tali indagini richiedono certamente un accurato e complesso esame comparativo tra la condizione clinica presente al momento dell'accertamento e quella preesistente all'evento, con l'obiettivo di escludere eventuali preesistenze e di differenziare l'aggravamento dalla comorbidità, il peggioramento dalla recrudescenza.

Sul piano, infine, della concreta quantificazione del danno, è necessario partire da una valutazione percentualistica basata sugli inquadramenti nosografici offerti dalle più condivise classificazioni medicolegali^{5,6}, ma occorre procedere lungo un secondo livello di indagine, c.d. "funzionale", nel quale l'esperto è tenuto a cercare di personalizzare il dato numerico sulla base dei riflessi disfunzionali psico-socio-esistenziali indotti dallo stesso².

Bibliografia

- Bandini T. *Il danno psichico da lutto*. In: Volterra V, a cura di. *Psichiatria Forense, criminologia e etica psichiatrica*. Milano: Masson 2010.
- Bandini T, Rocca G. *Fondamenti di psicopatologia forense*. Milano: Giuffrè 2010.
- Shear Mk, Simon N, Wall M, et al. *Complicated grief and related bereavement issues for DSM-V*. *Depress Anxiety* 2011;28:103-17.
- Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobset SC, al. *Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11*. *PLoS Med* 2009;6:e1000121.
- Buzzi F, Vanini M. *Guida alla valutazione psichiatrica e medicolegale del danno biologico di natura psichica*. Milano: Giuffrè 2006.
- Cerisoli M, Vasapollo D. *La valutazione medico legale del danno biologico di natura psichica*. Roma: Società Editrice Universo 2010.

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA PERUGINO

S12 - L'effetto della durata di malattia non trattata sulle manifestazioni psicopatologiche

COORDINATORI

A. Fiorillo, B. Dell'Osso

La durata di malattia non trattata nella depressione e nei disturbi d'ansia

B. Dell'Osso

Università di Milano, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico

Tradizionalmente oggetto di ricerca nella schizofrenia e nei disturbi psicotici, lo studio della latenza ai trattamenti farma-

cologici, *alias* durata di malattia non trattata o "DUI" (*duration of untreated illness*), si è andato estendendo negli ultimi anni anche a i disturbi affettivi¹. Con lievi differenze a seconda della definizione utilizzata², la DUI esprime il lasso di tempo che intercorre tra l'esordio di un determinato disturbo e la somministrazione del primo trattamento farmacologico specifico in paziente compliant. Alcuni studi hanno preso in considerazione la dimensione epidemiologica della DUI, evidenziando come la latenza ai trattamenti farmacologici sia quantificabile nella

misura di diversi anni – con differenze significative da disturbo a disturbo – sia nel disturbo depressivo maggiore che nel disturbo bipolare, così come in disturbi d’ansia quali il disturbo ossessivo compulsivo, il disturbo di panico e il disturbo d’ansia generalizzato³. Altri studi, hanno preso in considerazione il ruolo prognostico della DUI nei suddetti disturbi, evidenziando come i pazienti con DUI maggiore tendano a presentare un peggior outcome, a seconda dei casi rappresentato da una peggior risposta ai trattamenti farmacologici, sviluppo di comorbidità, aumento del rischio suicidario, maggior durata di malattia, esordio precoce, ecc. Sebbene vi sia ancora molto da chiarire nello studio della DUI nei disturbi affettivi, in particolare in relazione alle soglie che differenziano una minore da una maggiore DUI nelle varie condizioni, allo stato attuale, si registra un crescente interesse da parte della ricerca in merito. Ciò anche in relazione alle possibilità d’implementare – analogamente a quanto già fatto per i disturbi psicotici – programmi di prevenzione e “early interventions” volti al riconoscimento e al trattamento precoce di disturbi ad alta prevalenza e tendenza alla cronicizzazione, quali appunto i disturbi affettivi.

Bibliografia

- 1 Dell’Osso B, Altamura AC. *Duration of untreated psychosis and duration of untreated illness: new vistas*. CNS Spectr 2010;15:238-46.
- 2 Compton MT, Carter T, Bergner E, et al. *Defining, operationalizing, and measuring the duration of untreated psychosis: advances, limitations and future directions*. Early Interv Psychiatry 2007;1:236-50.
- 3 Altamura AC, Buoli M, Albano A, et al. *Age at onset and latency to treatment (duration of untreated illness) in patients with mood and anxiety disorders: a naturalistic study*. Int Clin Psychopharmacol 2010;25:172-9.

Il ruolo degli interventi psicosociali per ridurre la DUI: l’esempio del disturbo bipolare e del DOC

U. Albert, G. Maina, F. Bogetto

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

Accanto alle terapie farmacologiche, che rimangono di importanza fondamentale nel trattamento dei disturbi psichiatrici, si stanno delineando negli ultimi anni protocolli di intervento di tipo psicosociale la cui validazione è avvenuta con rigidi criteri scientifici. Tali interventi, che spesso fanno riferimento alle terapie cognitivo-comportamentali, utilizzano un approccio psicoeducativo e possono essere rivolti sia a pazienti che a familiari. L’ambito di impiego di tali interventi psicoeducativi è innanzitutto quello del disturbo bipolare. In tale caso vi sono proposte di intervento validate e sicuramente efficaci, con obiettivi molteplici. Un fondamentale obiettivo, in tal caso, condiviso da tutti i modelli proposti in letteratura, consiste nel promuovere una maggiore adesione ai trattamenti farmacologici con stabilizzatori del tono dell’umore. Questa maggiore adesione si tramuta in una riduzione del numero delle ricorrenze del disturbo bipolare. Dal momento che ciascuna ricorrenza espone il paziente a un aumento del rischio di successive ricorrenze e determina un progressivo deterioramento di alcune funzioni cognitive, si può affermare che promuovere una maggiore adesione alle cure significa ridurre la durata di malattia non trattata e quindi migliorare nel lungo termine la prognosi del disturbo.

Negli ultimi anni tale approccio è stato esteso ad altri ambiti di intervento, quali il disturbo ossessivo-compulsivo. Anche in questo caso le convinzioni dei familiari circa la necessità degli interventi farmacologici possono, come per il disturbo bipolare, inficiare la compliance del paziente stesso alle terapie, portare alla sospensione del trattamento e prolungare quindi la durata di malattia non trattata. I risultati preliminari dell’applicazione del modello integrato di trattamento (farmacologico e intervento psicoeducativo) indicano una maggiore adesione del paziente al progetto di intervento farmacologico.

Durata di psicosi non trattata, durata di malattia non trattata e pathways to care negli esordi psicotici

A. Fiorillo, D. Giacco, V. Del Vecchio, M. Luciano, C. De Rosa, F. Catapano, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Sebbene la durata di malattia non trattata si sia imposta come un importante fattore predittivo di esito nella schizofrenia, sono stati condotti pochi studi in Italia sui percorsi di cura dei pazienti con questo disturbo.

Sono stati reclutati 35 pazienti di sesso maschile (69%), con un’età media di 26 ($\pm 5,7$) anni, single (86%) e conviventi con la famiglia d’origine (96%). Sebbene tutti i pazienti abbiano un buon livello di istruzione, il 64% non lavora. Il 21% presenta una familiarità per disturbi psicotici. I pazienti e i loro familiari fanno risalire l’esordio clinico all’età di 25,1 ($\pm 5,8$) anni. Durante il primo episodio tutti i pazienti hanno presentato ideazione delirante, con sintomi negativi (50%), comportamenti bizzarri (41%) e allucinazioni uditive (33%). Il 50% dei pazienti ha fatto uso di sostanze, il 17% ha effettuato un tentativo di suicidio e il 35% è stato ricoverato in un reparto di psichiatria (l’80% in TSO). La DUI, cioè l’intervallo tra l’insorgenza dei sintomi prodromici e il primo trattamento adeguato, è di 108,1 ($\pm 113,2$) settimane. La DUP, cioè l’intervallo tra l’insorgenza dei sintomi psicotici e il primo trattamento adeguato, è di 28,5 settimane ($\pm 49,2$). La prima richiesta di aiuto a un qualsiasi operatore sanitario (“help seeking delay”), mediata dai familiari nel 67% dei casi, è avvenuta dopo 6,6 (6,5) settimane. Il 14% si è rivolto direttamente a uno specialista in psichiatria, il 50% al medico di medicina generale, il 21% a un neurologo e il 14% a uno psicologo. In media, i pazienti hanno avuto 0,8 (0,8) contatti con operatori sanitari non psichiatrici prima di essere inviati al servizio di salute mentale (12,0 $\pm 25,5$ settimane; “referral delay”). Al primo contatto sanitario, il 35% dei pazienti ha ricevuto una diagnosi corretta. Il primo trattamento prescritto è stato a base di antipsicotici (24%), ansiolitici (7%) o antidepressivi (3%). Il 35% dei pazienti ha ricevuto un ciclo di psicoterapia; il 31% non ha ricevuto alcun trattamento.

Il trauma e la persona: modelli d’interazione

C. Carmassi¹, L. Dell’Osso¹, P. Stratta², A. Rossi²

¹ *Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologia, Università di Pisa;* ² *Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L’Aquila*

I rapporti tra vulnerabilità al trauma e fenomenica post-traumatica da stress sono stati classicamente studiati valutando preva-

lentamente i fattori di rischio legati alla persona e alle caratteristiche del trauma. È emersa, infatti, una correlazione significativa tra più elevati tassi di PTSD, sia di Asse I che parziale, e di sintomi post-traumatici da stress e genere femminile, età, livello socio-culturale, lutti, grado di esposizione al trauma, ecc.³⁻⁶. Parallelamente, altri studi hanno riportato cambiamenti della personalità a seguito del trauma nelle vittime di terremoti³⁻⁷ evidenziando tuttavia la difficoltà nel determinare eventuali relazioni causa-effetto per il fatto che le valutazioni sono sempre state svolte a seguito dell'esposizione².

Solo negli ultimi anni la ricerca si è indirizzata allo studio non solo dei fattori di rischio ma anche di quelli di protezione rispetto allo sviluppo di PTSD e di sintomi post-traumatici da stress, ovvero dei motivi per i quali le persone esposte, a parità di caratteristiche del trauma, non manifestano sintomi psicopatologici o addirittura mostrano un migliore adattamento rispetto alle condizioni pre-trauma. Questi aspetti sono considerati parte integrante del costrutto di *resilienza post-traumatica*¹.

L'Italia è un paese a elevato rischio sismico sebbene eventi di elevata magnitudo siano rari. Il 6 aprile 2009 un sisma di intensità 6,3 sulla scala Richter ha colpito la città de L'Aquila determinando la distruzione di ampie parti della città, con oltre 300 morti, 1600 feriti e 66.000 sfollati. Nell'ambito di una collaborazione tra la clinica psichiatrica dell'Università di Pisa (prof. L. Dell'Osso) e dell'Università de L'Aquila (prof. A. Rossi), sono stati indagati 324 studenti delle scuole superiori esposti, sebbene in grado diverso, al terremoto de L'Aquila 2009. Gli studenti sono stati indagati per la presenza di sintomi dello spettro post-traumatico da stress, resilienza e stili di *coping* e il campione è stato confrontato con un gruppo di 147 studenti non esposti al sisma. A tal fine sono stati somministrati il *Trauma and Loss Spectrum-Self Report* (TALS-SR), la *Resilience Scale for Adolescent* (READ) e la *Brief Cope*. La resilienza si è dimostrata in

grado di mediare l'effetto del trauma vs. lo sviluppo di sintomi traumatici interagendo però in maniera significativa con il genere e il grado di esposizione.

Dai nostri dati emerge complessivamente un modello d'interazione persona-situazione dove differenti fattori collegati a personalità, contesto, *coping* e resilienza interagiscono nel modulare la risposta allo stress.

Bibliografia

- 1 Agaibi CE, Wilson JP. *Trauma, PTSD and Resilience*. *Trauma, Violence & Abuse* 2005;6:195-216.
- 2 Bramsen I, Dirkzwager AJE, van del Ploeg HM. *Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: a prospective study of former peacekeepers*. *Am J Psychiatry* 2000;157:1115-9.
- 3 Dell'Osso L, Carmassi C, Massimetti G, et al. *Full and partial PTSD among young adult survivors 10 months after the L'Aquila 2009 earthquake: gender differences*. *J Affect Disord* 2011;131:79-83.
- 4 Dell'Osso L, Carmassi C, Massimetti G, et al. *Impact of traumatic loss on post-traumatic spectrum symptoms in high school students after the L'Aquila 2009 earthquake in Italy*. *J Affect Disord* 2011;134:59-64.
- 5 Dell'Osso L, Carmassi C, Piccinni A, et al. *PTSD and Post-traumatic spectrum symptoms in general population survivors to the L'Aquila 2009 earthquake: age, gender and direct versus indirect exposure correlates*. Submitted.
- 6 Kun P, Han S, Chen X, et al. *Prevalence and risk factors for post-traumatic stress disorder: a cross-sectional study among survivors of the Wenchuan 2008 earthquake in China*. *Depress Anxiety* 2009;26:1134-40.
- 7 Rossi A, Capanna C, Struglia F, et al. *Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R) 1 year after the earthquake of L'Aquila (Italy)*. *Personality and Individual Differences* 2011;51:545-8.

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA BERININI

S13 - ADHD: una diagnosi che può fare la differenza

COORDINATORI

C. Mencacci, S. Pallanti

ADHD: una diagnosi che può fare la differenza

S. Walitza, S. Vicari, S. Pallanti, J. Newcorn

Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze

L'ADHD è un disturbo frequentemente diagnosticato nell'infanzia e nell'adolescenza, ma il suo impatto sull'adulto è sottovalutato e relativamente poco studiato, sebbene sia ormai ben dimostrato come tale quadro clinico si protragga ben oltre l'età dello sviluppo (circa i 2/3 dei soggetti affetti in giovane età) e sia causa di notevole disfunzione sociale e lavorativa, perché molto spesso non riconosciuto o erroneamente attribuito a un altro disturbo.

Uno dei più importanti aspetti da considerare durante la valutazione dell'adulto con ADHD è il pattern delle comorbidità con cui una notevole percentuale di soggetti si presenta all'attenzione del clinico e che molto spesso rende la gestione del trattamento molto impegnativa. Infatti, oltre ad altri disturbi di asse I e II come disturbi d'ansia o disturbo bipolare, sono di frequente osservazione l'abuso multiplo di sostanze e le condotte antisociali, che andrebbero quindi valutate all'interno di una cornice più ampia, in modo da ottimizzare il trattamento utilizzando tutte le terapie disponibili, partendo da un'adeguata e completa psicoeducazione del paziente, fino ad arrivare a tecniche più complesse di terapia cognitivo-comportamentale e alla farmacoterapia.

Treatment of ADHD in children and adults: clinical and neurobiological considerations

J.H. Newcorn

Mount Sinai School of Medicine; New York, NY

This presentation will provide an overview of treatment for ADHD across the lifespan, including stimulant and non-stimulant medications, and various psychosocial approach-

es. Medication treatment will be discussed in context of underlying pathophysiology, and proposed mechanisms of action of the medications. A major focus will be differences between stimulants and non-stimulant treatments, both in terms of the nature of response and mechanism of action. Elusive questions related to possible differential response and maintenance of therapeutic benefit over time will be raised, though these questions cannot be conclusively answered at this time.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA PINTURICCHIO

S14 - Evoluzione della psicopatologia in rapporto ai cambiamenti della società

COORDINATORE

A. Amati

Mutamento sociale e nuovi comportamenti

F. Mignella Calvosa

Professore Ordinario di Sociologia dell'Ambiente e del Territorio, Facoltà di Giurisprudenza, Coordinatore del Dottorato in Scienza della regolazione, LUMSA

In una società in cui tutte le dimensioni dell'agire sono declinate all'hic et nunc, dove la velocità gode di un potere reale e simbolico assoluto sul vissuto quotidiano di ciascuno, la capacità di annullamento del tempo e dello spazio è un valore. Le persone, in particolare i giovani, perdono così la possibilità di usare tempo e spazio per attività reali, obbligati a sostituirle con quelle virtuali, decisamente più cronofaghe e staccate dal reale. È ineludibile, per un sociologo urbano, interrogarsi su come l'organizzazione dello spazio, del tempo e della vita urbani possano influire sull'attuale processo in corso di de-naturalizzazione di adulti e bambini abitanti della città, e su come tale processo possa incidere sul benessere psico-fisico, sulle relazioni, sullo sviluppo di ciascuno. Guardando, ad esempio, alla quotidianità dei nativi digitali, è facile notare come l'assenza di una costante relazione con la natura, sia di tipo immediato e spontaneo che strutturato e contestualizzato da un soggetto formatore, possa comportare la perdita pressoché assoluta di determinate categorie concettuali e interpretative dell'esistenza che, appunto, solo una relazione originata e sedimentata durante l'infanzia con il mondo naturale può generare. La dimensione dell'attesa, ad esempio, è sempre più residuale nell'esperienza dei giovani. Vi è una perdita di abitudine al 'fare una cosa per volta', e ciò avviene perché la maggior parte del tempo vitale viene esperita in modalità 'multitasking', prevedendo la messa in pratica di azioni (e di relative elaborazioni cognitive) multiple. La velocità, inoltre, è la caratteristica che contraddistingue ogni azione compiuta nel mondo virtuale: il feedback a ogni gesto è immediato. Si pensi ai videogiochi e a come sia possibile, in tali ambiti, iniziare e portare a termine innumerevoli esperienze che non

prevedono mai (o quasi) la dimensione dell'attesa: tutto accade subito, non c'è dopo o domani: errori, conseguenze, traguardi, emozioni, tutto è compattato e concentrato in pochi minuti o poche ore. Anche lo spazio geografico è sempre meno cogente e sempre più annullabile e conoscibile grazie a quello virtuale che, dal canto suo, si può comprimere e dilatare a piacimento, si adatta alle esigenze di movimento, di relazione e di comunicazione e non implica, apparentemente, attese, incognite, pericoli. Ignorare i ritmi e gli spazi della natura può contribuire ad aumentare quel deficit della percezione di gratificazioni o, meglio, a radicare l'incapacità (e l'impossibilità epocale) a dilazionare la fruizione delle gratificazioni stesse, in particolar modo fra bambini e adolescenti (Blum et al. 2000). In moltissimi ambiti senza attesa non c'è tempo di far crescere un desiderio e, pertanto, di sviluppare una gratificazione profonda dal raggiungimento di un determinato obiettivo, che dovrebbe essere, appunto, desiderato e raggiunto nel tempo. Le stesse emozioni legate alla propria presenza in un ambiente naturale quali la meraviglia per la bellezza di un paesaggio, il piacere o il timore dell'interazione con il mondo animale, l'ebbrezza di sentirsi liberi nell'esplorare lo spazio circostante, sono purtroppo sempre meno presenti nella quotidianità dei bambini, in particolare di quelli che abitano in spazi urbani. Nel 2010 una ricerca della *Kaiser Family Foundation* condotta negli Stati Uniti ha evidenziato che i giovani fra gli otto e i diciotto anni trascorrono circa 7,5 ore al giorno interagendo con i media. Scompare, soprattutto per i bambini, il tempo e lo spazio dell'esplorazione del mondo naturale circostante ma anche dello spazio urbano, e tale scomparsa è direttamente proporzionale all'aumento delle paure connesse alla presenza di traffico veloce veicolare, di microcriminalità, e in generale di pericoli percepiti e reali di ogni genere.

Emerge con forza l'urgenza di ricostruire degli ambiti di riappropriazione di pratiche di vita in consonanza con tempi e modi più fisici che virtuali. È necessaria una ri-naturalizzazione della quotidianità, intesa non solo come ricongiungimento sano e duraturo con il mondo naturale, ma anche come riaccettazione/

riacquisizione del modo "fisico" di percepire e affrontare gli spazi (anche quelli urbani) e gli eventi come opzione esperienziale primaria. E tale "riconquista" non può essere relegata solo alla dimensione circoscritta del tempo libero. Si fa strada così l'idea della città biofilica: secondo Edward Wilson, teorico della biofilia, non si può vivere una vita sana e completa lontani dalla natura poiché "gli esseri umani sono predisposti biologicamente a cercare il contatto con le forme naturali e con la stessa complessità geometrica di tali forme". La natura costituisce, pertanto, un vero e proprio "nutrimento neurologico". È bene precisare come i ritmi della natura non siano estranei a quelli della città ma li sottendono implicitamente. I flussi di risorse naturali che "alimentano" la vita urbana sono occultati dai meccanismi di produzione e distribuzione: adulti e bambini mangiano ananas, ma pochi saprebbero dire se il frutto cresce su un albero o direttamente nella terra, o quanto impiega a crescere e a diventare maturo.

Da qui l'esigenza, per un benessere psicofisico duraturo della persona, di pensare città biofiliche, in grado, cioè, di ricondurre al centro dell'esperienza urbana la relazione fra uomo e natura, e il patrimonio di pratiche e conoscenze a essa sottese. Una città biofilica non si ottiene con qualche angolo di prato o con un tetto verde, bensì "... prevede una connessione di portata maggiore e più forte fra la vita di uomini, piante e animali, al punto da poter divenire un supporto per gli ecosistemi stessi" (Salin-garos). Pensare la città oggi significa, pertanto, concepire luoghi dove possa compiersi una risocializzazione di bambini e adulti con rinnovati spazi naturali e costruiti, dove siano previsti e incentivati frangenti di naturale lentezza, nel relazionarsi, nel muoversi, nel mangiare, nel giocare, nel pensare e nel pensarsi.

La sofferenza mentale in Italia dai dati della ricerca nazionale ISS

A. Picardi¹, M. Biondi²

¹ Reparto Salute Mentale, Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; ² Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma

Introduzione: l'andamento temporale della prevalenza dei disturbi mentali nelle ultime decadi è dibattuto. Da un lato, le matrici familiari e sociali costitutive dell'identità personale sono divenute meno solide: la struttura della famiglia è mutata e il flusso dell'informazione e della comunicazione interpersonale fluisce molto rapidamente. Tali considerazioni suggerirebbero un aumento dei disturbi. D'altro canto, il miglioramento del livello di benessere economico, della salute fisica e della speranza di vita farebbero pensare che il benessere psicologico soggettivo sia in aumento e che almeno determinati disturbi mentali siano in diminuzione. Gli studi epidemiologici di prevalenza, incluso il recente studio ESEMED coordinato dall'ISS non possono dare risposte univoche sugli andamenti temporali per i limiti del disegno trasversale. È sembrato dunque interessante indagare l'opinione degli psichiatri italiani.

Metodi: a 253 psichiatri è stato inviato un questionario appositamente predisposto, in cui indicare per diversi gruppi di disturbi se e quanto fosse cambiata, rispetto a 10 anni prima, la frequenza con cui osservavano ciascun disturbo nella pratica clinica.

Risultati: hanno risposto 110 (44%) psichiatri, in prevalenza (63%) maschi e con un'esperienza clinica post-specializzazio-

ne in media di 21 anni. Per i disturbi dello spettro schizofrenico, il disturbo ossessivo-compulsivo e i disturbi somatoformi la frequenza è indicata come sostanzialmente stabile, mentre per tutti gli altri disturbi è segnalata in aumento, soprattutto per disturbi depressivi diversi da quello maggiore, disturbo di panico, disturbi di adattamento e reazioni allo stress, e disturbi alimentari psicogeni. Le categorie indicate come maggiormente interessate dalla variazione di frequenza sono le donne, i giovani, e per alcuni disturbi anche gli adolescenti e gli anziani.

Discussione: lo studio suggerisce un notevole aumento della domanda di aiuto per la sofferenza emotiva, anche se non è possibile stabilire quanto esso sia dovuto a un'effettiva maggiore frequenza dei disturbi o a un maggiore ricorso allo specialista.

L'impatto relazionale dei disturbi di personalità del Cluster B

A. Amati

Professore Ordinario di Psichiatria (R), Università Magna Graecia, Catanzaro

Introduzione: i disturbi della personalità sono definiti nel DSM-IV TR come "... un modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione ...". Tale impostazione riflette il tentativo di delimitare ciascun disturbo mediante variabili circostanziate e considerate specifiche in una fase evolutiva della concettualizzazione della psicopatologia della personalità e dei comportamenti derivati (2001). Attualmente, l'attenzione è spostata a individuare dimensioni condivise da più disturbi e a possibili accorpamenti, anticipando le posizioni del DSM-V.

Delimitazione del problema: i soggetti con disturbi di personalità del Cluster B mettono in atto modalità relazionali egosintoniche e restano poco consapevoli degli effetti problematici che i propri comportamenti determinano negli altri. Interagiscono in modo disturbato e disturbante e tendono a esportare i propri problemi verso coloro con i quali entrano in contatto. Del resto, l'impatto interpersonale è stato uno dei cardini diagnostici dei disturbi di personalità nelle descrizioni classiche della psicopatologia tedesca, e, sia pure in misura meno evidente, si ritrova dissonante anche nei soggetti che hanno tratti dominanti e non un vero e proprio disturbo

Elementi trasversali: le manifestazioni che rientrano nel Cluster B sono eterogenee e persistenti, ma esse hanno in comune alcuni elementi trasversali di fondo, come l'egocentrismo e la dipendenza negata intorno ai quali si organizzano quadri definiti. Nell'Antisociale il disturbo si manifesta in genere precocemente e si sviluppa con un profilo interattivo caratterizzato dall'insensibilità relazionale. Nel Narcisistico, l'esordio appare in età successiva, e manifesta "mancanza di empatia" accanto a "grandiosità, necessità di ammirazione". Pur di soddisfare questi bisogni, il soggetto ignora o disprezza la sensibilità degli altri e, poiché mostra la tendenza a perseguire vantaggi immediati e diretti, può anche assumere comportamenti brutali, disinvolti, superficiali e sfruttatori analoghi a quelli dell'Antisociale. Condivide, invece, l'avventatezza e la superficialità decisionale con il borderline, mentre utilizza, sia pure per fini differenti, la manipolatività e la seduttività, come l'istrionico.

In tutti i disturbi del Cluster B, la relativa stabilità della immagine di sé nei rapporti con gli altri contrasta con le ampie fluttuazioni interne, largamente legate alla relazionalità, che risulta spesso frustrante rispetto alle aspettative. Infatti, l'essenza dei disturbi sembra potersi ricondurre proprio ai rapporti disarmonici tra il registro intrapsichico e quello delle relazioni interpersonali.

Conclusioni: dalla riflessione clinico-psicopatologica e dai dati del-

la letteratura recente, l'impatto interpersonale emerge come una dimensione trasversale rilevante, che riguarda l'organizzazione funzionale gerarchizzata dei disturbi di personalità del Cluster B. Tuttavia, nonostante l'impianto del DSM sia dichiaratamente ateoretico, nei criteri diagnostici e forse ancor di più nella descrizione dei disturbi, è riconoscibile una inevitabile derivazione comportamentale e psicoanalitica.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA BRAMANTE

S15 - Psicoterapie: dalla valutazione dell'efficacia alla valutazione della formazione

COORDINATORE

C. Maffei

La valutazione delle psicoterapie nella prospettiva "research based": è possibile disgiungere l'efficacia dalla formazione?

C. Maffei

Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

La ricerca empirica sull'efficacia delle psicoterapie ha ormai da tempo prodotto dati positivi che tendono a confermare l'apparente validità di teorie, strategie e tecniche tra di loro disomogenee o talora contrastanti. Un problema fondamentale riguarda quali siano i parametri di valutazione più adeguati e se essi si debbano riferire alle psicoterapie in genere o debbano essere differenziati a seconda del tipo di trattamento. Infatti, non tutte le psicoterapie si propongono di ottenere gli stessi risultati. Ciò implica che la valutazione dell'esito sia imprescindibilmente connessa alla valutazione del processo terapeutico, cioè di che cosa agisca e in che modo. Quest'ultimo aspetto, cioè i fattori terapeutici, dovrebbe essere saldamente conosciuto dai terapeuti, in quanto "strumento di lavoro", e quindi appreso sia in teoria che in pratica durante la formazione professionale.

La formazione psicoterapeutica dello psichiatra

A. Siracusano

Dipartimento di Neuroscienze, Università Tor Vergata di Roma

La formazione psicoterapeutica dello psichiatra è una delle sfide più complesse e finora ancora non adeguatamente affrontate dalla comunità scientifica e universitaria. L'importanza della psicoterapia e della sua formazione ha assunto ormai una tale rilevanza che il *Royal College of Physician of Canada* ha da poco incluso ufficialmente la psicoterapia e la sua formazione nelle ultime linee guida (Weerasekera et al. 2010).

Tuttavia, un "cross sectional survey" negli Stati Uniti (Weissman et al. 2006) ha mostrato come esista tuttora un gap considerevole tra le evidenze fornite dalla ricerca in psicoterapia (evidenze

cliniche e neurobiologiche) e la formazione dello psichiatra. Non a caso, sempre negli Stati Uniti, recentemente è stato evidenziato come sebbene circa la metà degli specializzandi in psichiatria ritengano i programmi di training di elevata qualità, di contro, un terzo ritiene la formazione insufficiente (Calabrese et al. 2010).

Obiettivo di questa relazione è non solo fornire una revisione dello "stato dell'arte", ma fornire gli stimoli necessari per implementare la formazione psicoterapeutica dello psichiatra.

La formazione alla professione di psicoterapeuta in Italia oggi

F. Del Corno

Università della Valle d'Aosta; Associazione per la Ricerca in Psicologia clinica (ARP), Milano

La formazione alla professione di psicoterapeuta passa oggi attraverso due canali: pubblico (le scuole di specializzazione universitarie) e privato che rilasciano titoli sostanzialmente equivalenti. Verrà presentata una disamina del quadro attuale della variegata formazione privata distribuita sul territorio, sia per gli aspetti legati all'organizzazione concettuale della didattica, sia per l'implementazione dei programmi formativi. La situazione italiana appare estremamente ricca di offerta formativa, presenta tuttavia diversi aspetti di problematicità che comprendono sia la significativa disomogeneità delle proposte culturali (agli indirizzi tradizionali si sono nel tempo affiancate plurime "ricombinazioni" o innovazioni che rendono il campo concettuale della psicoterapia sempre più "liquido", per usare un termine caro alla teoria sociologica della post-modernità) che alcune criticità di fondo nell'impostazione generale della formazione stessa, come la coerenza tra concetti teorici e operatività terapeutica, l'effettiva acquisizione di capacità professionali, la verifica di esse nel tempo.

Valutare la formazione alla professione di psicoterapeuta

M. G. Strepparava

Università Milano-Bicocca, Milano

Uno degli aspetti critici della formazione alla professione di psicoterapeuta è la verifica della sua reale efficacia. Nella presentazione verranno delineate – anche sulla base della letteratura attualmente esistente – alcune ipotesi su quali possano essere

le aree più importanti della formazione che possono diventare oggetto di verifica e contribuire alla messa a punto di un protocollo di valutazione dell'efficacia dell'intervento formativo. All'indicazione di queste aree verrà affiancata la proposta di alcune linee guida metodologiche sulle possibili opzioni tecniche per la conduzione di questo processo di verifica e sull'integrazione in quest'ultimo anche del punto di vista soggettivo del formando.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA MASACCIO

S16 - Il disturbo dell'identità di genere: un approccio multidisciplinare

COORDINATORE
D. Hartmann

Riflessioni riguardo alla non idoneità psichica all'iter di adeguamento chirurgico nel disturbo dell'identità di genere (DIG)

D. Hartmann, L. Tarantino, A. Prunas

Ambulatorio per i disturbi dell'identità di genere, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

È in corso un dibattito fervente relativamente all'inquadramento delle problematiche di genere nella prossima edizione del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*.

Una delle possibilità contemplate dai revisori riguarda infatti l'eliminazione del disturbo dal novero delle patologie psichiatriche, arrivando a inquadralo come espressione normale dell'identità di genere.

Tale scenario potrebbe portare con sé una serie di implicazioni rilevanti rispetto all'identificazione dei candidati più idonei all'avvio del percorso di riassegnazione chirurgica del sesso.

Attualmente, infatti, le linee guida internazionali prevedono che i candidati al percorso di riassegnazione vengano sottoposti a un'attenta valutazione psichiatrica e psicologica.

Queste problematiche verranno affrontate anche attraverso il rimando alla casistica afferita presso l'ambulatorio dei disturbi dell'identità di genere dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda tra il 2005 e oggi; verranno illustrati, in particolare, casi clinici significativi in cui la richiesta dell'utente di avviare il percorso di adeguamento di genere nasconde disagi psichici di notevole gravità che configurano una controindicazione alla terapia ormonale e/o chirurgica.

Infine, verranno presentati dati relativi all'outcome e alla soddisfazione in pazienti già sottoposti all'intervento chirurgico di riassegnazione chirurgica del sesso, raccolti nel contesto di una ricerca multicentrica coordinata dall'ambulatorio per i disturbi dell'identità di genere dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda.

Transfert e controtransfert nel lavoro psicoanalitico con persone con disforia di genere: l'esperienza di un centro di un policlinico universitario

P. Valerio

Università "Federico II" di Napoli

Nel lavoro con persone transgender e transessuali l'operatore e l'utente si confrontano con ansie legate al complesso percorso di riconoscimento soggettivo all'interno di un genere diverso da quello assegnato alla nascita. Sentire di "appartenere" a un genere diverso da quello originariamente stabilito sulla base delle caratteristiche bio-morfologiche può comportare che il proprio corpo sia percepito come qualcosa di "sbagliato", e, di conseguenza, non sorprende che la formulazione di una domanda di aiuto porti con sé vissuti ed emozioni molto conflittuali.

I professionisti della salute mentale possono essere percepiti da un lato come dei "controllori" in possesso della chiave necessaria all'accesso ai percorsi medico-chirurgici, dall'altro come le uniche persone in grado di fornire un adeguato contenimento dei variegati moti affettivi sottostanti una siffatta domanda. Proprio per tali ragioni si viene a stabilire un legame molto complesso. L'intensità delle emozioni attivate negli utenti può, infatti, comportare, all'interno del *setting*, la ripresentazione di *passaggi all'atto*, per il sia pur temporaneo sollievo da essi assicurato. In tali condizioni riuscire a contenere e trasformare quanto avviene durante l'incontro clinico può divenire un compito estremamente arduo, essendo attraversato, lo spazio psicologico, da quella *lotta* nella quale si affrontano "il tentativo di pensare le emozioni in gioco e un inconscio attacco al pensare stesso" (Bion 1959). All'interno di tale campo della clinica, il modello d'intervento psicodinamicamente orientato mostra tutta la sua rilevanza come strumento di lavoro utile a una riscrittura delle intricate dinamiche di transfert e controtransfert. Nel presente contributo vengono descritti alcuni dei punti cardine del nostro lavoro: in particolare, viene sottolineato come esso sia finalizzato non tanto alla formulazione di una diagnosi e/o alla definizione dei possibili momenti etiopatogenetici, quanto piuttosto all'allestimento di uno spazio di contenimento

(spesso carente nel percorso evolutivo dei nostri utenti), ed elaborazione, utile alla realizzazione di "scelte pensate" circa il futuro dei soggetti interessati.

Approccio multi-etnico ai servizi sanitari nel DIG

M. Bini

Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

L'appartenenza di genere è il risultato di complesse interazioni strutturali e culturali non ancora tutte completamente chiarite. È stato condotto uno studio per valutare se l'ambito culturale nel quale è maturata la necessità di transizione possa determinare specificità nei tempi e nelle modalità del percorso. Sono stati valutati 134 soggetti (121 in transizione MtF e 13 in transizione FtM) seguiti negli anni 2002-2011 presso il servizio per l'adeguamento di genere dell'ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano. Tutti i soggetti avevano completato lo sviluppo adolescenziale in ambiti culturali differenti rispetto al contesto Italiano (152 persone in transizione cresciute sul territorio nazionale hanno formato il gruppo di controllo). La maggior parte delle persone valutate in transito MtF proveniva dall'America del Sud (64 dal Brasile, 20 dal Perù, 16 dall'Ecuador, 2 dall'Argentina e 1 rispettivamente da Bolivia, Venezuela e Cile); un gruppo minore era costituito da pazienti asiatici (6 thailandesi, 2 indiani, 2 Sri Lankesi, 1 giapponese); 4 provenivano dalla Comunità europea (2 rumeni, uno spagnolo e un portoghese). Le persone straniere in transito FtM provenivano prevalentemente dall'Est Europeo (4 rumene, 2 moldave, 2 ucraine, 1 bielorusa) o dalla comunità europea (2 tedesche, 1 olandese, 1 spagnola). La duplice migrazione (territoriale e di genere) comporta un ritardo nei completamenti dell'iter e una maggior frequenza di percorsi intermedi i legati alle aggiuntive difficoltà esistenziali, alle disomogeneità legislative e alle diverse modalità di idealizzazione della transizione.

Early hormonal intervention in adolescence within an integrated psychosocial approach: a research protocol

D. Di Ceglie

Consultant Child and Adolescent Psychiatrist; Director of Training, Development and Research, Gender Identity Development Service, Tavistock Centre; Honorary Senior Lecturer, Dept of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London

This presentation will describe a research project on early pubertal suppression in a carefully selected group of adolescents with atypical gender identity development currently defined as Gender Identity Disorder (GID) in the DSM-IV classification. The main aim of the study is to evaluate the psychological, social and physical benefits and risks involved in blocking sex hormone production in biological girls and boys with Gender Identity Disorder in the early stages of puberty.

The particular features of the research protocol will be described within an approach which integrates psychological, social and physical intervention. The nature of the 'atypical gender identity organisation' will be described with particular reference to rigidity and flexibility or persistence and desistence during the developmental period. Current research regarding potential factors involved in the persistence of GID from childhood to adolescence and adulthood would be illustrated.

Early hormonal intervention in adolescence is conceptualised as one specific treatment approach to a well selected group of young people. It is part of a range of interventions directed to respond to the diverse needs of a diverse group of young people presenting with atypical gender identity development.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA PERUGINO

S17 - La responsabilità professionale dello psichiatra

COORDINATORI

L. Loretto, E. Aguglia

Riflessioni critiche sulla responsabilità dello psichiatra

L. Loretto

Università di Sassari

Con il termine *responsabilità professionale del medico* si intende quell'insieme di elementi che intervengono nel produrre un danno iatrogeno a un paziente, configurando per il medico, una posizione di colpa professionale.

In particolare, per quanto concerne la responsabilità professionale dello psichiatra, a uno scenario preoccupante, dovuto all'aumento del contenzioso, soprattutto quello inadeguato e

non giustificato, si aggiunge la mancanza, allo stato attuale, di conoscenze specifiche in merito alle *aree di rischio professionale*. Infatti se per altre discipline (anestesiologia, ostetricia, oftalmologia) sono conosciute (e in alcune discipline anche monitorizzate) le situazioni a rischio, in ambito psichiatrico si percepisce sempre più che il rischio di responsabilità professionale è in agguato, ma in concreto non si conosce, con esattezza, quali siano le situazioni a rischio. In ambito psichiatrico ci si confronta sempre più con la responsabilità professionale, ma non si conosce come sia, qualitativamente e quantitativamente strutturato in modo obiettivo il rischio professionale.

Da tutto ciò può derivare un comportamento, dello psichiatra, improntato a una *psichiatria difensiva*: una modalità di approccio al paziente in cui le scelte sono ispirate non tanto dalle necessità del paziente, quanto dalle esigenze dello psichiatra di proteggersi da un eventuale contenzioso giudiziario. La conoscenza delle recenti sentenze costituiscono un momento formativo utile allo psichiatra.

Le regole di condotta "prudenziali" dello psichiatra

R. Mantovani

A.O. Fatebenefratelli, Milano

Il numero dei contenziosi in area medica, contro Asl e singoli professionisti, è infatti cresciuto, dal 1994, del 255%, arrivando a superare la soglia dei 34 mila. Questa la fotografia scattata dall'ultimo rapporto ANIA (Associazione nazionale imprese assicuratrici) 2010-2011 sui sinistri nell'area medica.

Numerose sono le querele e le denunce che colpiscono il personale sanitario e che portano nelle aule di giustizia nella veste, non certo comoda, di imputato.

Le imputazioni più frequente sono quelle di lesioni o omicidio colposo o di falsità in documentazione medica o certificazioni. È evidente che dal clinico specialista la gente oggi si aspetta molto e se queste aspettative non vengono soddisfatte a pieno molto spesso la insoddisfazione trova sfogo nell'azione giudiziaria contro il sanitario.

Per questa ragione grande importanza ha la comunicazione interpersonale che deve intercorrere tra il paziente e lo specialista psichiatra.

Il medico nel prendere in cura il paziente assume nei suoi confronti una vera e propria posizione di garanzia che porta non solo a impostare il rapporto con la dovuta empatia ma anche a non scordare mai che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge (T.S.O.) e in nessun caso si potranno violare i limiti imposti dal rispetto del paziente, come ricorda il secondo comma dell'art. 32 della nostra Carta Costituzionale che testualmente recita: "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."

Grande importanza assume pertanto tutta la problematica etica e giuridica afferente il "consenso informato" e la compilazione corretta e conforme alla normativa vigente della "cartella clinica". Per una condotta ispirata a caratteri di opportuna prudenza non si deve certo intendere la prassi che oggi purtroppo sta prendendo sempre più piede della cosiddetta "medicina difensiva". Pratica questa che consiste nella attuazione di diagnosi o di misure terapeutiche condotte principalmente, non per assicurare la salute del paziente, ma come garanzia delle responsabilità medico legali seguenti alle cure mediche prestate.

È invece opportuno, o per meglio dire, necessario assumere un reale e chiaro consenso informato all'atto medico, essendo questo elemento essenziale per la liceità dei trattamenti sanitari.

Si può pertanto dire che il consenso informato si debba ritenere come un concreto strumento operativo e di prudente tutela della propria professionalità.

Giova ricordare che oltre al richiamato art. 32 della nostra Costituzione vi è la Convenzione sui diritti dell'uomo e la bio-

medicina firmata dal Governo il 4.4.97: con all'art. 5 (regola generale). Recita: "Un intervento in campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato ...".

La cartella clinica rappresenta invece l'espressione primaria del rapporto medico-paziente-struttura ospedaliera: costituisce il diario clinico che accompagna tutto il periodo di degenza e i dati che vi sono registrati sono di estrema utilità non solo e primariamente per il paziente ma anche per la comunità scientifica. Proprio per tali ragioni l'attività di compilazione della cartella clinica, compito generalmente non particolarmente amato dal personale medico, deve essere puntualmente e correttamente eseguita e come tale costituisce un primario elemento per una eventuale difesa in sede giudiziaria in caso di accusa di malpractice.

La responsabilità nel lavoro d'équipe

G.C. Nivoli

Presidente Società Italiana di Psichiatria Forense

Sono messi in luce i vari principi giuridici che presiedono alla responsabilità dei componenti dell'équipe medica e psichiatrica con particolare riguardo al principio clinico dell'autonomia vincolata.

Sono inoltre prospettati i provvedimenti concreti per una adeguata distribuzione delle responsabilità dell'équipe, evitando, sotto il principio clinico e forense, che la "giustizia spari nel mucchio" e cioè che tutta l'équipe sia imputata per l'errore di un singolo componente.

La posizione di garanzia nella gestione territoriale del paziente psichiatrico

C. Mencacci, G. Cerveri

Dipartimento di Neuroscienze Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

Introduzione: negli ultimi anni si sta assistendo a una rinnovata attenzione rispetto alla responsabilità dello psichiatra nei confronti di atti penalmente rilevanti compiuti da pazienti in cura. Se tale aspetto è di fatto condiviso dalla giurisprudenza e dai clinici quando riguarda soggetti ricoverati in SPDC, l'allargamento di questa modalità di valutazione anche ad alcuni casi di soggetti in trattamento "territoriale" ha aperto ampie discussioni e confronti. Emerge cioè un apparente contrasto tra fonti del diritto apparentemente inconciliabili "Legge 180" e "Codice Penale" che, maturati in ambiti culturali e storici profondamente diversi, tendono a enfatizzare la libertà individuale del cittadino la prima e il dovere di garantire il soggetto con patologia mentale anche dal commettere eventuali comportamenti penalmente rilevanti il secondo.

Metodi: nella relazione verranno riportati alcuni dati relativi a sentenze di condanna rispetto all'abbandono della posizione di garanzia da parte di psichiatri durante il trattamento territoriale di gravi pazienti. Verranno poi riportati casi clinici che rendono di fatto complesso il mantenimento di un'efficace posizione di garanzia. In particolare verrà approfondito tale tema nella gestione di lungo periodo di pazienti affetti da disturbo bipolare.

Risultati: dall'esperienza clinica condotta nel contesto metro-

politano milanese emerge una chiara difficoltà nel garantire la libertà di cura dei cittadini, la possibilità di autodeterminarsi in soggetti sofferenti di patologia psichica e la necessità dello psichiatra di tutelarsi di fronte a eventuali obblighi di prevenire gli effetti di comportamenti penalmente rilevanti o di risarcire eventuali danni patrimoniali provocati in condizioni di possibile disagio psichico.

Conclusioni: emergono gravi criticità in una definizione con-

divisa della posizione di garanzia quando applicata alla gestione clinica di pazienti ambulatoriali. Si segnala il rischio di una modifica sostanziale delle procedure di intervento dello psichiatra secondo modalità dettate non più dallo spirito della "legge 180" ma da interpretazioni precedenti contenute in fonti di diritto alternative come il codice penale che in ambito processuale risultano più rilevanti.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA BERNINI

S18 - La comorbidità psichiatrica nel disturbo bipolare

COORDINATORI

S. Pini, A. Fagiolini

Correlati neurobiologici della comorbidità psichiatrica nel disturbo bipolare

A. de Bartolomeis

Laboratorio di Psichiatria Molecolare, Università "Federico II" di Napoli

Esiste un crescente interesse per l'identificazione di possibili correlati biologici comuni del disturbo bipolare e altre patologie psichiatriche o internistiche specie quando presenti in comorbidità. In particolare, la concomitanza a livello di espressione fenotipica di un'abnorme regolazione del tono dell'umore, spettro dei disturbi d'ansia e abuso di sostanze rappresenta un importante comorbidità per il riconoscimento di possibile substrato neurobiologico.

Multipli livelli di regolazione da quello neuroanatomofunzionale a quello neurotrasmettitoriale sino alla trasduzione del segnale possono essere coinvolti nella determinazione di potenziali correlati comuni e il sistema dopaminergico e un verosimile substrato coinvolto in meccanismi multipli di modulazione funzionale.

Disregolazione cortico sottocorticale del rilascio di dopamina e coinvolgimento dell'amigdala allargata sono un importante substrato neuroanatomico dell'anomala funzione dopaminergica implicata sia nella regolazione del tono dell'umore sia nella fisiopatologia dell'abuso di sostanza.

Meccanismi di trasduzione del segnale e modificazioni di carattere epigenetico sono in grado di modulare potentemente questo substrato e rappresentano un rilevante target per lo sviluppo di potenziali nuovi trattamenti farmacologici

La comorbidità di asse 2 nel disturbo bipolare. Implicazioni cliniche

A. Fagiolini, M. Nitti, B. Morana, F. Pellegrini, D. Koukouna
Dipartimento di Salute Mentale, Università di Siena, AOUS, USL 7

I pazienti con disturbo bipolare (DB) hanno un'alta probabilità di presentare altri disturbi in morbilità, inclusi i disturbi di asse

2. Recenti metanalisi (e.g. Fan et al. J Clin Psych 2008) stimano la prevalenza di disturbi di personalità in soggetti con disturbo bipolare compresa tra il 12 e l'89%, ovvero significativamente superiore a quella della popolazione generale (5,9-17%). I disturbi di personalità più frequentemente presenti sono il borderline, narcisistico, istrionico e ossessivo compulsivo.

L'associazione dei disturbi di personalità al DB complica il decorso e la prognosi ed è ad esempio associata a una maggiore gravità dei sintomi residui, l'uso di un maggiore numero di farmaci, una maggiore prevalenza di uso di alcol e droghe, un maggiore rischio di suicidio e una ridotta capacità di funzionamento. Questa relazione esaminerà le implicazioni cliniche, con particolare riferimento al trattamento farmacologico, dell'associazione tra DB e disturbi di personalità.

Spettro ossessivo-compulsivo e disturbo bipolare: considerazioni teoriche e terapeutiche

G. Maina, G. Rosso

Servizio per i disturbi depressivi e d'ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Oggi è ben noto che le forme cosiddette "pure" di disturbo bipolare, ovvero caratterizzate solo dall'alternanza di quadri depressivi e maniacali, sono molto rare, e che il disturbo bipolare si manifesta molto più frequentemente in associazione ad altri disturbi psichici: disturbi d'ansia in primo luogo, ma anche disturbi da uso di sostanze, del comportamento alimentare, da discontrollo degli impulsi e di personalità.

In particolare, i sintomi e/o i disturbi d'ansia, nei pazienti bipolari, occupano un ruolo di primaria importanza sia per i risvolti clinici (ad esempio possono mascherare la caratteristica espressività ciclica e aggravare il decorso del disturbo bipolare), sia per i risvolti terapeutici (minor risposta ai trattamenti).

I disturbi d'ansia non si presentano solo durante gli episodi di scompenso acuto del disturbo bipolare: sono molto frequenti anche durante le fasi eutimiche e possono precedere, anche di anni, l'esordio del disturbo bipolare.

Tra i disturbi d'ansia, gli studi clinici indicano che il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) – e lo spettro di disturbi che a esso fanno capo – si presentano in comorbidità con il disturbo bipolare fino al 35% dei casi. Nel contesto della bipolarità, il DOC e i disturbi a esso correlati costituiscono un'entità clinica di difficile inquadramento e gestione: l'approccio terapeutico classico che implica l'impiego di farmaci serotoninergici a elevato dosaggio determina infatti un elevato rischio di peggioramento del decorso del disturbo bipolare, attraverso induzione *switch* ipomaniacali o di stati misti (con aumento del rischio di suicidalità) e accelerazione del ciclo bipolare.

In anni recenti, però, secondo molti autori che sostengono il concetto di spettro bipolare allargato, numerose manifestazioni sintomatologiche, tra cui quelle dello spettro ossessivo-compulsivo, sarebbero da considerare come epifenomeni del disturbo bipolare stesso e, pertanto, non dovrebbero essere diagnosticate e trattate a parte. In linea con questa considerazione teorica, iniziano a emergere in letteratura dati riguardanti l'efficacia degli stabilizzatori dell'umore anche nel trattamento dei disturbi d'ansia associati al disturbo bipolare.

Dimensioni psicopatologiche atipiche e disturbo bipolare

S. Pini, M. Abelli, C. Gesi, A. Cardini, L. Lari

Dipartimento di Psichiatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa

Negli ultimi decenni la diagnosi di disturbo bipolare è stata sottoposta a continui tentativi di rielaborazione e ridefinizione rispetto al concetto originario di psicosi maniaco-depressiva. Le difficoltà di inquadramento diagnostico dei disturbi dell'umore, d'altra parte, sono una conseguenza della problematicità di operare una netta delimitazione dei confini di queste condizioni morbose. Sulla base di ciò, alcuni autori hanno cercato di sviluppare modelli nosografici che potessero meglio inquadrare anche alcune caratteristiche atipiche, non standardizzate, dei disturbi dell'umore. Ad esempio, alcuni pazienti mostrano una marcata reattività e instabilità affettiva associata a notevole 'sensibilità' alla separazione da figure di riferimento. Queste forme di ansia di separazione dell'età adulta possono avere un decorso instabile e ricorrente con esacerbazioni in presenza di minacce all'integrità delle relazioni personali. Questi individui tendono a evitare di rimanere soli e si preoccupano facilmente al pensiero che qualcuno o qualcosa li possa allontanare da figure di riferimento. In questi casi, attacchi di panico riferiti come "spontanei" e/o gravi forme di depressione sarebbero in realtà manifestazioni secondarie alla paura della separazione o alla presenza di situazioni che tendono a mettere in pericolo i legami dell'individuo. In questa relazione saranno esaminati dati sperimentali a supporto delle condizioni sopra descritte e le implicazioni cliniche, con riferimento anche al trattamento farmacologico, dei rapporti tra disturbo bipolare e ansia di separazione dell'adulto.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA BORROMINI

S19 - L'amministrazione di sostegno per soggetti con varie psicopatologie: quando, come, perché

COORDINATORE
V. Volterra

La fragilità cognitiva di origine neurologica: esigenze di protezione e di libertà

A. Bianchi

SIMAP (Arezzo)

Le malattie neurologiche in grado di compromettere la capacità decisionale sono numerose ed in continuo aumento quantitativo. Sono interessate diverse fasce d'età (quelle più giovani per le patologie a insorgenza infantile e post-traumatica, quelle più anziane per le malattie cosiddette neurodegenerative), con problematiche assai diverse. L'AdS rappresenta di gran lunga il miglior strumento di tutela civilistica della persona cognitivamente fragile, a condizione che la sua attivazione sia il risultato

di una attenta valutazione – scientificamente ed eticamente solida – di tutte le esigenze del potenziale beneficiario, ivi compresa l'esigenza fondamentale di autonomia e libertà.

L'amministrazione di sostegno e la "Cura personae"

R. Ariatti, V. Matteo

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

Gli autori prendono in esame l'evolversi giurisprudenziale e interpretativo che si è via via consolidato in materia di provvedimenti di amministrazione di sostegno (AS) e possibilità di intervento nell'ambito della sfera della salute del beneficiario.

Se infatti il ruolo dell'amministratore di sostegno nella gestione degli interessi patrimoniali non appare avere costituito in questi anni un'area particolarmente problematica e controversa, ben più complessa e foriera di incertezze interpretative e applicative appare essere stata la declinazione delle competenze dell'AS in materia di cure sanitarie.

In diritto, va precisato che è possibile deferire all'amministratore di sostegno poteri in materia sanitaria come emerge dalla lettura dell'art. 405, IVco c.c., che prevede che il Giudice Tutelare possa prendere provvedimenti urgenti per la cura della persona, nonché dell'art. 408, I co c.c. che prevede che la scelta dell'amministratore venga fatta con riguardo alla cura e agli interessi del beneficiario. Può quindi provvedersi alla nomina di un amministratore di sostegno per un paziente che non sia in grado di prestare consapevolmente il proprio consenso, come chiarito incidentalmente anche nella sentenza Cass. N. 21748/07 secondo cui "poteri di cura del disabile spettano altresì alla persona che sia stata nominata Amministratore di Sostegno, dovendo il decreto di nomina contenere l'elenco degli atti che questa è legittimata a compiere a tutela degli interessi di natura anche personale del beneficiario". Nel caso di persone con disabilità psichica, che non siano in grado di esprimere autonomamente il proprio consenso agli atti sanitari, appare pertanto ormai consolidato che possano essere deferiti all'amministratore poteri sostitutivi o concorrenti col beneficiario non solo in materia economica ma anche di cura della persona, nel rispetto di desideri e disposizioni scritte, eventualmente stilate in precedenza dal beneficiario.

Ne consegue che l'amministratore di sostegno a cui sia stato deferito il potere di esprimere il consenso agli atti sanitari in nome del beneficiario deve farlo esprimendo il consenso – o dissenso – proprio di quest'ultimo, ai sensi dell'art. 410 c.c. che prevede espressamente che primario dovere dell'amministratore di sostegno è di "tener conto di bisogni e aspirazioni del beneficiario".

Gli autori affrontano, anche sulla base di recenti pronunce, le criticità che tale orientamento pone nell'ambito delle cure psichiatriche.

L'amministrazione di sostegno per soggetti con varie patologie

U. Sabatello, G. Mussini

Istituto di Neuropsichiatria Infantile, Roma

Gli autori propongono un intervento sulla figura del tutore legale volontario per minori d'età. In linea con la Convenzione di Strasburgo del 1996 sull'esercizio dei diritti del fanciullo, e in particolare con la figura del rappresentante in essa descritta, il tutore volontario si configura come una presenza "amicale" che, affiancando il minore nel suo percorso di tutela, lo aiuta nell'esercizio dei diritti che la normativa gli riconosce. Tutto ciò, ci permette di evidenziare, che non solo è rappresentanza del minore negli atti civili e gestione del patrimonio del minore, ma anche cura della sua persona. La figura del tutore volontario sta sempre di più costituendo un'importante risorsa per il minore e nello stesso tempo rappresenta un concreto contributo per la trasformazione del rappresentante legale del minore da una figura meramente burocratica (di solito l'anonimo e impalpabile sindaco) a un soggetto fondamentale nel percorso di protezione e tutela del minore in difficoltà. Il tutore legale volontario

rappresenta, quindi, una sintesi tra funzioni di riferimento e sostegno psicologico del minore e tutela legale con poteri, limiti e confini che verranno esposti nella presentazione.

L'amministrazione di sostegno (AdS) nei pazienti con disturbo bipolare

R. Paterniti, F.Y. Arafa Ali

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Sezione di Psichiatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Firenze

Introduzione: il disturbo bipolare è un grave disturbo dell'umore, generalmente a insorgenza precoce (adolescenza, prima età adulta) e a decorso cronico, che colpisce circa l'1,2% della popolazione.

La storia naturale prevede un'alternanza di periodi di malattia (episodi ipomaniacali, maniacali o depressivi) e fasi di remissione che può durare tutto l'arco della vita.

Non di rado si verificano più ricadute in un anno con durata variabile da pochi giorni a mesi.

La fase depressiva comporta umore depresso, astenia, apatia, abulia, alterazioni dell'appetito e del sonno, agitazione o rallentamento psicomotorio, sentimenti di autosvalutazione o di colpa, ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, pensieri ricorrenti di morte, elevazione del rischio suicidario.

La mania rappresenta l'altro polo del disturbo e determina una sintomatologia che comprende un tono dell'umore anormalmente e persistentemente elevato, espansivo o irritabile; autostima ipertrofica o grandiosità; diminuito bisogno di sonno, logorrea, accelerazione del corso del pensiero, deficit dell'attenzione e delle capacità di concentrazione, iperattività più o meno finalizzata.

Ripercussioni sull'autonomia e prospettive di tutela: il disturbo bipolare si accompagna di frequente a comportamenti a rischio che sono diretta conseguenza della condizione psicopatologica del soggetto e che spesso hanno un alto potenziale di conseguenze dannose in molteplici ambiti (per es., sotto il profilo finanziario, vi può essere una dilapidazione del patrimonio provocata da ingenti spese per acquistare beni, investimenti o prestiti avventati, gioco d'azzardo, ecc.).

La condizione di fragilità e di rischio appare ancor più evidente se si considera che sia la condizione depressiva che la mania, sebbene con caratteristiche diverse, coinvolgono molteplici funzioni psichiche e determinano un'alterazione patologica delle capacità di esame e di giudizio della realtà del soggetto, riducendo le risorse necessarie per un'adeguata gestione di importanti aree della vita.

L'introduzione dell'AdS, codificata dall'art. 404 c.c. del 2004, ha aperto nuove possibilità per la tutela dei soggetti affetti da tale disturbo.

Infatti, se da un lato la patologia determina spesso una riduzione delle capacità di autogestirsi e di curare i propri interessi, per le sue intrinseche caratteristiche di ciclicità tale condizione non è solitamente permanente né totale, bensì limitata alle riacutizzazioni della malattia e ad alcuni ambiti.

Per tali motivi appare opportuno uno strumento di tutela flessibile che possa garantire un supporto nei periodi di crisi e che possa essere modulato sulle specifiche aree di fragilità del soggetto.

Se l'interdizione e l'inabilitazione costituiscono provvedimenti altamente limitanti, permanenti, rigidi e, pertanto, spesso inadeguati o addirittura non applicabili sotto il profilo giuridico, l'AdS

rappresenta un dispositivo flessibile che può essere adattato alle esigenze specifiche del paziente affetto da tale disturbo. Emerge inoltre un aspetto d'importanza non marginale: sotto il profilo psicologico l'AdS rappresenta un provvedimento meno traumatizzante per il paziente, spesso giovane e riluttante ad accettare oltre al peso di una terapia farmacologica e specialistica a vita anche una limitazione dell'autonomia nella gestione dei propri interessi.

Infine, l'interdizione e l'inabilitazione vengono spesso percepite come imposizioni stigmatizzanti sotto il profilo sociale, alimentando la sofferenza del paziente che già deve convivere con un disturbo altamente invalidante e dal notevole impatto sulla qualità della vita.

Al contrario l'AdS mantiene e valorizza le forme residue d'autonomia e si propone come uno strumento d'aiuto che può essere meglio integrato nel percorso terapeutico del paziente.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA LEONARDO

S20 - Il sé vulnerabile: dalla fenomenologia alla clinica degli stati mentali a rischio

COORDINATORI

G. Stanghellini, G. Castignoli

La coscienza come dispositivo antropologico vulnerabile

G. Stanghellini

Università "G. d'Annunzio" di Chieti

La coscienza, in quanto funzione che sintetizza la congerie delle nostre esperienze in un'esperienza ego-centrata e in una storia coerente e dotata di senso, è il modo in cui il flusso della vita psichica si dà nella nostra cultura. Nella storia dell'umanità, così come nella vicenda personale di ogni singolo uomo, l'Io non è affatto un sicuro, ma una posizione da riconquistare senza sosta. Una persona che abdica al compito di dare coerenza e senso al fluire delle esperienze e di organizzarle attorno a un centro di gravità che chiamiamo "Io" o "identità", nella nostra cultura è una persona "malata". In questo senso, la coscienza (l'Io) è un dispositivo antropologico e al tempo stesso – per la sua storicità, per il suo non essere dato una volta per tutte, per il suo bisogno di essere generato e rigenerato, in breve per la sua fragilità – un dispositivo di vulnerabilità. Se il dispositivo "coscienza" entra in crisi, l'esperienza e l'agire cessano di essere esperienze e azioni che appartengono a qualcuno, e si danno come un caleidoscopio privo di una "regia", cioè di un autore e di un responsabile. Il risultato di questa rinuncia dell'Io a costituirsi e ricostituirsi è la "catastrofe del mondo", cioè quello che chiamiamo patologia mentale

At risk mental states: psicopatologia della coscienza vulnerabile

A. Raballo

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL di Reggio Emilia, Italy; Department of Psychiatry, Psychiatric Center Hvidovre, University of Copenhagen, Brøndby, Denmark; Danish National Research Foundation: Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Denmark

Gli stati mentali a rischio di psicosi costituiscono un insieme

me variegato di configurazioni cliniche, in cui la richiesta di supporto (*help-seeking*) spesso si accompagna a profonde trasformazioni dell'esperienza soggettiva. Tali trasformazioni, indicative di soggiacente vulnerabilità schizotropica, implicano modificazioni dell'esperienza nucleare di sé che coinvolgono estensivamente anche l'intersoggettività e i modi di immersione preriflessiva nel mondo (Zahavi 2001; Parnas et al. 2002). L'approccio fenomenologico, nelle sue recenti ricadute traslazionali (Parnas et al. 2005), consente una esplorazione sistematica della *gestalt* pre-schizofrenica che può facilitare sia il riconoscimento precoce di strutture psicotiche inaugurali (e.g. esordi o traiettorie di più larvata disfunzionalità paucisintomatica) che una stadiazione più articolata degli *at risk mental states*.

Bibliografia

Parnas J, Bovet P, Zahavi D. *Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenetic implications*. World Psychiatry 2002;1:131-6.
Zahavi D. *Beyond empathy: phenomenological approaches to intersubjectivity*. J Consc Stud 2001; 8:151-67.
Parnas J, Møller P, Kircher T, et al. *EASE: examination of anomalous self-experience*. Psychopathology 2005;38:236-58.

Phenomenological models of basic self-disturbance: implications for early intervention in psychosis

B. Nelson

Department of Psychiatry, University of Melbourne, Australia

This talk will focus on recent research that attempts to integrate phenomenological perspectives on core features of psychotic pathology with the early intervention paradigm. Phenomenological research indicates that disturbance of the basic sense of self may be a core phenotypic marker of schizophrenia spectrum disorders. Basic self-disturbance refers to a disruption of

the sense of ownership of experience and agency of action and is associated with a variety of anomalous subjective experiences. The early intervention paradigm posits that early detection and intervention of individuals at high risk of psychosis and experiencing a first psychotic episode will result in improved clinical and functional outcomes. In a recent study conducted at the PACE clinic, Orygen Youth Health we investigated the presence of basic self-disturbance in an "ultra high risk" (UHR) for psychosis sample, assessed using the Examination of Anomalous Self-Experience (EASE) instrument, compared to a healthy control sample and whether it predicted transition to psychotic disorder over 1.5 years. The results indicated significantly higher levels of self-disturbance in the UHR sample and that basic self-disturbance predicted transition to psychosis. The implications of the findings for early intervention, including the staging model of psychiatric disorders, and future research directions will be addressed.

Verso una clinica del sé

G. Castignoli

Centro Salute Mentale, Borgomanero

Le più recenti acquisizioni della ricerca psicopatologica in tema di vulnerabilità alla schizofrenia tendono a riconoscere nei disturbi del sé basico il tratto centrale dell'autismo schizofrenico. La ricerca in neuroscienze, concordemente, analizza le anomalie del minimal-self individuandone il core del

disturbo schizofrenico. Mentre si tende a collegare la schizofrenia al disturbo del *basic-self*, mentre si sviluppa un'enorme mole di studi e di esperienze nell'ambito della prevenzione secondaria, dell'intervento precoce e dell'*early detection*, poco sembra trasmettersi tuttora nella pratica clinica corrente dei servizi dipartimentali. In effetti, alcune conoscenze sembrano confinate ad ambiti di ricerca o a servizi strutturati in modo superspecialistico, capaci di offrire presidi diagnostici e d'assistenza dedicati agli esordi psicotici. Ancora più rare sono le esperienze di chi promuove un intervento di prevenzione primaria, cioè di valutazione e di trattamento delle fasi prodromiche della psicosi. Manca a oggi una competenza semeiotica e diagnostica di tutte le fasi prodromiche e di quelle precoci, che possa includere anche l'idea di una stadiazione, nell'ottica clinica del *clinical staging* e nell'ottica diagnostica del multiple *gate-monitoring*. I riferimenti nosografici, tanto quelli che sono attualmente a disposizione, quanto quelli che sono previsti nella nuova edizione del sistema DSM, paiono obsoleti e offrono al clinico l'immagine di una malattia priva di una prospettiva evolutiva. Si può costruire una clinica del sé pre-psicotico? Si può pensare a una clinica della vulnerabilità alla psicosi? Si può pensare alla psicosi come fatto che trascende in parte le grandi categorie nosografiche? Il primo episodio psicotico è sempre indice di esordio di schizofrenia? A questi e ad altri quesiti si cerca di rispondere in ossequio ai riferimenti canonici, cui s'informa la pratica clinica offrendo al terapeuta i presidi della diagnosi, del trattamento e della prognosi, qui declinati alle fasi iniziali e a quelle precorritrici dei disturbi psicotici.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA TINTORETTO

S21 - La qualità di vita in psichiatria: nuovi criteri di valutazione e di esito centrati sulla persona

COORDINATORI

M. Bertelli, G.F. Placidi

Qualità di vita in psichiatria: dalla vulnerabilità psicopatologica all'esito degli interventi

M. Bertelli

CREA - Centro Ricerca ed Evoluzione AMG, Firenze; AISQuV - Associazione Italiana per lo studio della Qualità di Vita

Introduzione: alcuni pazienti scelgono di continuare un trattamento farmacologico nonostante la presenza di effetti indesiderati e la proposta dello psichiatra di passare a un'altra terapia. È possibile che nell'operare questa scelta essi facciano riferimento a una percezione globale di 'effetto positivo', che non riguarda solo l'efficacia sui sintomi. In psicofarmacologia, le nuove misure di esito centrate sulla persona stanno guadagnando uno spazio sempre più ampio, sia nella clinica che nella ricerca. Tra

queste la qualità di vita (QdV) riveste un ruolo centrale. Nella sua applicazione alla clinica e alla ricerca la QdV si differenzia in 'QdV legata alla salute' e 'QdV generica'. La 'QdV legata alla salute' appare ancora molto legata a un modello di normalità e ad aspetti sintomatologici o di disfunzionamento. La QdV generica è descrivibile come una linea di sviluppo di abilità rispetto alla vita, che inizia con l'individuazione degli ambiti di vita in grado di aggiungere soddisfazione all'esistenza e di quelli con potenziale sottrattivo. La valutazione presuppone un'integrazione di aspetti qualitativi e quantitativi, soggettivi e oggettivi. Il presente lavoro analizza le caratteristiche di uno strumento per la valutazione rapida della QdV generica e le implicazioni della sua applicazione nella valutazione di risultati terapeutici. **Metodi:** vari campioni di persone con o senza disturbi psi-

chiatrici e relativi parenti, amici o conoscenti sono stati intervistati con la Batteria di Strumenti per l'indagine della QdV (BASIQ) o con il *Quick Instrument for Quality of Life* (QuiQ).

Risultati: persone uscite dall'acuzie sintomatologica continuano ad avere punteggi di QdV significativamente più bassi della media della popolazione.

Conclusioni: l'approccio a tipo QdV può costituire un'alternativa o un'integrazione alla "restitutio ad integrum". Infatti esso propone un concetto di cura fondato sulla persona nella sua complessità e non semplicemente sui sintomi del disturbo da cui è affetta.

Ha un'applicabilità trasversale a tutta la gamma dei disturbi psichici e delle vulnerabilità che vi si possono associare.

Benessere soggettivo e antipsicotici: quale rapporto?

G. Di Sciascio

UO Psichiatria Universitaria, Azienda Ospedaliero Universitaria, "Policlinico Consorziale" di Bari

La storia del trattamento farmacologico dei disturbi psichiatrici ha assunto una direzione nuova dal momento in cui al proposito di ottenere la migliore gestione possibile del sintomo, si è sostituito quello della migliore gestione del paziente. Questa svolta, che può a prima vista apparire solo concettuale, ha di fatto portato in luce alcuni aspetti della terapia farmacologica connessi alla sua capacità di incidere profondamente sulla qualità della vita del paziente, sul suo generale livello di "satisfaction" per i farmaci e quindi di compliance alla terapia.

La necessità di rendere il paziente l'elemento centrale nella scelta del trattamento si basa sul fatto che i dati presenti in letteratura evidenziano come il 50-55% dei pazienti psichiatrici presentano una scarsa aderenza al trattamento sia in termini di assunzione irregolare che di sospensione completa.

Risulta, pertanto, evidente come il livello di accettabilità della cura da parte del paziente, costituisce anche un fattore di importanza centrale nel determinare la prognosi del disturbo.

Per tale motivo la comunità scientifica, soprattutto negli ultimi anni, ha posto particolare attenzione alla possibilità di avvalersi di strumenti standardizzati per valutare il grado di "benessere soggettivo" del paziente in trattamento con talune tipologie di farmaci e in particolare con antipsicotici.

Ciò risulta evidente soprattutto alla luce del fatto che la gran parte di questi farmaci possono presentare effetti indesiderati capaci di incidere in maniera più o meno importante sul livello di "subjective wellbeing".

D'altra parte, esistono in letteratura un numero crescente di lavori che evidenziano l'esistenza di differenze apprezzabili tra antipsicotici di vecchia e nuova generazione, in termini di incisività degli stessi sulla qualità della vita del paziente e quindi sul suo livello di benessere soggettivo.

Data la scarsità di strumenti di cui la comunità scientifica dispone per la valutazione del benessere soggettivo, quelli attualmente disponibili costituiscono, oltre che un interessante argomento di studio, una risorsa estremamente preziosa.

Tra questi, uno strumento validato a livello internazionale è la "Subjective Wellbeing under Neuroleptics" (Naber e Lambert 2001).

Qualità di vita come obiettivo degli interventi: modificare le modalità di valutazione e di trattamento

C. Mencacci, G. Cerveri

Dipartimento di Neuroscienze Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano

Introduzione: il trattamento di numerose patologie psichiatriche ha subito nel corso degli anni modificazioni rispetto agli obiettivi del trattamento. Se le iniziali modalità di intervento, fino agli anni '60 del secolo scorso, erano di fatto volte al controllo dei comportamenti disturbanti, la maggiore conoscenza dei meccanismi sottesi alla patologia psichica e una maggiore disponibilità di composti attivi ha reso di fatto possibile lo sviluppo di interventi volti al trattamento di singoli e diversificati aspetti sintomatologici.

Tali modifiche degli interventi hanno spinto sempre più i ricercatori e i clinici a identificare specifiche procedure che in modo più significativo erano in grado di modificare l'outcome della patologia. Si è dunque spostata la misurazione degli esiti da specifici fenomeni psichici a una valutazione globale e spesso soggettiva della qualità di vita percepita dal medico e dal paziente.

Metodi: sono stati valutati pazienti in carico a un CSM per gravi patologie psichiche con una valutazione globale fornita dal medico curante (CGI) e una valutazione soggettiva del paziente sulla percezione della propria qualità di vita (SWB).

Risultati: dalla valutazione effettuata emerge che la qualità di vita è una dimensione non completamente riconducibile alla gravità sintomatologica presentata dai pazienti. Dipende da numerose altre variabili riconducibili al contesto vitale della persona, alla compresenza o meno di patologie fisiche.

Conclusioni: la qualità di vita percepita rappresenta un elemento di notevole importanza negli obiettivi di cura per una persona in trattamento per patologia psichica. Spesso lo psichiatra non ha sufficienti elementi culturali per porre la dovuta attenzione a questo aspetto che dovrebbe essere preso in considerazione quando si definiscono gli obiettivi di un intervento. In questa relazione verranno descritti anche i risultati di una valutazione della qualità di vita degli operatori del servizio di salute mentale.

Il benessere soggettivo come obiettivo terapeutico: riflessioni evoluzionistiche

A. Troisi

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Roma Tor Vergata

Cosa si aspettano i pazienti affetti da sindromi psichiatriche quando si rivolgono al medico per essere curati? Quali sono gli obiettivi terapeutici che lo psichiatra mira a raggiungere nel trattamento delle varie condizioni psicopatologiche? Queste domande sarebbero probabilmente sembrate inappropriate soltanto dieci anni fa. Attualmente sono invece al centro del dibattito sulla valutazione degli esiti in psichiatria clinica. La remissione sintomatologica non viene più considerata l'obiettivo unico dell'intervento terapeutico. Altrettanto importanti vengono considerati il ripristino di un normale livello di funzionamento sociale, lavorativo e affettivo così come il ristabilirsi di una condizione soggettiva di benessere. Le implicazioni di questo spostamento del fuoco di attenzione sui

diversi obiettivi terapeutici (remissione dei sintomi, livello di funzionamento, benessere soggettivo, qualità di vita) sono di carattere pratico e teorico.

Le implicazioni pratiche riguardano fundamentalmente le procedure di valutazione clinica da applicare per valutare i cambiamenti indotti dalle terapie. Nella presentazione prenderò in esame i dati che sono stati pubblicati su questo tema dagli studi che hanno analizzato l'efficacia dei farmaci antidepressivi. La conclusione è che la remissione sintomatologica, il livello di funzionamento e il benessere soggettivo sono variabili moderatamente correlate e quindi da misurare indipendentemente. Le implicazioni teoriche riguardano la definizione di salute e malattie. Nella presentazione affronterò questo tema dal punto di vista della psichiatria darwiniana, discutendo il significato adattativo delle emozioni positive e negative e analizzando criticamente la comune equazione tra benessere soggettivo e salute mentale.

Bibliografia

Troisi A, McGuire MT. *Darwinian psychiatry and the concept of mental disorder*. *Neuroendocrinol Lett* 2002;23:31-8.

Troisi A, McGuire MT. *Evolution and mental health*. In: Friedman HS, editor. *Encyclopedia of Mental Health*, vol. 2. San Diego: Academic Press 1998, pp. 173-81.

McGuire MT, Troisi A. *Evolutionary biology and psychiatry*. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry/VII*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2000, pp. 484-92.

Troisi A, McGuire MT. *Psychotherapy in the context of Darwinian psychiatry*. In: Gilbert P, Bailey KG, editors. *Genes on the couch: explorations in evolutionary psychotherapy*. Hove, UK: Brunner-Routledge 2000, pp. 28-41.

Depressione, cognitiv  e BPCO: l'efficacia dell'attivit  fisica nell'ottica di un intervento integrato

L. Crea¹, G. Catalfo¹, N. Crimi², T. Lo Castro¹, G. Minutolo¹, G. Siscaro², E. Aguglia¹

¹ AOU Policlinico "G. Rodolico", Vittorio Emanuele II, Catania, Dipartimento di Biomedicina Clinica e Molecolare, UOPI Psichiatria, ² Clinica Pneumologica, Universit  di Catania

I livelli di ansia e depressione nei soggetti con BPCO risultano maggiori non solo relativamente alla popolazione generale ma anche rispetto a pazienti affetti da altre patologie croniche. Studi epidemiologici hanno mostrato una significativa correlazione tra attivit  fisica e salute mentale, evidenziandone l'efficacia, con funzione sinergica alla farmacoterapia e alla psicoterapia. Le linee guida della *American Thoracic Society* (ATS) e della *European Respiratory Society* (ERS), sottolineano a riguardo l'importanza della riabilitazione polmonare per i pazienti affetti da BPCO, sia per gli effetti diretti sulla fisiologia polmonare, con conseguente miglioramento della dispnea, che sulla QOL, con ricadute positive sulla componente timica reattiva, oltre che sul funzionamento socio-relazionale.

Lo studio prevede due valutazioni (prima e dopo il trattamento riabilitativo) in cui si effettuano la visita pneumologica, la visita psichiatrica e la somministrazione di test psicodiagnostici (HAMD, HADS, SF-36, SCL-90, TRAIL, CPM, 15 parole di Rey). Il campione arruolato   suddiviso in due gruppi sulla base del cut off (8) del test HAMD. Il 70% dei casi ha presentato comorbidit  con disturbi depressivi di grado da lieve a moderato, non in trattamento psicofarmacologico.

I dati preliminari evidenziano in questo gruppo un significativo miglioramento della sintomatologia depressiva e della performance cognitiva.

Bibliografia

Ninot G. *Anxiety and depression in COPD: a review*. *Rev Mal Respir* 2011;28:739-48.

Celli BR, MacNee W, and committee members. *Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: ATS (American Thoracic Society)/ERS (European Respiratory Society) position paper*. *Eur Respir J* 2004;23:932-46.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00
SALA PINTURICCHIO

S22 - Aspetti problematici tra psicopatologia clinica e psicopatologia forense

COORDINATORE
V. Volterra

La pedofilia

E. Aguglia, N. Avelli, F. Magnano San Lio

AOU Policlinico "G. Rodolico", Vittorio Emanuele II, Catania, Dipartimento di Biomedicina Clinica e Molecolare, UOPI Psichiatria

Nel DSM-IV la pedofilia rientra nella categoria dei disturbi sessuali e dell'identità di genere, in particolare è inserita nel paragrafo delle Parafilie e indica l'attività sessuale con bambini prepuberi; per semplificare Blanchard nel 2010 suggerisce come criterio diagnostico unico una storia di atti sessuali che coinvolgano bambini. Il termine "ebefilia" è stato coniato per descrivere la preferenza erotica per giovani adolescenti (tra 11 e 14 anni) e lo stesso Blanchard nel 2009 suggerisce per il DSM-V l'utilizzo del termine più completo di "pedoebefilia". Mentre la pedofilia può limitarsi a fantasie e impulsi, i comportamenti pedofilici interessano sia la salute mentale che la autorità giudiziaria. Poco si sa sugli uomini che non hanno ancora commesso abusi sessuali sui minori, ma possono essere a rischio di farlo (*potential offenders*) e dei fattori che distinguono questi da coloro i quali commettono abusi sessuali su minori che non vengono riferiti alla autorità giudiziari (*Dunkelfeld offenders*), i quali rappresenterebbero il target preferenziale per la prevenzione primaria (Schaefer et al. 2010). Un possibile fattore di rischio remoto può essere individuato in una storia di abusi sessuali in età infantile, che trova fattori di rischio secondari che portano all'espressione del disturbo nella comorbidità con altre patologie psichiatriche e nell'abuso di sostanze (Fagan 2002). Joyal et al. nel 2007 hanno dimostrato la presenza di un particolare profilo neurocognitivo dei soggetti pedofili, con una correlazione tra QI ed età dell'abusato. Gli abusi sessuali sui minori possono essere perpetrati, inoltre, da soggetti non affetti da pedofilia e le ragioni perché questo si verifica sono discusse e possono comprendere il disturbo di personalità antisociale, l'abuso di sostanze o la mancanza di altre opportunità sessuali (Seto 2008). Fenomeno di recente insorgenza è quello della cyber pedofilia, in associazione con quello della pedopornografia. La frequenza e il tipo di pornografia fruita dipendono dalla personalità del soggetto, per Cohen (2002) in particolare con tratti di personalità compulsivo-aggressivi. L'uso della pedopornografia (Kingston 2008) costituisce un fattore di rischio maggiore per l'attuazione di comportamenti di abuso sessuale nei confronti di minori.

Metodi per la valutazione dell'attendibilità della testimonianza dei minori supposte vittime di abuso sessuale

S. Ferracuti

Unità di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso, Sapienza Università di Roma

L'attendibilità della testimonianza dei minori vittime di abuso sessuale è un enorme problema psicologico forense, con pareri che sono spesso basati su valutazioni meramente cliniche che, tuttavia, hanno rilevanti ripercussioni sul giudizio penale o civile concernente questi casi. Questo conduce a feroci confronti dibattimentali, dove è stimato che addirittura il 50% dei pareri siano errati. Diversi specificazioni della Corte di Cassazione sul ruolo dei consulenti, sull'esatto limite dei quesiti e sulle effettive facoltà che il consulente deve valutare non hanno liberato il processo, specialmente quello penale, dal fatto che il parere del consulente del PM, o del perito, spesso introduce nel processo un criterio rispetto alla autenticità del racconto del minore. Il fatto che queste valutazioni siano così squisitamente cliniche è fonte di non poche preoccupazioni da parte di esperti e giuristi, dal momento che i limiti del metodo clinico sono ben noti almeno dagli anni '50 e sono valide sia in quest'ambito, sia in ambiti diversi, come, per esempio, la predizione di pericolosità sociale.

Si presentano qui i risultati di diversi studi relativi: alle metodiche di intervista dei minori applicate dai consulenti in tribunale, alla validazione della scala di Gudjonsson, a quella di Bonn, entrambe metodiche validate per misurare il grado di suggestibilità dei minori e a un confronto tra le stesse.

Infine sono riportati i dati relativi a uno studio di validazione effettuato con la CBCA (*Criterion-Based Content Analysis*), uno strumento standardizzato di analisi dell'intervista rilasciata da un minore che rende testimonianza, la cui funzione è di discriminare tra racconti suppositamente immaginati e racconti basati su eventi effettivamente vissuti.

Disturbi del controllo degli impulsi

F. Carabellese, D. La Tegola

Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, DIMIMP, Università di Bari

La psicopatologia degli impulsi è stata oggetto di crescente interesse nella ricerca degli ultimi anni, sia per la necessità di approfondirne alcuni presupposti teorici, sia per impostarne adeguatamente diagnosi e terapia.

La quarta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of*

Mental Disorders (DSM-IV) include sei categorie tra i disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove: il disturbo esplosivo intermittente, la cleptomania, la piromania, il gioco d'azzardo patologico, la tricotillomania, il disturbo del controllo degli impulsi non altrimenti specificato.

In particolar modo emergenti sono patologie di dibattito inquadramento categoriale, come il gioco d'azzardo patologico (GAP), lo shopping compulsivo, la dipendenza da internet e l'atletismo compulsivo (Pallanti 2002). Caratteristica fondamentale comune a tali condizioni di interesse clinico è l'incapacità a resistere a un impulso o alla tentazione di compiere un'azione pericolosa per sé o per gli altri. Il soggetto avverte una crescente tensione o eccitazione prima dell'azione, quindi prova piacere o sollievo nel compierla, successivamente può avvertire rimorso, autoriprovazione, senso di colpa.

Nell'ambito delle recenti ricerche e tentativi di inquadramento nosografico, si è fatto sempre più ricorso a un modello dimensionale dell'impulsività, che la caratterizzasse quale fenomeno psicopatologico che interessa trasversalmente diverse categorie psichiatriche. Tali entità nosografiche sono associate spesso a condotte suicidarie, comportamenti violenti e aggressivi e anti-sociali, elevata morbilità e mortalità; sono inoltre spesso causa di disfunzioni familiari, sociali e lavorative e di ricorso alle risorse sanitarie, amministrative ed economiche.

La relazione tra aggressività e tratti impulsivi è una questione aperta. Impulsività e stati emozionali intensi spesso accompagnano i comportamenti aggressivi e individui aggressivi presentano difficoltà nel controllo degli impulsi, nella regolazione emotiva e deficit nella cognizione sociale². Tuttavia, non vi è necessariamente una correlazione tra comportamento impulsivo e aggressivo: il GAP, ad es., rientra tra i comportamenti impulsivi senza generare aggressività.

Attenzione particolare è rivolta, infine, alla compulsione sessuale. Alla base della sessualità consapevole e matura, ovviamente, una condotta con un partner consenziente³. Di norma la capacità a inibirsi rimane inalterata, specie quando si colgono segnali che vanno in direzione opposta dalla persona verso cui è indirizzato il desiderio sessuale. Diventa anormale, e patologica, quando non può essere disattesa, procrastinata, inibita, quando viene messa in atto senza alcun interesse nei confronti della persona verso cui è indirizzata⁴. I confini fra l'una e l'altra, tuttavia, non sempre sono di agevole delimitazione.

Se questo, dunque, è lo scenario generale di riferimento, ancora così nebuloso per certi versi, e indefinito nelle esatte dimensioni psicopatologiche che contano certe condotte, si comprende agevolmente come mai risulti così complessa la valutazione psichiatrico-forense di comportamenti che possono assurgere a fattispecie delittuose. Attraverso la proposizione di alcuni casi giunti alla loro osservazione quali esperti psichiatri-forensi, gli autori proveranno a tracciare un percorso diagnostico-valutativo sostenuto dalle evidenze.

Bibliografia

- ¹ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR), Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
- ² Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, et al. *Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression*. *Biological Psychiatry* 1997;41:1045-61.
- ³ Kimmel MS, Planta RF, editors. *Sexualities, identities, behavior and society*. New York: Oxford University Press 2004.
- ⁴ Small M. *Opposite directions: a story of sexual compulsion*. Lincoln, NE: iUniverse Inc. 2004.

I disturbi di coscienza

V. Volterra

Università di Bologna

Nella psicopatologia classica si è sempre data grande importanza ai disturbi di coscienza, intesa come vigilanza, substrato di ogni ambito esperienziale e come coscienza dell'io, nella sua continuità storica, nel suo rapporto con gli altri e con il mondo e nella tonalità egoica conferita a ogni pensiero od azione. Le più note nosografie (DSM-IV-TR e ICD 10) evitano di trattare i disturbi di coscienza come un settore specifico, per la loro difficoltà di definizione, laddove, su questi prendono posizione i trattati di psichiatria forense e di medicina legale, tanto che la giurisprudenza considera, di frequente, la possibilità di alterazioni qualitative e quantitative della coscienza, tali da incidere in vario modo sull'imputabilità.

Vengono, a tal proposito, illustrati, alcuni casi esemplari.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA BRAMANTE

S23 - Il continuum molecolare, cerebrale e comportamentale nella schizofrenia

COORDINATORI

M. Nardini, A. Bertolino

I tempi della terapia antipsicotica, studi traslazionali dalla sperimentazione alla clinica

A. de Bartolomeis

Unità di Psichiatria Molecolare e Farmacoresistenza in Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università "Federico II" di Napoli

Possono i farmaci antipsicotici indurre rapidi e persistenti e modificazioni del sistema nervoso centrale già nel trattamento in acuto?

Le modificazioni molecolari indotte dagli antipsicotici nel trattamento cronico sono sempre funzionalmente utili in termini terapeutici?

Esiste un emergente interesse per l'esplorazione delle conseguenze molecolari e citoarchitettoniche a breve e a lungo termine della terapia antipsicotica con rilevanti implicazioni sia per l'efficacia sia per l'insorgenza di effetti patomorfologici a livello del SNC.

Tale interesse promana dalle osservazioni seguenti:

1. la complessità dell'azione anti-psicotica non può essere riconducibile esclusivamente all'occupancy o blocco dei recettori dopaminergici D2 quantunque questo rappresenti l'evento probabilmente cruciale e il primo step del meccanismo d'azione degli antipsicotici;
2. multiple evidenze sperimentali indicano che già nel trattamento acuto con antipsicotici hanno luogo profonde e insospettite perturbazioni molecolari del sistema nervoso centrale, rimane irrisolta la questione se una o più di tali modificazioni rappresenti il meccanismo che setta lo scenario per sostenere nel tempo ulteriori modificazioni, ad esempio, dell'espressione genica e della citoarchitettura del sistema nervoso centrale determinando un effetto di amplificazione progressiva (*long wave effect*).

Un'interessante target per l'esplorazione di tale potenziale meccanismo è rappresentato dalla modulazione nel SNC dei geni precoci (*immediate early genes*), la cui funzione originaria di fattori di trascrizione è stata recentemente riconsiderata individuandone caratteristiche di maggiore complessità funzionale come molecole adattatrici e effettrici del segnale trasduzionale, in particolare a livello della densità postsinaptica.

Molecole quali arc, homer, norbin e altri effettori precoci del segnale trasduzionale hanno dimostrato possedere caratteristiche di attivazione temporale e topografica differenziali dopo trattamento acuto e cronico con antipsicotici e sono forti candidati a rappresentare le potenziali basi molecolari delle modificazioni indotte in tempi diversi dagli antipsicotici nel SNC.

Le implicazioni traslazionali dal laboratorio alla clinica degli effetti acuti e cronici sull'espressione genica degli antipsicotici hanno rilevanza pratica per la clinica

e in particolare per l'efficacia (o perdita di efficacia) nel tempo degli antipsicotici e per l'induzione di modificazioni patoplastiche con i relativi vantaggi o svantaggi in termini funzionali.

Associazione della variabilità genetica con manifestazioni biologiche e comportamentali nella schizofrenia

G. Blasi

Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università "Aldo Moro" di Bari

Evidenze sperimentali indicano che larga parte del rischio per schizofrenia è spiegato da fattori di ordine genetico. D'altro canto, la precisa identificazione di tali fattori è resa complessa dal fatto che i geni non codificano per fenotipi clinici complessi come quelli associati alla schizofrenia, ma per proteine, la cui grande distanza biologica dal comportamento espresso implica primariamente effetti sulle vie di *signaling* intraneuronali, e quindi sull'attività di *network* funzionali che sottendono correlati comportamentali di crescente grado di complessità. Ne deriva che un approccio metodologico utile per lo studio dell'associazione fra specifiche caratteristiche genetiche e la schizofrenia dovrebbe prevedere l'investigazione combinata dell'effetto della variabilità genetica su fenotipi sia neuronali, sia relativi alla funzione di *network* neuronali, sia comportamentali. Tale studio combinato potrebbe generare ipotesi patofisiologiche sulla schizofrenia che tengano conto del continuum che va dall'effetto dei geni al comportamento espresso. In questa relazione, saranno presentati esempi di tale approccio metodologico, con particolare riferimento a caratteristiche genetiche associate al segnale dopaminergico, la cui implicazione nella patofisiologia della schizofrenia è suggerita da consistenti dati di letteratura.

Alterazioni della connettività e psicopatologia nella schizofrenia

P. Rocca, M. Sigaudò

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Secondo le attuali teorie patofisiologiche, il nucleo patologico fondamentale della schizofrenia è un alterato controllo della plasticità sinaptica che si manifesta come un'anomala integrazione funzionale tra i sistemi neuronali (*dysconnectivity*). Gli studi elettroencefalografici hanno evidenziato differenti anomalie non-specifiche ma non sono stati evidenziati caratteristici pattern EEG. Tuttavia, le recenti applicazioni della teoria non lineare all'EEG hanno prodotto nuovi e interessanti strumenti di

ricerca. Un'applicazione dei metodi non-lineari all'EEG è costituita dal calcolo della complessità dimensionale del sistema, attraverso la "correlation dimension", che può essere interpretata come un indice della complessità (o flessibilità) del processamento delle informazioni. Sempre nell'ambito dell'analisi non-lineare dell'EEG, la trasmissione delle informazioni e la connettività funzionale fra aree cerebrali intra- e inter-emisferiche può essere investigata in maniera completa con l'ausilio della *mutual information analysis* (MI).

Recentemente abbiamo condotto uno studio, con lo scopo di indagare le variazioni della complessità e della connettività in pazienti affetti da schizofrenia (N = 17) e di confrontare tali variazioni con quelle che occorrono in controlli sani (N = 17). Nell'ambito di tale studio, abbiamo inoltre investigato le possibili correlazioni esistenti tra complessità-connettività e psicopatologia-funzioni cognitive. I risultati attualmente disponibili evidenziano che nei controlli sani è presente un aumento della complessità e della connettività cerebrale quando si passa da una condizione basale di riposo a condizioni di attivazione, che comprendono l'apertura degli occhi oppure l'esecuzione di un compito cognitivo. Tale variazione non risulta presente nei pazienti affetti da schizofrenia. I risultati dello studio suggeriscono, dunque, che l'analisi non lineare dei tracciati elettroencefalografici può costituire un valido strumento per studiare le alterazioni della connettività e della complessità presenti nei soggetti affetti da schizofrenia e per esplorare i meccanismi fisiopatologici del disturbo.

Approcci sperimentali alla conoscenza delle basi biologiche delle disfunzioni cognitive e metacognitive nella schizofrenia

R. Cavallaro, M. Bosia

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

È ormai dato assodato che buona parte dei deficit funzionali che si osservano nei pazienti affetti da schizofrenia possano essere ricondotti all'alterato funzionamento delle reti neuro-

nali frontali e frontotemporali e al controllo genetico di alcune funzioni. Negli ultimi dieci anni gli studi si sono occupati sempre più frequentemente di questo argomento non solo in termini euristici sulle origini della malattia, ma anche di spiegazione clinica delle differenze di outcome sia in termini di performance dei malati sia in termini di capacità di recupero funzionale. Sempre più frequentemente la letteratura riporta risultati collegati agli esiti clinici a predittori di risposta e in alcuni casi fonte di ispirazione di programmi clinici sia farmacologici che riabilitativi personalizzati. Verranno illustrati i risultati di letteratura e contributi originali sull'associazione di polimorfismi genetici alle *performances* cognitive e meta cognitive, riguardanti sia la neurotrasmissione dopaminergica (COMT) e serotoninergica (5HT1ar, HTTLPR), che varianti genetiche di proteine influenti su struttura, funzione neurotrasmissione cerebrale (GSK3 β , Saitoina), in una più ampia visione della genetica del funzionamento del lobo frontale. Tali polimorfismi sono risultati interagire nel determinismo delle abilità cognitive e funzionali e condizionare *performances* e risposte ai trattamenti.

Bibliografia

Bosia M, Anselmetti S, Bechi M, et al. *Effect of 5-HT1A-receptor functional polymorphism on Theory of Mind performances in schizophrenia*. Psych Res 2011;88:187-90.

Benedetti F, Poletti S, Radaelli D, et al. *Temporal lobe grey matter volume in schizophrenia is associated with a genetic polymorphism influencing glycogen synthase kinase 3-beta activity*. Genes Brain Behav 2010;9:365-71.

Bosia M, Anselmetti S, Pirovano A, et al. *HTTLPR functional polymorphism in schizophrenia: executive functions vs. sustained attention dissociation*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2010;4:81-5.

Bosia M, Bechi M, Marino E, et al. *Influence of Catechol-O-Methyltransferase Val¹⁵⁸Met polymorphism on neuropsychological and functional outcomes of classical rehabilitation and cognitive remediation in schizophrenia*. Neuroscience Letters 2007;417:271-4.

Porcelli S, Bosia M, Cocchi F, et al. *Effect of 5-HT1a and catechol-O-methyltransferase gene polymorphisms on negative symptom response to clozapine*. European Neuropsychopharmacology 2009.

Spangaro M, et al. *Effects of Catechol-O-Methyltransferase Val¹⁵⁸Met and Saitohin7r polymorphisms on cognitive functions in schizophrenia*. European Neuropsychopharmacology 2011.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA MASACCIO

S24 - La psicopatologia del panico e dell'agorafobia

COORDINATORI

G.P. Perna, P. Castrogiovanni

Dall'attacco di panico all'agorafobia: considerazioni psicopatologiche

P. Castrogiovanni

Università di Siena

L'AP non può considerarsi una semplice variante quantitativa delle esperienze di ansia o di paura, ma un vissuto qualitativamente diverso. La diversità viene individuata nell'esperienza di derealizzazione, improvvisa e accontestuale, che comporta una destrutturazione dello spazio e del tempo, categorie essenziali per gestire la realtà.

Le categorie spazio-temporali costituiscono l'impalcatura affettivo-cognitiva preriflessiva che svolge la sua funzione a livello profondo, fuori dal campo della consapevolezza e della razionalità: il suo crollo traumatizza drammaticamente la persona proprio perché essa non era consapevole della sua esistenza e non riesce a ricostruirla usando la razionalità e la ragione.

Questo sfuggire di mano dei parametri di controllo della realtà con conservazione dell'insight caratterizza l'esperienza dell'AP (e non ad esempio di altre evenienze molto più gravi sul piano somatico, come alcune patologie acute cardiache, cerebrali, ecc., che minacciano realmente la vita).

Questa analisi, che sottolinea il carattere terrifico dell'esperienza panica fondata sulla derealizzazione e sulla destrutturazione dei pilastri organizzativi della realtà, giustificherebbe le conseguenze dell'AP compresa l'agorafobia, vista non tanto come una problematica centrata sull'allontanamento, quanto piuttosto sulla separazione.

Dall'ansia di separazione all'attacco di panico: integrazione fra neuroscienze e psicopatologia

S. Pini, M. Abelli, C. Gesi, A. Cardini, L. Lari

Dipartimento di Psichiatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa

Il quadro sintomatologico tipico del disturbo d'ansia di separazione è caratterizzato principalmente da marcati livelli d'ansia in relazione al distacco, reale o immaginativo, dal partner o dalle principali figure di riferimento o dall'ambiente familiare. Nell'adulto questa 'sensibilità' alla separazione può avere un decorso instabile e ricorrente con esacerbazioni in presenza di minacce all'integrità delle relazioni personali, condizione questa che predispone particolarmente ad attacchi di panico e depressione ma che in realtà è sottesa da una marcata reattività e instabilità affettiva. Questi individui tendono a evitare di rimanere soli e si preoccupano facilmente al pensiero che qualcuno o qualcosa li possa allontanare da figure di riferimento. In questi casi, quindi, gli "attacchi di panico"

riferiti come "spontanei" e/o la depressione sarebbero in realtà manifestazioni secondarie alla paura della separazione o alla presenza di situazioni che tendono a mettere in pericolo i legami dell'individuo. In questi quadri, un ruolo importante, dal punto di vista neurobiologico, sembra essere svolto da alcuni neuropeptidi, in particolare l'ossitocina. Quest'ultima esercita un'azione neuromodulatoria di primaria importanza sul sistema limbico, con un coinvolgimento sia nei processi di attacco sia nei meccanismi che stanno alla base dei disturbi d'ansia e dell'umore. In questa relazione verranno esaminati i dati clinici e neurobiologici più recenti riguardanti i rapporti tra ansia di separazione e disturbi affettivi, con particolare riferimento al disturbo di panico.

Psicopatologia funzionale del disturbo di panico

G. Perna^{1,2,3}, R. Menotti¹, M. Piccinni¹, D. Caldirola¹

¹ *Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Villa San Benedetto Menni, Suore Ospedaliere, Albese con Cassano (Como);*

² *Faculty of Life Sciences, Health and Medicine, Maastricht University (NL);* ³ *Miller School of Medicine, Miami University (USA)*

Il disturbo di panico si presenta come un disturbo mentale complesso che si caratterizza per numerosi elementi psicopatologici che si integrano in maniera variabile da persona a persona. A una attenta analisi delle componenti psicopatologiche possiamo individuare nell'attacco di panico spontaneo il principio organizzatore del disturbo che nella quasi totalità dei casi è l'elemento psicopatologico su cui si organizzano tutti i comportamenti difensivi dell'individuo capaci di creare quelle limitazioni di vita e lo scadimento della qualità di vita che accompagnano queste persone. L'attacco di panico spontaneo si può presentare in diverse conformazioni, infatti accanto all'attacco classicamente descritto e facilmente riconoscibile, l'attacco di panico si può presentare come paucisintomatico, di lieve intensità. Possono infine presentarsi delle forme fruste che potremmo definire come "aborti" di attacchi di panico e "ombra" dell'attacco di panico che pur essendo assolutamente trascurabile di per se stesse nel quadro del disturbo sono elementi responsabili del mantenimento dei comportamenti difensivi che limitano l'autonomia e la libertà delle persone colpite da questo disturbo. Oltre a discutere questo aspetto verrà approfondito il ruolo della ipersensibilità all'inalazione di CO₂, della ridotta variabilità cardiaca e delle alterazioni posturografiche subcliniche come markers biologici della vulnerabilità al panico, il tutto nell'ambito di una teoria omeostatica dell'attacco di panico.

Il ruolo degli oppioidi endogeni nella patogenesi del panico

A. Troisi

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Roma Tor Vergata

La distinzione tra ansia e panico (che sottende la classificazione dei disturbi d'ansia fin dalla pubblicazione nel 1980 del DSM-III) ha trovato molteplici riscontri nella ricerca neurobiologica degli ultimi 10 anni. I meccanismi di mediazione neurochimica del panico sono certamente complessi e non possono essere ricondotti alla disfunzionalità di un solo sistema neurotrasmettitoriale. Comunque, tra i vari sistemi potenzialmente coinvolti, il sistema oppioidergico sembra giocare un ruolo di primo piano. Gli oppioidi endogeni regolano l'attaccamento sociale e la risposta alla separazione. L'ipotesi di un loro coinvolgimento nella vulnerabilità al panico è stata suggerita indipendentemente da Jaak Panksepp e Donald Klein. Panksepp ha documentato la specificità comportamentale e neurobiologica del panico come reazione alla rottura transitoria (separazione) o permanente

(perdita) dei legami affettivi e la modulazione di tale reazione da parte degli oppiacei e dei bloccanti del recettore mu per gli oppioidi endogeni come il naltrexone. Donald Klein ha integrato i dati sulla disfunzionalità oppioidergica nella sua ipotesi del panico spontaneo come falso allarme di soffocamento. L'insieme di questi dati depone per una condizione di diminuita funzionalità oppioidergica come fattore di vulnerabilità al panico. Nella presente relazione verranno presentati dei dati raccolti in un campione di 112 pazienti psichiatrici con varie diagnosi che dimostrano l'esistenza di un'associazione tra il polimorfismo A118G del gene OPRM1 che codifica per il recettore mu per gli oppioidi endogeni e lo stile di attaccamento spaventato. In linea con le previsioni dell'ipotesi oppioidergica, le varianti genetiche AA e G carrier erano associate con una diversa predisposizione all'attaccamento spaventato a seconda della qualità delle cure materne ricevute durante l'infanzia. Saranno discusse le implicazioni di questi dati per la comprensione delle differenze individuali nella vulnerabilità al panico in risposta a eventi traumatici di natura affettiva.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA PERUGINO

S25 - Stigma e psicopatologia

COORDINATORI

M. Rigatelli, E. Caffo

Strategic stigma change (SSC): five principles for social marketing campaigns meant to erase the prejudice and discrimination of mental illness

P.W. Corrigan

Illinois Institute of Technology, Chicago, USA

Strategic Stigma Change (SSC) are five principles and corresponding practices developed by advocate and research partnerships as a best practice to erase the prejudice and discrimination of mental illness AND to promote affirming behaviors and social inclusion. It specifically represents more than ten year of insights from the National Consortium on Stigma and Empowerment largely funded by NIMH during this time. SSC's five principles are targeted, local, credible, continuous, contact and were developed to inform the growth of large scale social marketing campaigns supported by governments and NGOs around the world. SSC is fully described here as are its implications for future social marketing efforts meant to address stigma. The need for evidence to determine its penetration and impact is also addressed.

Lo stigma "di cortesia" dei familiari delle persone affette da disturbi mentali

R. Roncone

Dipartimento di Scienze della Salute, Università de L'Aquila

Introduzione: le persone affette da schizofrenia e da altri disturbi mentali gravi sono stigmatizzate dalla società (Corrigan & Penn 1999; Farina 1998), ma lo stigma non colpisce solo le persone affette da disturbi mentali, ma anche i loro familiari (Yarrow 1955). Il processo per il quale una persona è stigmatizzata in virtù di un'associazione con un altro individuo stigmatizzato viene definito quale "stigma di cortesia" (Goffman 1963) o "stigma associativo" (Metha & Farina 1988).

Scopo: l'autore effettua una revisione con l'obiettivo di verificare se lo stigma di cortesia rappresenti una realtà ubiquitaria o più squisitamente legato alle culture occidentali. Del resto, gli studi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'International Pilot Study of Schizofrenia (OMS 1973; 1979) e il *Collaborative Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders* (Jablensky et al. 1992; Leff et al. 1992) hanno mostrato che alla ubiquitarietà della schizofrenia non corrispondono evoluzioni simili, ma che i contesti sociali determinano esiti sociali e clinici diversi.

Materiali e metodi: sono stati analizzati i principali database di letteratura biomedica, a partire dai primi studi pubblicati nel

1955, inserendo quali termini di ricerca "stigma", "famiglia", associazione familiari".

Risultati: a dispetto di un miglior esito dei disturbi mentali maggiori nei paesi non industrializzati, alla luce di studi piuttosto recenti, la vita dei familiari di persone affette da disturbi mentali non sembra trarre alcun vantaggio da contesti rurali tradizionali, non risultando esenti da stigmatizzazione (Shibre et al. 2001; Raguram et al. 2004; Kadri et al. 2004).

Conclusioni: lo stigma "associativo" o stigma "di cortesia" vissuto dai familiari di persone affette da malattie mentali gravi sembra rappresentare una realtà ubiquitaria, che sta progressivamente acquistando spazio nella letteratura scientifica.

Effetto dello stigma sull'accesso alle cure dei pazienti con disturbi mentali gravi

A. Fiorillo, V. Del Vecchio, D. Giacco, M. Luciano, C. De Rosa, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Introduzione: allo stato attuale, risulta quasi del tutto inesplorato l'impatto che lo stigma può esercitare sull'accesso alle cure dei pazienti con disturbi mentali gravi.

Metodi: lo studio è stato condotto in 30 centri di salute mentale selezionati con procedura randomizzata e stratificati per area geografica e densità di popolazione. In ciascun centro, sono stati reclutati 25 pazienti affetti da schizofrenia e altrettanti familiari-chiave, a cui è stato chiesto di compilare il questionario sulle opinioni rispetto ai disturbi mentali (QO).

Risultati: sono stati raccolti dati relativi a 709 pazienti e altrettanti familiari-chiave. I pazienti sono prevalentemente di sesso maschile (68%), non coniugati (80%), di cui solo il 18% con un lavoro. Il campione dei familiari è composto da soggetti di sesso femminile (71%), di età media di 57,1 (DS 12,6) anni, con un livello medio di scolarità di 7,2 (DS 4,0) anni, nel 28% dei casi con un lavoro. Nel 68% dei casi sono genitori dei pazienti. Il ricorso ai servizi di salute mentale è ritardato nei pazienti che vivono in centri piccoli, in coloro che sono a conoscenza della propria diagnosi e nei pazienti che vivono con familiari che hanno opinioni più restrittive sui diritti civili e affettivi dei pazienti con schizofrenia. L'accesso alle cure è, inoltre, rallentato se i familiari sono convinti che i pazienti con schizofrenia siano inguaribili, facilmente riconoscibili e tenuti a distanza dagli altri. I pazienti ritenuti imprevedibili dai propri familiari hanno un accesso più tempestivo ai servizi di salute mentale.

Conclusioni: i risultati di questo studio confermano che lo stigma può esercitare un effetto significativo nel ritardare l'accesso alle cure dei pazienti con schizofrenia e sottolineano la necessità di fornire informazioni appropriate sulle possibilità di cura della schizofrenia ai pazienti e ai loro familiari.

Scoop o stigma? La psicopatologia sui quotidiani dal 1950 a oggi

L. Pingani^{1,2}, S. Ferrari², V. Vinci¹, S. Catellani², G. Ziosi², M. Rigatelli²

¹ Azienda USL di Reggio Emilia; ² Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: i mass-media, e in particolare i quotidiani, rappresentano la fonte primaria di informazioni per la popolazione generale in merito alla salute mentale. Numerosi studi hanno documentato la presenza di una associazione tra la rappresentazione mediatica negativa delle persone affette da un disturbo psichiatrico e gli atteggiamenti stigmatizzanti della popolazione generale.

Metodi: utilizzando le banche dati biomediche "Pubmed" e "Current Contents" è stata effettuata una ricerca utilizzando le seguenti keywords: "Stigma", "Content analysis" e "Mental Health". Fra gli articoli ottenuti, sono stati presi in considerazione solamente quelli pubblicati dal 01/01/1950 al 31/12/2010 su riviste *peer-reviewed* in lingua inglese. Sono stati ulteriormente selezionati solamente articoli che utilizzassero, come metodologia statistica, la "Content analysis". Per ogni articolo sono state raccolte le seguenti informazioni: data di pubblicazione, rivista, periodo oggetto di studio, zona geografica del quotidiano oggetto di studio, parole chiave utilizzate, numero degli articoli analizzati, criteri di selezione degli articoli, categorie definite dalla "Content Analysis", metodologia utilizzata per l'omogeneità nei giudizi e conclusioni ottenute.

Risultati: sono stati presi in considerazione 21 articoli pubblicati tra il 1957 e il 2010. Le riviste da cui sono stati tratti più articoli sono l'"Australian and New Zealand Journal of Psychiatry" e lo "Psychiatric Bulletin" (4 articoli). La media di articoli giornalistici presi in considerazione da ogni pubblicazione è pari a 665 (DS: ± 1170). Solo in 17 pubblicazioni (81%) le categorie sono state individuate prima dell'analisi degli articoli dei quotidiani e solamente in 6 (29%) pubblicazioni i valutatori delle categorie sono stati formati adeguatamente. Solo 5 pubblicazioni (24%) hanno analizzato le variazioni presenti sullo stesso quotidiano in due momenti diversi.

Conclusioni: appare evidente come sia ancora necessario perseguire la riduzione di atteggiamenti stigmatizzanti presenti su quotidiani. In particolare si evince la necessità di utilizzare strumenti statistici adeguati e sensibili per la verifica di atteggiamenti stigmatizzanti nelle testate giornalistiche.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA BERNINI

S26 - La dimensione transnosografica dell'alessitimia

COORDINATORE

M. di Giannantonio

Alessitimia e schizofrenia

C. Maggini

Università di Parma

Dalla revisione della letteratura non emergono dati univoci relativi alla prevalenza dell'alessitimia negli schizofrenici, alla sua condizione di tratto o di stato e al suo ruolo patoplastico nella sintomatologia della schizofrenia.

Quanto acquisito indica tuttavia che l'alessitimia è più frequente negli schizofrenici con prevalente sintomatologia negativa rispetto a quelli con prevalente sintomatologia paranoide o indifferenziata e negli schizofrenici con sindrome deficit rispetto a quelli senza sindrome deficit; è un costrutto complesso con aspetti stato-dipendenti e tratto-dipendenti connessa alla vulnerabilità schizotropica, ma anche alla complessità cognitivo-affettiva della processualità schizofrenica.

Alessitimia, impulsività e capacità empatica nelle dipendenze

G. Martinotti, M. Di Nicola

Università "G. d'Annunzio" di Chieti

Per alessitimia si intende la difficoltà di identificare, descrivere e comunicare le emozioni. In questa relazione sarà presa in considerazione la correlazione esistente tra alessitimia e dipendenze patologiche. In un primo momento considereremo il rapporto esistente tra alessitimia e disturbo da uso di sostanze, nell'ambito del quale rimane aperta la questione circa il fatto che l'alessitimia sia un antecedente dell'abuso di sostanze, ovvero un fattore predisponente, oppure piuttosto una conseguenza del disturbo dovuto alla recente astinenza. In diversi studi la prevalenza dell'alessitimia nei soggetti con disturbo da uso di sostanze si è attestata mediamente intorno al 50%. Alla luce di ciò si può ragionevolmente sostenere l'ipotesi secondo cui i soggetti affetti da sindrome da dipendenza avrebbero difficoltà a esprimere, identificare o descrivere i propri vissuti emozionali e a discriminare gli stati emotivi dalle sensazioni corporee sottostanti.

Prenderemo, poi, in esame la correlazione esistente tra alessitimia e dipendenze comportamentali, con particolare attenzione agli studi che sono stati effettuati in tale campo e che riguardano essenzialmente il gioco d'azzardo patologico, l'*internet addiction disorder* e l'ipersessualità, dai quali si evince una correlazione significativa di questi con l'alessitimia.

Alla luce di quanto esposto, le dipendenze patologiche rappresentano una serie di condizioni dettate dall'incapacità di riconoscere vissuti emotivi, i quali, nell'impossibilità di essere regolati, verrebbero "attutiti" mediante l'uso di sostanze o il ricorso a peculiari comportamenti, nel tentativo disperato di regolare

un'emotività non mentalizzata e quindi spesso dolorosa. Secondo un'ipotesi alternativa, l'uso di alcol e sostanze, nonché il ricorso patologico a determinati comportamenti, quali il gioco d'azzardo patologico, l'uso eccessivo di internet e della tecnologia in generale, l'esercizio fisico strenuo, un eccessivo studio e lavoro, lo shopping compulsivo, ma anche le "abbuffate alimentari", possono essere interpretati come tentativi di "sentire le emozioni", tramite esperienze eccitanti. Si possono infine considerare tali forme di dipendenza come una strategia per migliorare la propria integrazione sociale la cui scarsità sarebbe indotta dall'incapacità di capire l'altro e il sé rispetto a esso. Infine sarà discusso il complesso costrutto dell'empatia e le sue declinazioni nel rapporto con l'uso di sostanze e la dimensione alessitimica.

Bibliografia

Caretti V, La Barbera D, Craparo G, et al. *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2005.

De Berardis D, D'Albenzio A, Gambi F, et al. *Alexithymia and its relationships with dissociative experiences and Internet addiction in a non-clinical sample*. *Cyberpsychol Behav* 2009;12: 67-9.

Dodes LM. *Addiction, helplessness, and narcissistic rage*. *Psychoanal Q* 1990;59:398-419.

Farges F, Corcos M, Speranza M, et al. *Alexithymia, depression and drug addiction*. *Encephale* 2004;30:201-11.

Di Nicola M, Tedeschi D, Cundari S, et al. *Empathy ability is impaired in alcohol-dependent patients*. *Am J Addict* 2009;18:157-61.

Spettro ansioso e alessitimia

D. De Berardis

Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "G. Mazzini", Azienda Sanitaria Locale, Teramo; Dipartimento di Neuroscienze ed Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" di Chieti

Il termine alessitimia, di derivazione greca, significa letteralmente "mancanza di parole per le emozioni". Il costrutto alessitimico si compone di quattro importanti caratteristiche: 1) difficoltà nell'identificare i sentimenti e nel distinguerli dalle sensazioni corporee che si accompagnano all'attivazione emotiva; 2) difficoltà nel descrivere agli altri i propri sentimenti; 3) processi immaginativi limitati, evidenziati dalla povertà delle fantasie; 4) stile cognitivo legato allo stimolo e orientato all'esterno. È ormai acclarato che la presenza dell'alessitimia può costituire il substrato su cui possono originarsi diversi disturbi psichiatrici, ivi inclusi i disturbi d'ansia, e può rappresentare uno dei fattori di automantenimento degli stessi. Lo scopo di questa relazione è dunque quello di analizzare le relazioni tra alessitimia e disturbi d'ansia, allo scopo di indagare le possibili ripercussioni

psicopatologiche e terapeutiche. Inoltre verranno presentati i risultati preliminari di uno studio longitudinale che ha valutato il tratto alessitimico in un campione di pazienti con disturbo d'ansia generalizzato (DAG).

Bibliografia

De Berardis D, Campanella D, Serroni N, et al. *The impact of alexithymia on anxiety disorders: a review of the literature*. *Curr Psychiatry Rev* 2008;4:80-6.

De Berardis D, Campanella D, Gambi F, et al. *Alexithymia, fear of bodily sensations, and somatosensory amplification in young outpatients with panic disorder*. *Psychosomatics* 2007;48:239-46.

De Berardis D, Campanella D, Gambi F, et al. *Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005;255:350-8.

La valutazione e il trattamento dell'alessitimia

V. Caretti

Roma

La *Toronto Structured Interview for Alexithymia* (TSIA)¹ è un'intervista clinica strutturata composta da 24 domande. La TSIA è stata sviluppata dal "Gruppo di Toronto" diretto da Graeme J. Taylor al fine di sopperire ai limiti applicativi della TAS-20, il questionario self-report maggiormente utilizzato in letteratura per la misurazione del costrutto di alessitimia. Nonostante sia stata costruita nel contesto specifico della ricerca sull'alessitimia, la TSIA – che è stata recentemente validata in Italia² – è uno strumento altamente valido e attendibile che può essere utilmente applicato in contesti diagnostici e di ricerca, su campioni clinici e non clinici, per la misurazione del costrutto più ampio di disregolazione affettiva. La TSIA è uno strumento diagnostico molto potente, soprattutto quando utilizzato da clinici esperti formati al suo utilizzo: essa, oltre a presentare caratteristiche psicometriche più che buone, è capace di esplorare in dettaglio l'esperienza emotiva dei pazienti e l'utilizzo che essi fanno delle emozioni nella loro vita intrapsichica e interpersonale. La locuzione "disregolazione affettiva" riguarda il deficit nella capacità di autoregolare e regolare interattivamente le emozioni, ed è presente a diversi livelli praticamente all'inter-

no di tutte le condizioni psicopatologiche: la TSIA permette di effettuare una valutazione qualitativa e quantitativa particolarmente accurata del quadro di disregolazione affettiva dell'individuo, e il suo utilizzo in ambito diagnostico da parte di clinici esperti può fornire indicazioni particolarmente utili per il successivo trattamento clinico.

Bibliografia

¹ Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA, et al. *The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: item selection, factor structure, reliability and concurrent validity*. *Psychother Psychosom* 2006;75:25-39.

² Caretti V, Porcelli P, Solano L, et al. *Reliability and validity of the Toronto Structured Interview for Alexithymia in a mixed clinical and non clinical sample from Italy*. *Psychiatry Res* 2011;187:432-6.

Gioco d'azzardo e paradigma del desiderio

A. Fiorentini

Roma

Da molti anni il gioco d'azzardo viene considerato, classificato e trattato come un disturbo psichico che ha assunto una dimensione e dignità autonoma. Considerato che la letteratura sull'argomento si esprime in maniera conformistica e univoca nel tratteggiare la natura patologica del problema, evidenziandone in modo, spesso amplificato, gli aspetti comportamentali, l'autore si impegna in un contributo originale, nel tentativo di aumentare l'ampiezza della questione e di dare luce a dinamiche, non evidenti, ma capaci di aiutare a comporre delle strategie terapeutiche più efficaci. Il lavoro trae spunto da un'esperienza clinica decennale in terapie integrate farmaco e psicoterapiche con follow-up costanti nel tempo. L'elemento messo in evidenza è la relazione tra sviluppo pulsionale del desiderio e la devianza assunta dallo stesso all'interno della condotta di azzardo, in questo caso "gioco d'azzardo patologico". Ne consegue un concetto di base per gli autori: un modello terapeutico non deve porsi la finalità di una riabilitazione adattativa del paziente all'esistente ma la possibilità di far emergere la singolarità, l'indicibilità, della sua storia.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA BORROMINI

S27 - Come e quando i trattamenti farmacologici influenzano il decorso delle malattie psichiatriche

COORDINATORI

R. Brugnoli, C. Vampini

Gli antipsicotici e la schizofrenia

R. Brugnoli

Seconda Facoltà, Ospedale "S. Andrea", Sapienza Università di Roma

Oggi l'asse portante della terapia della schizofrenia è rappresentato dalla farmacoterapia. Fin dalla sua prima introduzione nei primi anni '50 ha drasticamente ridotto il numero dei ricoveri dei malati schizofrenici, ha abbreviato i tempi di degenza, ha favorito il reinserimento nel contesto sociale e familiare dei malati e, soprattutto, ha ridotto la sofferenza soggettiva dei pazienti. Ciò ha reso più efficaci i programmi di riabilitazione, ha contribuito alla riduzione dello "stigma" sociale nei confronti dei malati affetti da schizofrenia e ha favorito la deistituzionalizzazione, la chiusura degli ospedali psichiatrici e il rinnovamento della legislazione psichiatrica. Da un punto di vista più generale, la farmacoterapia della schizofrenia ha riportato la malattia, nell'ottica degli psichiatri, dei medici e della popolazione, al contesto medico a cui appartiene. In questa chiave di lettura è possibile dire che l'avvento della terapia farmacologica abbia rappresentato un cut-off drammatico nel destino dei pazienti affetti dalla più grave e distruttiva malattia mentale. È possibile affermare che non esiste paziente affetto da schizofrenia al quale non venga proposto un trattamento farmacologico antipsicotico (più o meno moderno) in tempi relativamente brevi ed è parimenti possibile affermare che nessuno psichiatra moderno sa cosa significhi osservare il decorso naturale della malattia. Ovviamente la farmacoterapia della schizofrenia è ben lontana dall'essere soddisfacente come avviene, d'altronde, nella terapia delle malattie somatiche più gravi. Le remissioni totali sono ancora relativamente rare e i trattamenti vanno protratti per anni (spesso per tutta la vita) per prevenire le ricadute che, comunque, non possono essere annullate in tutti i casi trattati. Infine tutti i farmaci oggi a nostra disposizione inducono in varia misura e con differenti modalità effetti secondari indesiderati. La relazione verterà sul commento critico di questi dati.

Disturbo da deficit di attenzione e iperattività e comorbidità dal bambino all'adulto: i percorsi evolutivi

G. Masi

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

Il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) è una delle cause più frequenti di consultazione in neuropsichiatria infantile. Il quadro clinico è caratterizzato da iperattività,

impulsività e disturbo dell'attenzione, ma tale triade spesso è complicata nella storia naturale del disturbo da difficoltà scolastiche, difficoltà nelle relazioni sociali, abbassamento della autostima e disturbi comportamentali.

Almeno i 2/3 dei bambini con ADHD presentano un disturbo psicopatologico associato. Tale comorbidità può condizionare la fenomenologia, la gravità, la prognosi, il trattamento. Inoltre la comorbidità consente di definire alcuni sottotipi di ADHD dotati di relativa specificità, in termini di percorsi evolutivi e di suscettibilità a difficoltà di adattamento successive. Le associazioni di più frequente riscontro riguardano i disturbi delle condotte esternalizzate, cioè il disturbo oppositivo-provocatorio e soprattutto il disturbo della condotta. La associazione con quest'ultimo appare dotata di un forte valore prognostico, condizionando probabilmente la vulnerabilità verso un disturbo dissociale, in particolare nelle forme a più precoce insorgenza e con condizioni psicosociali più svantaggiate. La associazione con disturbi dell'umore di tipo depressivo appare riportata in modo molto difforme nelle diverse casistiche, essendo talora difficile la distinzione tra una vera depressione e la demoralizzazione frequente in bambini ADHD. La associazione con disturbo bipolare è particolarmente complessa, a causa della fenomenologia frequentemente atipica del disturbo bipolare in età evolutiva.

Il quadro clinico dell'ADHD può assumere caratteristiche diverse nelle diverse fasi della vita, in relazione all'effetto patoplastico dello sviluppo, ma anche in relazione ai trattamenti, alla loro tipologia e tempistica. Tali trattamenti possono avere come bersaglio sia la sintomatologia nucleare dell'ADHD, sia le comorbidità. Scopo di questa presentazione è quello di delineare la storia naturale dell'ADHD e delle sue comorbidità nelle fasi della vita, e di individuare come tale storia naturale possa essere influenzata dai trattamenti.

Benzodiazepine

G. Perugi

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

Pur essendo ampiamente riconosciuta l'efficacia in acuto delle benzodiazepine (BDZ) in un ampio range di condizioni mediche e psichiatriche, negli ultimi anni si è andata diffondendo l'opinione della necessità di una maggiore cautela nel loro impiego a lungo termine, soprattutto nei pazienti che hanno una storia presente o pregressa di abuso di alcol o sostanze. A fronte di questi mutamenti, le BDZ continuano a essere tra i farmaci maggiormente prescritti e utilizzati anche a lungo termine, non solo in psichiatria, ma nell'intera pratica medica. Le BDZ,

infatti, trovano ancora oggi una larga diffusione di impiego in quanto la rapida efficacia e ottima tollerabilità ne favoriscono l'utilizzo in acuto in molte situazioni cliniche. Inoltre, a fronte di un rischio di dipendenza elevato e di una tossicità cronica indiscussa, il rischio di sviluppare condotte abusive da dosi elevate, molto superiori a quelle terapeutiche, appare ridotto. Negli ultimi 30 anni, tuttavia, sono andati aumentando i dubbi se il trattamento a lungo termine con BDZ rappresenti effettivamente una pratica medica appropriata, con un rapporto favorevole costi-benefici. Queste preoccupazioni hanno condotto a intensa discussione circa l'opportunità del loro impiego, nei pazienti con disturbi d'ansia e dell'umore, con i quali questi farmaci interagiscono a formare quadri clinici complessi a decorso cronico e spesso resistenti ai trattamenti specifici. Nelle varie situazioni cliniche, il giudizio sull'opportunità di prolungare l'impiego delle BDZ si deve basare su una corretta valutazione del rapporto rischi/benefici. Tale approccio deve prendere in considerazione non solo se esistono fattori di rischio per lo sviluppo di dipendenza e ma anche le eventuali conseguenze di una intossicazione cronica sul decorso del disturbo trattato. In ogni caso è opportuno ricordare che nella maggior parte dei pazienti che utilizzano BDZ a dosi terapeutiche è possibile sospendere con successo questi farmaci, anche dopo anni di assunzione continuativa, con un trattamento a scalare corretto. In ogni caso una informazione adeguata del paziente e dei familiari sui rischi di dipendenza e di abuso può migliorare notevolmente la maneggevolezza di uso di questi farmaci.

Antidepressivi e disturbo bipolare

C. Vampini

Dipartimento per la Salute Mentale, Verona; Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università di Udine

Recenti dati epidemiologici hanno documentato che, all'interno del disturbo bipolare, la depressione rappresenta la quota di patologia più cospicua per quanto riguarda la morbilità, la mortalità e il grado di disfunzione psicosociale. A fronte di ciò, il riconoscimento della depressione bipolare e in particolare la

diagnosi differenziale con le forme unipolari appaiono problematici per tutta una serie di variabili cliniche, tra cui fondamentale risulta una sottodiagnosi di aspetti ipomanicali "soft", ignorati anche dai moderni sistemi diagnostici.

I trattamenti farmacologici impiegati nella depressione bipolare comprendono gli antidepressivi (AD), il litio, gli anticonvulsivanti e alcuni antipsicotici di seconda generazione. Una combinazione di questi composti, solitamente un antidepressivo e uno stabilizzatore dell'umore, è spesso necessaria per raggiungere una risposta ottimale. Peraltro, nella letteratura internazionale non vi è accordo sull'impiego corretto degli AD nella depressione bipolare, tanto nel trattamento degli episodi acuti, quanto nella prevenzione delle ricadute. Alcuni autori sostengono che l'esposizione dei pazienti agli AD dovrebbe essere ridotta il più possibile, alla luce di un possibile *switching* in mania o di un'accelerazione dei cicli. Altri evidenziano come gli AD siano efficaci nel trattamento sia a breve e a lungo termine della depressione bipolare, e che, almeno per quanto riguarda i nuovi composti, quali gli SSRI, la cosomministrazione di uno stabilizzatore dell'umore riduca i rischi di *switching* a livelli paragonabili a quelli ottenuti con lo stabilizzatore in monoterapia. Un trattamento non adeguato della depressione può comportare la permanenza di un elevato rischio suicidario e favorire la cronicizzazione dei sintomi. Sono necessari ulteriori studi di adeguate dimensioni per individuare strategie di trattamento efficaci e sicure soprattutto nel lungo termine.

Bibliografia

Gijsman HJ, Geddes JR, Rendell JM, et al. *Antidepressants for bipolar depression: a systematic review of randomized, controlled trials*. Am J Psychiatry 2004;161:1537-47.

Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR, et al. *Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression*. N Eng J Med 2007;356:1711-22.

Ghaemi SN, Wingo AP, Fikowski MA, et al. *Long-term antidepressant treatment in bipolar disorder: metaanalyses of benefits and risks*. Acta Psychiatr Scand 2008;118:347-56.

Tondo L, Vázquez G, Baldessarini RJ. *Mania associated with antidepressant treatment: comprehensive meta-analytic review*. Acta Psychiatr Scand 2010;121:404-14.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA RAFFAELLO

S28 - La psicoterapia interpersonale: recenti acquisizioni della ricerca e nuove indicazioni cliniche

COORDINATORE
S. Bellino

La psicoterapia interpersonale: nuovi adattamenti e nuovi risultati

E. Frank

University of Pittsburgh School of Medicine; Università di Siena

La psicoterapia interpersonale (*interpersonal psychotherapy* – IPT – Klerman et al. 1979) è nata per il trattamento della depressione unipolare, come una psicoterapia breve di 12-16 sedute settimanali. Negli anni successivi, sono poi stati sviluppati adattamenti per specifici sottogruppi di depressione e per altri disturbi. Questa presentazione illustrerà due adattamenti dell'IPT, pensati per due gruppi di pazienti depressi che sono di solito difficili da coinvolgere nel trattamento e da trattare: le donne incinte e le madri dei bambini con disturbi psichiatrici. Entrambi questi interventi sono basati su un altro adattamento dell'IPT: la psicoterapia interpersonale breve (IPT-B)¹, una terapia di soltanto 8 sedute.

Riconoscendo che per molte donne depresse che hanno un lavoro, una famiglia e una casa da gestire è molto difficile riuscire a dedicare tempo alla cura di se stesse, abbiamo sviluppato una terapia brevissima che sembra più fattibile per queste donne. L'obiettivo dell'IPT-B è quindi la risoluzione di un problema interpersonale relativamente piccolo ma affrontabile nell'arco di 8 settimane. Nell'IPT-B si fa un inventario interpersonale limitato ai rapporti attuali e ci si concentra strettamente sul problema scelto.

In questa relazione verranno prima descritti il rationale, gli obiettivi, e le strategie dell'IPT-B in generale e successivamente illustrate modifiche dell'IPT-B fatte per le donne incinte, specialmente quelle che mancano le risorse sia interpersonali che economiche, e per le madri dei bambini con i disturbi psichiatrici. Saranno inoltre presentati i risultati degli studi fatti fino a ora per testare questi due adattamenti dell'IPT.

Bibliografia

- Swartz H, Frank E, Shear MK, Thase ME, et al. *Brief interpersonal psychotherapy for depression in women: a pilot study*. *Psychiatr Serv* 2004;55:448-53.
- Grote NK, Bledsoe SE, Swartz HA, et al. *Culturally relevant psychotherapy for perinatal depression in low-income OB/GYN patients*. *Clinical Social Work* 2004;32:327-47.
- Grote NK, Swartz HA, Geibel SL, et al. *A randomized trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression*. *Psychiatr Serv* 2009;60:313-21.
- Swartz HA, Frank E, Zuckoff A, et al. *Brief interpersonal psychotherapy for depressed mothers whose children are receiving psychiatric treatment*. *Am J Psychiatry* 2008;165:1155-62.

Introduzione alla *interpersonal and social rhythm therapy* nel disturbo bipolare: esperienze cliniche e risultati della ricerca

L. Maggi

Pisa

La psicoterapia interpersonale e dei ritmi sociali (IPSRT) è un adattamento della psicoterapia interpersonale della depressione (IPT) al trattamento del disturbo bipolare.

L'IPSRT può essere schematizzata in due moduli principali rispettivamente mirati alla prevenzione delle fasi ipo/maniacali e alla gestione delle ricorrenze depressive. Nella fase iniziale del trattamento è prevista una parte psicoeducativa seguita da un intervento comportamentale principalmente focalizzato sulla regolarizzazione dei ritmi sociali e circadiani, impiegando una scala appositamente dedicata (*Social Rhythm Metric*). Parallelamente viene stilato il cosiddetto "inventario interpersonale", una revisione delle relazioni interpersonali più significative con l'intento d'individuare 1-2 aree problematiche interpersonali da affrontare nel corso della fase intermedia. Oltre alle quattro aree problematiche della IPT (lutto, contrasto di ruolo, transizione di ruolo e deficit interpersonale) è stato implementato un quinto focus denominato "lutto per la perdita del Sé sano", dove il paziente ha la possibilità di condividere il dolore per le limitazioni e le perdite causate dalla malattia.

Al momento, l'intervento è stato testato in due ampi studi controllati: il *Maintenance Therapies in Bipolar Disorder Study* (MTBD)¹ e il *Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder* (STEP-BD)². Nel MTBD i soggetti trattati con IPSRT nella fase acuta hanno mostrato una curva di sopravvivenza migliore nella fase di mantenimento a due anni rispetto ai pazienti trattati con *Intensive Clinical Management*. Pertanto, la maggiore regolarità dei ritmi sociali durante la fase acuta sembra un mediatore degli effetti della IPSRT nel periodo di mantenimento. Un'analisi degli stessi dati ha evidenziato un più rapido miglioramento del funzionamento lavorativo nel corso della fase di mantenimento nei soggetti trattati con IPSRT³. Nello STEP-BD, l'IPSRT e gli altri trattamenti psicosociali testati hanno evidenziato una remissione più rapida dalla depressione rispetto al *Collaborative Care*⁴.

Bibliografia

- Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, et al. *Two year outcomes for Interpersonal and Social Rhythm Therapy in individuals with bipolar I disorder*. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:996-1004.
- Sachs G, Thase ME, Otto MW et al. *Rationale, design, and methods of the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD)*. *Biol Psychiatry* 2003;53:1028-42.
- Frank E, Soreca I, Swartz HA, et al. *The role of interpersonal and so-*

cial rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. Am J Psychiatry 2008;165:1559-65.

⁴ Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, et al. *Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program.* Arch Gen Psychiatry 2007;64:419-27.

Adattamento della psicoterapia interpersonale al disturbo borderline di personalità: caratteristiche specifiche ed efficacia clinica

S. Bellino, P. Bozzatello, F. Bogetto

Centro per i Disturbi di Personalità, Struttura Complessa di Psichiatria 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Obiettivo: in alcuni studi recenti, la terapia combinata con psicoterapia interpersonale (IPT) è risultata superiore alla farmacoterapia singola nel trattamento di pazienti che manifestano un episodio depressivo maggiore nel corso del disturbo borderline di personalità (DBP). Nel 2005 Markowitz ha proposto un adattamento del modello interpersonale per applicare questa psicoterapia in modo specifico alla cura del disturbo borderline (IPT-BPD).

Per caratterizzare i pazienti per i quali questo modello di terapia presenta un'indicazione elettiva, si sono sviluppate ricerche volte a identificare i fattori predittivi di risposta.

In questa presentazione esporremo i risultati di due studi: il primo ha l'obiettivo di confrontare l'efficacia della terapia combinata con IPT- BPD con la farmacoterapia singola in pazienti con DBP senza comorbidità di Asse I o II; il secondo si propone di valutare se i meccanismi di difesa che contraddistinguono i pazienti borderline sono in relazione con la risposta terapeutica.

Metodo: sono stati reclutati pazienti ambulatoriali con diagnosi di DBP (DSM-IV-TR). Per quanto riguarda il primo studio, i pazienti sono stati assegnati a uno dei due tipi di trattamento per 32 settimane: fluoxetina associata all'IPT-BPD vs. fluoxetina e clinical management. Il campione è stato valutato al baseline, a 16 e a 32 settimane con CGI-S, HAM-D, HAM-A, BPD-Severity Index, SOFAS e SAT-P. Per quanto riguarda il secondo studio, i pazienti sono stati valutati con la REM-71 per i meccanismi di difesa e con il BPDSI al baseline e al termine di una terapia combinata di 32 settimane con valproato, olanzapina, o aripiprazolo in associazione all'IPT-BPD.

Risultati: i risultati indicano che la terapia combinata con IPT-BPD è più efficace per quanto riguarda i sintomi d'ansia, alcuni sintomi nucleari del DBP (relazioni interpersonali, instabilità affettiva e impulsività) e la percezione soggettiva della funzionalità psicologica e sociale. La risposta alla terapia combinata risulta in relazione diretta con alcune difese relativamente mature (repressione, sublimazione, spostamento e aggressione passiva) e in relazione inversa con due difese primitive (onnipotenza e ritiro).

Bibliografia

Markowitz JC. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender BS, editors. *Textbook of personality disorder.* Washington, DC: APA 2005, pp. 321-34.

Bellino S, Rinaldi C, Bogetto F. *Adaptation of interpersonal psychotherapy to borderline personality disorder: a comparison of combined therapy and single pharmacotherapy.* Can J Psychiatry 2010;55:74-81.

L'IPT nel lutto da suicidio: esperienze cliniche e di ricerca

P. Scocco

Clinica Psichiatrica - III Servizio Psichiatrico, Dipartimento di Salute Mentale, Progetto SOPRoxi, Padova

Il suicidio è un comportamento che colpisce profondamente l'opinione pubblica, rappresenta una perdita sociale ed economica per la comunità ed è un dramma per i sopravvissuti, ovvero i familiari e le persone che erano affettivamente legate al suicida.

Nonostante che a tutt'oggi non sia stata del tutto chiarita la peculiarità del lutto da suicidio, nei sopravvissuti il rischio di sviluppare un lutto complicato nel primo anno dopo un suicidio è del 30%³. Queste persone hanno inoltre un rischio elevato di sviluppare un episodio depressivo maggiore, un PTSD, altri disturbi d'ansia² e non ultimo di tentare a loro volta il suicidio¹. La possibilità che l'esperienza di lutto si complichino con disturbi così diversi comporta che l'approccio al sopravvissuto a un suicidio deve essere necessariamente diversificato, nei tempi e nei modi di operare.

Nei sopravvissuti da morti naturali o improvvise alcuni indicatori dell'evoluzione del lutto, come l'incredulità (della morte), la ricerca e il desiderio di riavere la persona morta, la rabbia e la depressione, si riscontrano più frequentemente intorno ai 6 mesi dal lutto⁴. Partendo da tale osservazione, qualora un sopravvissuto continui a presentare queste manifestazioni dopo tale periodo è necessario considerare l'ipotesi di un approfondimento diagnostico e un eventuale trattamento.

Tuttavia, nel lutto in generale e in quello da suicidio in particolare la possibilità di ottenere una risposta a una richiesta di aiuto anche in una fase molto precoce del percorso di lutto potrebbe avere delle conseguenze positive.

Un altro elemento che è emerso dalle ricerche epidemiologiche e cliniche con i sopravvissuti sin qui condotte è la bassa percentuale di soggetti che accetta di partecipare a studi o progetti a loro dedicati. Considerando inoltre che in recenti review⁵ è stato sottolineato che ci sono pochissime evidenze che confermino il bisogno di un trattamento da parte dei sopravvissuti, ma in particolare che non si conosce abbastanza su chi siano i sopravvissuti che hanno bisogno di un trattamento e di quale trattamento hanno bisogno, abbiamo ipotizzato che un approccio orientato ai bisogni personali e alle caratteristiche del singolo sopravvissuto dovrebbe portare a un migliore esito e a una riduzione dei drop-out.

In questa relazione verrà quindi illustrata la metodologia utilizzata e i risultati ottenuti dal progetto SOPRoxi (www.soproxi.it)⁶, un progetto dedicato ai familiari e amici di persone che si sono suicidate.

Bibliografia

¹ Agerbo E. *Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide or other modes of death: a gender specific study.* J Epidemiol Community Health 2005;59:407-12.

² Brent DA, Perper JA, Moritz G, et al. *Posttraumatic stress disorder in peers of adolescent suicide victims: predisposing factors and phenomenology.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34:209-15.

³ de Groot M, de Keijser J, Neeleman J, et al. *Cognitive behaviour*

therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2007;334:994.

⁴ Maciejewski, Zhang B, Block SD, et al. *An empirical testing of the stage theory of grief resolution*. *JAMA* 2007;297:716-23.

⁵ McDaid C, Trowman R, Golder S, et al. *Intervention for people bereaved through suicide: a systematic review*. *Br J Psychiatry* 2008;193:438-43.

⁶ Scocco P, Frasson A, Costacurta A, et al. *SOPROxi: a research-intervention project for suicide survivors*. *Crisis* 2006;27:39-41.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA TINTORETTO

S29 - Psicopatologia della vita amorosa

COORDINATORE
C. Maggini

Ambiguità del “delirio di amore”

A. Ballerini

Clinica Psichiatrica, AOU Careggi, Firenze

Dallo studio di una paziente delirante d'amore e seguita in continuità dall'autore per quindici anni, si prende lo spunto per una rivisitazione della sindrome descritta da Clérambault come “erotomania” nella sua forma “pura”, nella quale il tema dell'amore – declinato secondo quei tratti che Clérambault indicava come “postulati” – è l'essenza del delirio, e non un contenuto nel contesto di disturbi psicotici polimorfi. Si esaminano i contributi successivi nei confronti della autonomia nosografica della sindrome e il problema dei “deliri psicogeni” e del loro essere per la tradizione psicopatologica jaspersiana una *contradictio in adjecto*.

La passione, che, parafrasando Clérambault, è lo “zoccolo” sul quale si eleva la statua del delirio erotomanico, è forse più che l'amore una stenica orgogliosa protesta nella quale è stato fin dall'inizio sottolineato un “ardore” vicino alla maniacalità.

Il delirio d'amore, di essere amate, pone il problema della possibile comprensione tematica e genetica e assieme della incomprendibilità formale. Dal punto di vista della psicopatologia antropofenomenologica è un non senso parlare di “amore”, visto che il *modus amoris* (L. Binswanger) si incentra sulla dualità e reciprocità di un io e di un tu, che realizza la forma più autentica di esistenza; all'opposto del delirio che confina la persona in un mondo senza reciprocità, ove è smarrita la possibilità di una autentica relazione io-tu. Tuttavia bisogna distinguere l'innamoramento dall'amore, considerando le valenze solipsistiche che possono permeare il primo, e valutare la oscillazione fra modalità di “rivelazione” o invece di “conferma”, che può strutturare il convincimento erotomanico nel confrontarsi con l'orizzonte dei possibili significati mondani, avvicinandolo all'ambiguo spettro della paranoia.

La gelosia morbosa

V. Volterra

Università di Bologna

La gelosia, dolorosa coscienza di frustrazione; passione vissuta con angoscia, collera, dispetto; sofferenza esasperata dell'immagine di un rivale reale o presunto, in grado di allontanare da sé il proprio oggetto d'amore, può far parte dell'esperienza umana normale. Tuttavia, talora si presenta con caratteristiche “sui generis” in differenti forme morbose: da sentimenti prevalenti ed esclusivi in soggetti con disturbi gravi di personalità a forme ossessive-compulsive, fino a veri e propri deliri. Non solo, ma con caratteristiche psicotiche, può comparire anche in relazione a patologie cerebrovascolari, involutive, degenerative o tossiche, tra le quali, soprattutto, l'alcoolismo cronico. Vengono riportate alcune esemplificazioni di gelosia morbosa e dei correlati psichiatrico-forensi che ne possono derivare, compresi alcuni aspetti particolari quali quelli di gelosia “on line” e di stalking.

Psicopatologia dell'“amore liquido”

R. Dalle Luche

Dir. UO SPDC ASL 1 Massa e Carrara

La grande fortuna delle idee del sociologo Zygmunt Bauman fanno da specchio alle trasformazioni epocali degli ultimi decenni, in particolare l'enorme sviluppo della comunicazione via web, con la creazione dei *social networks* e dei siti di incontri. “Amore liquido” è la fortunata metafora usata da Bauman per indicare la progressiva sostituzione del concetto di “relazione” con quelli di “connessione” e di “contatto”, soprattutto per quanto riguarda i rapporti che implicano la sessualità. Si assisterebbe, cioè, non solo a una crisi delle istituzioni che tradizionalmente regolano la vita coniugale e le convivenze, ma a

una nuova normalità fatta di rapporti effimeri, occasionali, privi di reciprocità, escludenti la dipendenza e l'impegno, addirittura a un pregiudiziale rifiuto del concetto di relazione continuativa in quanto minaccia della propria identità personale. Non vi è più niente di "solido" in questo campo, tutto è vissuto all'insegna della *soddisfazione istantanea* e dell'inseguimento delle situazioni ipoteticamente più appaganti (un tempo associate esclusivamente alla temporalità *intra-festum* – Bin Kimura – dei "borderline"), tanto che si ipotizza un rovesciamento del tradizionale ruolo inibitorio del Super Io in quello di imperativo di *Godimento* (Slavoj Žižek), e mostra in trasparenza profonde angosce nichilistiche e di morte.

Le descrizioni sociologiche di questi mutamenti del costume non prendono in considerazione i correlati psicologici e psicopatologici di questi "nuovi" comportamenti, quali il predominio degli aspetti fantasmatici su quelli reali, cui conseguono reiterate disillusioni e delusioni, l'esclusione dei tempi del corteggiamento, la svalorizzazione dei sentimenti e in generale degli affetti di legame, la negazione delle ansie di separazione, del lavoro del lutto, l'intolleranza della presenza del partner, l'ego-sintonica accettazione dell'assenza di affidabilità, progettualità e di infuturazione interpersonali.

Molti pazienti sono al contempo assidui utilizzatori dei *social networks* e dei siti di incontri e più in generale la pratica clinica mostra in varie forme le intense sofferenze correlate all'"amore liquido". Il carattere effimero e illusionale dei legami affettivi e sentimentali crea crescenti conflittualità rispetto ai figli e alle famiglie di origine e dà origine a svariate tipologie psicopatologiche: dai tentativi di suicidio (che dal *data base* del ns reparto sono nella grande maggioranza legati alle separazioni improvvise e impreviste e ai tentativi di ricongiunzione), alle reazioni ansiose e depressive, ai comportamenti abnormi legati ai tentativi di ricongiunzione o di rivendicazione (stalking, comportamenti para-persecutori e vendicativi), alle organizzazioni personologiche chiuse in un narcisismo estremo e inaccessibile a ogni intervento terapeutico o mutativo.

La psicopatologia dell'affettività richiede quindi una re-visione dei suoi organizzatori in considerazione dell'immensa "sperimentazione sociale" in atto, dal cambiamento dei riferimenti normativi, e impone un'analisi di quali strutture affettive garantiscano il maggior benessere (o il minor malessere) soggettivo. Le domande di fondo sono: 1) può la comunicazione virtuale sostituire quella reale? 2) può l'uomo fare a meno del *ricoscimento affettivo dell'altro*, della reciprocità, dell'affidabilità, della progettualità interpersonale?

L'amore asimmetrico *Bad Little Girls*

C. Maggini

Università Parma

Un personaggio, in stile *little girl* appare sempre più spesso nella pubblicità e nelle riviste patinate, affiora dai palinsesti televisivi e nei *megastores*, ma vive ormai nelle strade di molte città: ha la voce di bambina, lo sguardo attonito e sospeso, un viso imbronciato, un'espressione di vago tedio forse di attesa, un sorriso ambiguo e indecifrabile, gli atteggiamenti sapientemente scomposti, invitanti, seduce con il suo sguardo sospeso e sfuggente. La moda e i mass media guardano disinvoltamente al primo, aurorale, apparire dell'eros e hanno assunto un ruolo significativo nella precoce erotizzazione delle adolescenti. In *"The Lolita Effect"* (1980) Gigi Durham, docente di psicologia all'Università di Iowa, ha fornito esempi di questa precoce sessualizzazione delle *young girls* a opera dei mass media per trasformare le fanciulle in "esca sessuale" e sfruttare il loro erotismo e la loro sessualità a fini di mercato.

Una lettura sociologica delle *bad little girls* è comunque riduttiva. Le *bad little girls* (Calasso) vengono da lontano, sono dee pagane, Ninfe; inquietanti ed erotiche hanno attraversato tutta la cultura del mondo occidentale, capaci di affascinare e di sconvolgere l'anima con il loro potere di seduzione che, come ricorda Baudrillard (1980), altro non è che sedizione, sovversione dell'ordine, messa in questione di consolidati punti di vista, sradicamento, trascinamento in un altrove, rapimento mentale. L'ultima delle molte celebrazioni letterarie della Ninfa è la Lolita di Nabokov, storia di un ninfolettico, il professor Humbert Humbert, "cacciatore incantato" che entra nel regno delle Ninfe seguendo un paio di calzini bianchi e di occhiali a forma di cuore.

Ma anche il mondo culturale occidentale del XIX e XX secolo è popolata di illustri *nympholeptoi*. Solo qualche esempio: Aby Warburg, Martin Heidegger, Carl Gustav Jung, Enrik Ibsen, Emil Cioran, Johann Wolfgang Goethe, Auguste Rodin.

In loro diverse e ibride furono le configurazioni della possessione ninfolettica, ma pur sempre consonanti al mito: fervore intellettuale in tutti, follia in Warburg, rapace egotismo in Heidegger, Jung, Rodin e metamorfosi della *Weltanhangung* in Goethe, Ibsen e Cioran. Tutti comunque nel loro incontro con la ninfa lasciarono dietro di loro brandelli di una multiforme identità e disgelarono i limacciosi fondali e il "cuore di tenebra" della loro anima.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA PINTURICCHIO

S30 - Psicopatologia e *recovery* nei disastri naturali

COORDINATRICE

R. Roncone

Connettività funzionale nell'elaborazione delle emozioni in soggetti con disturbo post-traumatico da stress

M. Mazza

Dipartimento di Scienze della Salute, Università de L'Aquila

Introduzione: il disturbo post-traumatico da stress (DPTS) è una sindrome che include diversi sintomi d'ansia, quali eccessivo aumento di attivazione, appiattimento affettivo, flashback.

Le conoscenze sul substrato neurale di questo disturbo attualmente considerano alcune strutture del circuito cortico- limbico note come siti critici per la risposta a stimoli emozionali, in particolare l'amigdala, l'ippocampo, l'insula, il putamen e la corteccia prefrontale.

Diversi studi con risonanza magnetica funzionale (fMRI) hanno evidenziato una iperattivazione delle aree frontali e limbiche in risposta a stimoli (immagini, suoni, video ecc) a contenuto emozionale negativo e neutro in pazienti con DPTS.

Il presente studio ha lo scopo di verificare l'ipotesi che, in pazienti con DPTS, si verifichi una esagerata attivazione delle aree limbiche in presenza di stimoli a elevato contenuto emozionale negativo e neutro.

Materiali e metodi: dieci soggetti con DPTS, sopravvissuti al terremoto del 6 aprile 2009 a L'Aquila fisicamente sani, e 10 volontari sani selezionati per età e istruzione, sono stati sottoposti a fMRI durante la visione di stimoli a contenuto emozionale neutro e negativo (IAPS).

Il DPTS è stato diagnosticato in base ai criteri del DSM-IV-R (APA 2000).

Le immagini funzionali sono state acquisite utilizzando un apparecchio da 1.5T (GE, Signa Horizon); il contrasto BOLD è stato ottenuto con sequenze EPI.

Il paradigma sperimentale è stato somministrato utilizzando SuperLab.

L'analisi delle immagini è stata eseguita utilizzando BrainVoyager QX, Versione 1.10.1.

Risultati: il gruppo di controllo mostra una maggiore attivazione dell'amigdala in risposta a stimoli a contenuto negativo. Al contrario, abbiamo osservato un'attivazione bilaterale dell'insula nel gruppo dei soggetti con DPTS in risposta a stimoli emozionali negativi. Inoltre nel gruppo dei pazienti si osserva una correlazione statistica tra la severità dei sintomi di DPTS e l'attivazione delle aree limbiche durante l'elaborazione di stimoli a contenuto emozionale negativo e neutro.

Conclusioni: dai risultati del presente studio, in linea con studi precedenti, è possibile suggerire che nei pazienti con PTSD si osserva una alterazione della connettività funzionale nell'attivazione di aree cerebrali responsabili del processamento delle emozioni. La comprensione dei correlati neurali in risposta allo stress acuto e cronico è di fondamentale importanza per la diagnosi e la pianificazione di un corretto intervento terapeutico e riabilitativo.

Front-line recovery work after hurricane katrina: health effects of race, class, and gender power relations*

L. Weber

Department of Psychology and Women's and Gender Studies, Barnwell College, University of South Carolina, Columbia, USA

By disrupting the routine practices and social structures that support social hierarchy, disasters provide a unique opportunity to observe how gender, race, and class power relations are enacted and reconstituted to shape health inequities. Using a feminist intersectional framework, we examine the dynamic relationships among a government/corporate alliance, front-line disaster recovery workers, and disadvantaged residents in Mississippi Gulf Coast communities in the aftermath of Hurricane Katrina, which struck in August 2005. As a part of a larger study of recovery processes after Hurricane Katrina, data for this presentation were collected between January 2007 and October 2008 through field observations, public document analysis, and in-depth interviews with 32 front-line workers representing 27 non-governmental, nonprofit community-based organizations. Our analysis reveals how power relationships among these groups operated at the macro-level of the political economy as well as in individual lives, increasing health risks among both the disadvantaged and the front-line workers serving and advocating on their behalf. Socially situated as *outsiders-within*, front-line recovery workers operated in the middle ground between the disadvantaged populations they served and the powerful alliance that controlled access to essential resources. From this location, they both observed and were subject to the processes guiding the allocation of resources and their unequal outcomes. Following a brief period of hope for progressive change, recovery workers became increasingly stressed and fatigued, particularly from lack of communication and coordination, limited resources, insufficient capacity to meet overwhelming demands, and gendered and racialized mechanisms of marginalization and exclusion. The personal and collective health burdens borne by these front-line recovery workers – predominantly women and people of color – exemplify the ways in which the social relations of power and control contribute to health and social inequities.

* This research was supported by the National Science Foundation under Grant CMMI-0623991. Any opinions, findings, and conclusions or recommendations expressed in this material are those of the authors and do not necessarily reflect the views of the National Science Foundation.

Cognitive-behavioral therapy for post-traumatic stress disorder

J. Gottlieb

Dartmouth Psychiatric Research Institute, USA

Studies have shown that following a natural disaster, such as Hurricane Katrina in the US or the Terremoto in L'Aquila, Italy, persons involved experience a range of distressing emotional and behavioral reactions: including post-traumatic stress symptoms, depression, increased vulnerability to stress and anxiety, as well as functional difficulties in work or relationships. Despite the prevalence of these post-traumatic types of reactions, there are currently very few treatments for disaster survivors designed to address these effects in the long-term. To address this important need, our group has developed and tested a broad approach to assist people with post-disaster distress. Based on empirically-supported Cognitive-Behavioral Therapy principles, this intervention: "CBT-PD", was initially developed following the September 11, 2001 terrorist attacks in New York and used effectively following the 2004 Florida Hurricanes as well as Hurricane Katrina in New Orleans. CBT-PD is a 10-session intervention aimed primarily at identifying and challenging maladaptive disaster-related beliefs. The background for the development of CBT-PD will be discussed, as will empirical support for this treatment, along with components of this intervention and new project development with colleagues in L'Aquila for work post-Terremoto.

Fattori predittivi di recovery nel progetto SPES (supporto psicosociale emergenza sisma)

R. Roncone

Dipartimento di Scienze della Salute, Università de L'Aquila

Introduzione: la valutazione delle reazioni acute da stress e delle risposte psicopatologiche che seguono immediatamente un evento catastrofico, quale un terremoto, è essenziale per attuare

interventi precoci e prevenire conseguenze psichiche a lungo termine. Scopo del nostro studio era quello di valutare la sofferenza psichica e l'eventuale presenza di un Disturbo Acuto da Stress (ASD) tra gli utenti che a seguito del terremoto dell'Aquila del 6 aprile 2009 si sono rivolti per consulenza psichiatrica al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a direzione universitaria dell'Ospedale S. Salvatore. Sono stati indagati i predittori di ASD e di ASD sotto-soglia (variabili socio-demografiche., strategie di *coping*, variabili pre e post-evento traumatico).

Materiali e metodi: nelle prime 4 settimane successive all'evento catastrofico, 122 soggetti sopravvissuti al terremoto, sono stati valutati con una specifica check-list relativa all'evento traumatico; sono stati somministrati i seguenti strumenti *Stanford Acute Stress Disorder Questionnaire* (SASDQ) per il rilevamento dell'ASD sulla base dei criteri del DSM-IV, il GHQ-12 e un questionario di valutazione delle strategie di *coping* (*Brief Cope*, BC).

Risultati: a fronte di alti livelli di distress (GHQ-12 ≥ 20) riscontrati nel 65,6% dei soggetti, solo 6 (4,9%) potevano essere considerate affetti da ASD, mentre 48 utenti (39,3%) potevano essere considerate affetti da ASD sotto-soglia, mostrando alla SASDQ almeno un sintomo positivo su ognuno dei criteri del DSM-IV.

I risultati della regressione logistica, che includeva sia i casi di ASD che i casi di ASD sotto-soglia, indicavano che tra i soggetti che avevano richiesto consulenza psichiatrica in ospedale aver riportato danni fisici a causa del terremoto, la mancanza di privacy legata all'aver dovuto abbandonare la propria abitazione, l'essere gravemente stressato a livello psicologico, e mostrare uno stile di *coping* basato sul "disimpegno comportamentale" o sulla "negazione" erano associati alla sintomatologia ASD. L'adozione di uno stile di *coping* basato sul "supporto strumentale" o sull'"Accettazione" sembrava ridurre significativamente la possibilità di essere colpito dalla sintomatologia ASD.

Conclusioni: dai risultati del presente studio, è possibile suggerire che deve essere prestata attenzione anche ai soggetti sopravvissuti a eventi catastrofici con sintomatologia sotto-soglia ADS, con particolare riferimento a quelli che rifiutano di accettare la modificata realtà a seguito dell'evento traumatico.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA BRAMANTE

S31 - Dimensioni psicopatologiche e non adesione alle cure

COORDINATORE

A. Tundo

Dimensioni psicopatologiche e non adesione alle cure nella schizofrenia

C. Niolu

Dipartimento di Neuroscienze, Università Tor Vergata di Roma

La non aderenza alle terapie è un fenomeno comune e di difficile risoluzione nei pazienti affetti da schizofrenia, si calcola

che circa il 50% di questi pazienti assuma meno del 70% della posologia prescritta. I fattori che contribuiscono al rifiuto o alla precoce interruzione delle terapie includono lo scarso insight, le convinzioni negative riguardo i farmaci, gli effetti collaterali, l'abuso e la dipendenza da sostanze, il numero e la durata delle precedenti ospedalizzazioni, l'assenza di un caregiver. Le dimensioni psicopatologiche implicate nella non aderenza riguardano la sintomatologia psicotica, il comportamento disor-

ganizzato, l'ansia, la depressione. Gli interventi per migliorare l'aderenza consistono nell'accrescere la consapevolezza di malattia, informare riguardo la cronicità della malattia e la necessità di una terapia prolungata, coinvolgere il paziente nelle scelte terapeutiche. La scelta del farmaco è un momento critico in cui il medico deve pianificare una strategia che limiti gli effetti collaterali e procuri una migliore qualità della vita e un benessere soggettivo che può derivare da miglioramenti sintomatologici in caso di insonnia, ansia e depressione. L'uso di antipsicotici depot si potrebbe rivelare utile per potenziare l'aderenza e fornire al medico informazioni attendibili sul dosaggio terapeutico assunto, allo scopo di eventuali aggiustamenti posologici o modifiche farmacologiche in caso di ricaduta. Nello studio sull'aderenza dell'Università di Tor Vergata, la terapia farmacologica e gli effetti collaterali non sono risultati predittori statisticamente significativi di non aderenza nel campione di pazienti schizofrenici, i dati di questo studio hanno mostrato inoltre che la presenza di un caregiver affidabile, l'attitudine verso i farmaci, la dipendenza e l'abuso di sostanze erano predittori statisticamente significativi di aderenza. Potrebbe essere utile valutare altre dimensioni psicopatologiche, tratti di personalità, stili di attaccamento come predittori di aderenza. Nello studio di Tor Vergata sono emersi dati interessanti relativi a tali dimensioni psicopatologiche nel campione di pazienti bipolari con sintomi psicotici.

Dimensioni psicopatologiche e non adesione alle cure nei disturbi bipolari

A. Tundo

Istituto di Psicopatologia, Roma

Una recente revisione della letteratura ha stimato che il 42% dei pazienti con disturbo bipolare rifiuta o interrompe precocemente le cure (Goodwin e Jamison, 2007) con ricadute negative in termini di evoluzione della malattia, sofferenza personale e familiare e costi sociali. Se confrontati con quelli relativi alla schizofrenia, a oggi sono scarsi gli studi che hanno valutato le cause della non adesione alle cure nei disturbi bipolari e l'attenzione è stata rivolta principalmente ai potenziali effetti secondari dei farmaci, ai fattori ambientali e alla qualità del rapporto medico-paziente. L'esperienza clinica, invece, insegna che l'accettazione/non accettazione delle terapie è condizionata anche da fattori individuali, di natura clinica, psicologica e psicopatologica. Per esempio, è osservazione comune che le persone giovani e/o all'inizio della malattia tendono a rifiutare diagnosi e trattamento profilattico, salvo poi cambiare atteggiamento nel tempo, dopo aver sperimentato ulteriori recidive e relative conseguenze. Jamison et al. (1979) hanno individuato 10 convinzioni alla base del rifiuto di seguire una terapia con sali di litio che, nell'ordine, sono: non tollerare l'idea che il proprio umore sia controllato da un farmaco, non riconoscere di essere euforico, sentirsi depresso, non accettare l'idea di soffrire di una malattia cronica, sentirsi bene e quindi non avere bisogno di farmaci, sentirsi meno interessante agli occhi degli amici, perdere la creatività o la produttività, sentirsi meno interessante agli occhi del partner. Per quanto riguarda le dimensioni psicopatologiche, la non adesione alle cure è risultata correlata alla presenza (in atto e/o *lifetime*) di umore euforico, idee o deliri di grandezza, mania monopolare, mania con

sintomi psicotici, inadeguata/assente consapevolezza di malattia. La mancanza di insight, a sua volta, è più frequente nei pazienti giovani, di sesso maschile, con breve durata di malattia, con episodi psicotici o con disturbo bipolare II. Infine, il rifiuto delle cure è più frequente in caso di comorbidità con abuso di alcol/sostanze o con disturbi di personalità (Perlick et al. 2004). Questi ultimi svolgerebbero un'azione negativa anche indiretta perché correlati a fattori che riducono l'adesione alle cure come scarsa perseveranza, abuso di sostanze, inadeguata consapevolezza di malattia e rifiuto di un controllo farmacologico dei propri stati emotivi (Colom et al. 2000).

Dimensioni psicopatologiche e non adesione alle cure nel disturbo ossessivo-compulsivo

U. Albert, A. Aguglia, G. Maina, F. Bogetto

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

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è un disturbo che nella storia è sempre stato descritto, da un punto di vista psicopatologico, in modo unitario. Tuttavia, soprattutto in anni recenti, è stato riconosciuto che esso presenta una eterogeneità nella presentazione clinico-psicopatologica e che tale eterogeneità, ove riconosciuta e approfondita, può risultare da un lato in una migliore definizione di sottotipi omogenei utili allo studio dei fattori di rischio genetici e ambientali, dall'altro alla migliore definizione di strategie terapeutiche mirate.

In anni recenti si è recuperata una sottotipizzazione per tipo di sintomatologia prevalente, anche in un'ottica dimensionale. Una serie di studi che hanno impiegato una *principal component analysis* hanno identificato 4-5 dimensioni psicopatologiche/sintomatologiche nel DOC. Tali dimensioni sintomatologiche non mutualmente esclusive sembrano caratterizzate dalla attivazione di specifici circuiti cerebrali, pur condividendo il coinvolgimento del sistema fronto-striato-talamo-corticale. L'analisi delle dimensioni sintomatologiche assume rilevanza anche ai fini del trattamento. Studi preliminari sembrano suggerire che alcune di esse influenzano negativamente la risposta ai trattamenti, sia farmacologici che cognitivo-comportamentali. La presente relazione si propone di riassumere i dati di letteratura circa l'influenza delle dimensioni psicopatologiche su: risposta ai trattamenti farmacologici, risposta ai trattamenti cognitivo-comportamentali e soprattutto adesione o meno ai progetti terapeutici. Verrà integrata dalla presentazione di dati derivanti da studi naturalistici di trattamento.

Dimensioni psicopatologiche e non adesione alle cure nel disturbo di panico

G. Perna^{1,2,3}, G. Guerriero¹, R. Menotti¹, D. Caldirola¹

¹ *Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Villa San Benedetto Menni, Suore Ospedaliere, Albese con Cassano (Como);*

² *Faculty of Life Sciences, Health and Medicine, Maastricht University (NL);* ³ *Miller School of Medicine, Miami University (USA)*

Il disturbo di panico si presenta come un disturbo mentale complesso che si caratterizza per numerosi elementi psicopatologici che si integrano in maniera variabile da persona a per-

sona. Il disturbo di panico è una delle condizioni psichiatriche a prognosi migliore con una percentuale di remissione clinica molto elevata. Uno degli elementi limitanti il raggiungimento di una *restituito ad integrum* è la scarsa aderenza alle cure che può essere spiegata da diverse ragioni. La tendenza a un peggioramento iniziale della sintomatologia ansiosa durante le prime due settimane di cura induce spesso il paziente a sospendere la cura; il timore ingiustificato della tossicità dei farmaci spesso inducono a sotto dosare la terapia farmacologica; La frequente applicazione di interventi psicoterapici senza alcun fondamento sperimentale che scoraggiano il paziente nella prosecuzione della ricerca di un trattamento efficace; gli effetti collaterali della terapia farmacologica che colpiscono soprattutto la sfera sessuale e l'aumento di peso e, infine, lo stigma verso lo psichiatra che induce il paziente a rivolgersi in prima battuta a psicologi o neurologi sono alcune delle ragioni che porta-

no la persona che soffre per il disturbo di panico a una scarsa adesione o addirittura a un rifiuto verso le cure. Tra le soluzioni possibili possiamo individuare come centrali una corretta psicoeducazione sul disturbo che deve basarsi su ciò che la scienza dimostra e non su opinioni personali del clinico; l'applicazione di protocolli basati sulle evidenze scientifiche, l'attenzione alle richieste di spiegazione e aiuto della persona con disturbo di panico soprattutto durante le prime fasi del trattamento, un'azione sociale per abbattere lo stigma che accompagna la malattia mentale e infine, una attenzione attiva all'identificazione e alla gestione degli effetti collaterali secondari. Le dimensioni psicopatologiche della vulnerabilità agli attacchi di panico, dei sintomi residui, dei meccanismi difensivi che si esprimono con l'ansia anticipatoria e l'agorafobia, se non correttamente individuate e restituite al paziente possono costituire un ostacolo determinante per l'aderenza ai trattamenti proposti.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40
SALA MASACCIO

S32 - Il contributo delle neuroscienze alla psicopatologia del terzo millennio

COORDINATRICE
L. Dell'Osso

L'impatto della genetica

M. Gennarelli

Sezione di Biologia e Genetica, Dipartimento di Scienze Biomediche e Biotecnologie, Università di Brescia; Unità di Genetica, IRCCS Centro "San Giovanni di Dio Fatebenefratelli", Brescia

Dopo la recente caratterizzazione del genoma umano, si sono sviluppate tecnologie genomiche sempre più efficienti che oggi permettono di sequenziare l'intero genoma di un individuo in tempi brevissimi e con costi in costante diminuzione. Le applicazioni di queste tecnologie cambieranno velocemente le strategie di ricerca permettendo molto probabilmente la caratterizzazione della componente genetica delle malattie complesse comprese le patologie psichiatriche. È inoltre probabile che le principali ricadute applicative nella pratica clinica più che alla diagnosi, saranno indirizzate alla personalizzazione delle terapie. Infatti lo sviluppo di specifici test genetici in grado di indirizzare verso la terapia più efficace e sicura rimane l'obiettivo primario di evidente impatto. Tuttavia anche la risposta ai farmaci psicotropi è un fenotipo complesso dove molti fattori biologici insieme a molti fattori ambientali possono contribuire alla variabilità della risposta. È chiaro quindi che sarà necessario un approccio di una profonda integrazione dell'enorme mole di dati biologici derivanti non solo dalla genomica ma anche dalle altre scienze "omiche" come la "transcrittomica, la "proteomica" "la "metabolomica" e l'"epigenomica" insieme a una caratterizzazione clinica sempre più completa e dettagliata.

Il contributo del neuroimaging alla psicopatologia dei disturbi psichiatrici

S. Galderisi

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

In ambito psichiatrico gli studi di *neuroimaging* hanno avuto vari obiettivi: migliorare le conoscenze sulla patofisiologia dei disturbi psichiatrici e dei loro sintomi, fornire nuovi strumenti per la diagnosi e la prevenzione, individuare nuovi trattamenti e monitorare gli interventi terapeutici e riabilitativi. Decenni di ricerca hanno consentito di individuare i principali circuiti neurali coinvolti nella genesi di numerosi aspetti normali e patologici del funzionamento mentale, non sempre fornendo risultati coerenti.

Nel presente contributo saranno illustrati i contributi più significativi, con particolare riguardo alle allucinazioni uditive, ai deliri e ai sintomi negativi della schizofrenia.

Sarà evidenziata l'importanza di studi recenti che hanno focalizzato l'attenzione su costrutti precedentemente inesplorati, quali il "sense of agency" o il senso di sé, nel tentativo di superare i limiti dell'attuale psicopatologia descrittiva alla base dei principali sistemi diagnostici.

La lezione della neurochimica

D. Marazziti

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

Introduzione: la psichiatria biologica comincia con la scoperta dei primi psicofarmaci e del loro possibile meccanismo d'azione a livello dei vari neurotrasmettitori; lo studio di questi a sua volta dà origine a una branca specifica della chimica biologica, la neurochimica focalizzata appunto sui meccanismi molecolari dei vari componenti cerebrali. Scopo di questa relazione è quello di esaminare la letteratura sui contributi fondamentali della neurochimica all'ampliamento delle conoscenze sulla fisiopatologia dei disturbi mentali negli ultimi decenni.

Metodi: è stata effettuata una medline di articoli specifici pubblicati tra il 1980 e il 2011, soprattutto sotto forma di *review*, con particolari riguardo all'impatto degli studi neurochimici nei disturbi dell'umore e d'ansia

Risultati: i risultati di questa ricerca bibliografica hanno evidenziato un'evoluzione progressiva e costante della neurochimica che va di pari passo con la disponibilità di tecniche d'indagine sempre più sofisticate.

Conclusioni: la neurochimica costituisce tuttora uno degli approcci più proficui per l'indagine dell'eziopatogenesi dei disturbi psichiatrici, anche se è ormai evidente che i dati si correlano maggiormente ad aspetti dimensionali piuttosto che nosografici. Inoltre, solo l'integrazione tra metodologie diverse sembra oggi in grado di poter permettere di esplorare la complessità delle patologie psichiatriche

Ruolo degli psicofarmaci

F. Drago

Dipartimento di Biomedicina Clinica e Molecolare, Sezione di Farmacologia e Biochimica, Università di Catania

Lo sviluppo delle neuroscienze negli ultimi anni ha progressivamente contribuito a chiarire le basi neurobiologiche delle diverse malattie psichiatriche e a migliorare il trattamento farmacologico di tali disturbi. L'evoluzione della psicofarmacologia ha profondamente modificato la gestione del paziente psichiatrico in termini di recupero sindromico e funzionale. La complessità dei dati esistenti richiede però una sempre più attenta revisione sistematica delle evidenze disponibili sia livello neurobiologico che clinico per individualizzare il trat-

tamento e individuare i diversi sottogruppi clinici di pazienti. Rimangono diversi bisogni non risolti con gli attuali farmaci disponibili nella pratica clinica. Nell'ambito dei disturbi dell'umore solo il 30% dei pazienti affetti da depressione maggiore raggiunge la remissione clinica con i farmaci antidepressivi attualmente disponibili. Il trattamento del disturbo bipolare si è progressivamente modificato con l'entrata in commercio di nuovi stabilizzanti dell'umore e degli antipsicotici di seconda generazione, ma anche in quest'area della psichiatria sono in corso di sviluppo nuovi farmaci per migliorare il trattamento a lungo termine di queste patologie.

Nell'area dei disturbi psicotici i farmaci antipsicotici rappresentano allo stato attuale un presidio essenziale per il trattamento di tali disturbi. L'avvento degli antipsicotici di seconda generazione ha certamente rappresentato un avanzamento per il trattamento della schizofrenia e degli altri disturbi psicotici sia in termini di efficacia che di tollerabilità. Tuttavia devono ancora essere sviluppate nuove strategie farmacologiche per trattare alcuni clusters sintomatologici, come i deficit cognitivi, e migliorare l'aderenza del paziente nel trattamento a lungo termine. I deficit cognitivi nella schizofrenia rappresentano infatti una dimensione psicopatologica che i sistemi nosografici attuali non descrivono in modo adeguato e la gravità dei sintomi cognitivi fortemente si correla con la prognosi a lungo termine della schizofrenia. Lo studio degli endofenotipi rappresenta una possibile strategia per l'identificazione di nuovi target farmacologici e per il disegno e la sintesi di farmaci con nuovi meccanismi d'azione e una maggiore efficacia sui sintomi cognitivi della schizofrenia.

Un altro problema rilevante connesso all'uso degli psicofarmaci in psichiatria è quello relativo rapporto che intercorre tra diagnosi e appropriata prescrizione degli psicofarmaci.

I sistemi nosografici attualmente utilizzati in psichiatria, come l'ICD-10 che il DSM-IV, presentano un approccio categoriale che non sempre riesce a descrivere la complessità dei quadri psicopatologici e a indirizzare nella scelta del trattamento adeguato.

Il ritorno della psicopatologia "classica" negli ultimi anni, congiunto all'evoluzione delle neuroscienze, sta contribuendo a modificare progressivamente i "vecchi" approcci categoriali.

La disponibilità di composti efficaci e con una migliore tollerabilità può inoltre aver incoraggiato gli psichiatri a valutare disturbi sottosoglia che in passato non venivano diagnosticati e trattati. Questo cambiamento nelle attitudini prescrittive ha a sua volta stimolato un approfondimento e un ampliamento dei confini dei disturbi psichiatrici al di sotto delle soglie diagnostiche precedenti.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA PERUGINO

S33 - ASO, TSO: un unico problema ma tante applicazioni (in collaborazione con la Sezione Lazio della Società Italiana di Psichiatria)

COORDINATORI

P. Girardi, G. Ducci

ASO e TSO nella Regione Lazio

G. Ducci

DSM ASL ROMA "E" c/o SPDC ACO "S. Filippo Neri", Roma

La Regione Lazio, con le disposizioni del 20.1.1997 e successivamente del 14.6.1999 (circolare 27), ha strutturato l'applicazione dei TSO e ASO (articoli 32, 33 e 34 della legge 833/78) secondo modalità che hanno prodotto aberrazioni e difficoltà diffuse.

Nel corso del 2010 sono stati dimessi da SPDC 5.998 soggetti (1,21 ogni 1.000 abitanti di età ≥ 14 anni) per un totale di 8.596 dimissioni (1,74 dimissioni per 1.000 abitanti di età ≥ 14 anni) e 90.613 giornate di degenza consumate nell'anno, secondo il Rapporto annuale di ASP Lazio. La durata totale della degenza media è di 11 gg (mediana 8 gg), anche se oltre la metà dei ricoveri ha durata compresa tra 2 e 10 giorni.

I TSO registrati dal Sistema Informativo Ospedaliero nel 2010 risultano essere 818, pari al 9,5% delle dimissioni da SPDC, sempre secondo ASP Lazio, che rileva una sottonotifica di questo tipo di informazione e stima che i ricoveri in TSO possano essere almeno l'11,7% delle dimissioni avvenute nell'anno, pari a 17 TSO per 100.000 abitanti (21 per 100.000 abitanti di età ≥ 18 anni). Non vi sono dati relativi agli ASO.

Anche se il TSO e l'ASO sono espressione di leggi nazionali, a Roma il 100% dei TSO sono eseguiti con la sola proposta motivata di un medico, e sulla base di ciò il paziente viene condotto contro la sua volontà presso un Pronto Soccorso Ospedaliero, dove viene eventualmente effettuata da un secondo medico la convalida e quindi il ricovero presso il SPDC. Il Sindaco di Roma e/o un suo delegato firmano l'ordinanza, ovvero il provvedimento che dà esecutività al TSO, anche alcuni giorni dopo che lo stesso è già stato eseguito. Di fatto a Roma il TSO non è effettuato secondo legge 833/78.

Inoltre andrebbero rivisti i rapporti tra ARES 118 e Dipartimenti di Salute Mentale, considerato che sia il DPR 27.3.1992 (*Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza*) sia la LR 3.8.2004 (Istituzione dell'ARES) ribadiscono la titolarità assoluta dell'ARES nella gestione delle emergenze territoriali (di tutte, senza discriminazione per i pazienti psichiatrici) e che la responsabilità medico-organizzativa è della centrale operativa che si avvale di personale opportunamente addestrato e retribuito.

Il TSO: quando farlo e come evitarlo. Esperienza in DEA e con pazienti stranieri

G.M. Polselli¹, L. Orso², L. Tarsitani², M. Biondi^{2, 3}

¹ DSM Roma E; ² SPDC Policlinico Umberto I; ³ Sapienza Università di Roma

Il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) per malattia mentale è normato dalla 833/78 con articoli di legge che, sebbene apparentemente prevedano in modo puntuale i passaggi istituzionali, lasciano ampi spazi di discrezionalità all'interno di un modello organizzativo non sempre determinato, né organizzato nel collegamento tra le varie istituzioni coinvolte. Per molto tempo si è fatto riferimento a circolari applicative e a sentenze che dovevano tracciare in modo più lineare un percorso tortuoso e difforme sul territorio. Il documento della Conferenza delle Regioni del 29/4/2009 esprime raccomandazioni in merito all'applicazione della legge ma, pur non avendo forza di legge, lascia alcuni argomenti non chiariti compiutamente. Una delle criticità è rappresentata dalla prima delle condizioni che debbono essere presenti per poter effettuare la proposta motivata di TSO e precisamente: "solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici". Negli anni non è stata data risposta al quesito su cosa debba essere considerato "alterazioni psichiche" tanto da passare da visioni molto restrittive (presenza di sintomi produttivi come deliri o allucinazioni non secondari a stati organici alterati, uso di sostanze, ecc.) ad altre molto più ampie (qualsiasi disturbo del comportamento indipendentemente dalla etiologia sottostante). Per chiarire tale argomento è stata svolta una ricerca presso il DEA del Policlinico Umberto I utilizzando uno strumento (SVARAD) che valuta le dimensioni della psicopatologia presentata dal paziente che viene ricoverato in TSO. Dato il numero di ricoveri di pazienti stranieri effettuati presso il SPDC dello stesso Ospedale universitario è stato inoltre analizzata la frequenza e le motivazioni del TSO nei pazienti stranieri rispetto al resto della popolazione al fine di identificare possibili variabili legate alla differenze anagrafiche, culturali o alla difficoltà di comprensione e/o comunicazione. Inoltre verranno descritti i dati del DSM della Roma E sulle richieste e gli esiti di intervento urgente effettuati in collaborazione con il 118. I dati ci fanno ritenere che l'obiettivo di ridurre il ricorso al TSO possa essere raggiunto anche attraverso un approccio che tenga conto del tempo dedicato all'intervento in condizioni critiche e di un atteggiamento comunicativo ben definito e organizzato.

Gestione della urgenza ed emergenza nei servizi di salute mentale. La normativa vigente è ancora attuale?

G. Nicolò

Direttore UOC DSM Asl Roma G

La organizzazione dei servizi di salute mentale in Italia era stata immaginata per una popolazione di pazienti, che usciti dalla Istituzionalizzazione manicomiale avrebbero, probabilmente necessitato, di supporto sociale, e di interventi per le urgenze. Questo tipo di concettualizzazione ha allontanato la psichiatria dalla medicina vera e propria, e dai progressi organizzativi che la scienza medica ha ottenuto anche in termini organizzativi.

Ci si trova per chi opera in ambito psichiatrico a utilizzare sistemi e flussi informativi diversi dalle altre discipline mediche, ad avere solo una prestazione della disciplina inserita nei LEA, e per quanto riguarda l'emergenza a dover autoorganizzarsi in modo subordinato rispetto al servizio di 118 che da più di un decennio è preposto alla gestione di tutte le urgenze territoriali.

La gestione diretta delle emergenze da parte dei servizi di salute mentale produce dei risultati diversi rispetto a quella effettuata dai professionisti dell'emergenza? La condizione attuale è che tale servizio è altamente costoso, poco efficace e sottrae circa un mese di lavoro per due medici e due infermieri l'anno per ogni servizio senza peraltro alcun evidenza che i pazienti ricevano servizi migliori. Le modalità con cui le procedure del TSO vengono attuate nelle varie parti del Lazio, sono diverse, non conformi a quanto previsto dalla 833/78 e con utilizzazione di mezzi e strumenti non adeguati. In aggiunta a ciò il tempo dedicato a tale attività è sottratto alla possibilità di organizzare attività di cura strutturate come previsto in tutti i protocolli di trattamento accreditati dalla letteratura scientifica.

TSO e problematiche di consenso informato

S. Ferracuti

Unità di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso, Sapienza Università di Roma

La psichiatria è intimamente legata alla dottrina del consenso informato, da aspetti storici, culturali e prettamente clinici. L'acquisizione di un valido consenso informato è da considerarsi un momento fondante della relazione medico-paziente, nonché un atto di legittimazione etica e legale della pratica medica. Presupposti basilari al processo di scelta delle cure sono: la completezza delle informazioni fornite dal medico, la libera scelta del paziente debitamente informato, infine la capacità (*competence*) di decidere del paziente. Il medico, e in particolare lo psichiatra, si può trovare a operare su disposizione di Legge, in condizioni che esulano dall'acquisizione di consenso da parte dell'avente diritto, in particolare quando vi sia necessità di applicare un provvedimento di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) per patologia mentale.

Il TSO costituisce, di fatto, una delle eccezioni più frequenti all'ottenimento di un consenso informato da parte dell'avente diritto. L'analisi del problema da un punto di vista squisitamente legale, vede il paziente sottoposto a TSO come del tutto incapace a fornire un consenso alle cure, nonché a decidere del proprio trattamento. I dati scientifici che evidenziano un'ampia variabilità delle capacità decisionali in relazione alle cure, anche in pazienti con disturbi acuti di tipo psicotico, suggeriscono tuttavia un inquadramento del problema più ampio e che consideri i determinati neuropsicologici e psicopatologici della *competence*. Si andrà a discutere un approccio di tipo non dicotomico, in relazione alla capacità a prestare consenso alle cure, in pazienti sottoposti a TSO per patologia mentale. In particolare verranno esaminati i determinati di un'alterata *competence* al consenso in questi pazienti. Si discuterà infine l'importanza di un approccio clinico al problema della *competence* in corso di TSO, il più utile, a nostro parere, al fine di individuare e incentivare quelle aree di autonomia individuale residue, eventualmente presenti, anche in soggetti con gravi disturbi mentali acuti.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA BERNINI

S34 - Le basi neurobiologiche della psicopatologia dei disturbi alimentari

COORDINATORI

P. Santonastaso, P. Monteleone

Il ruolo della corteccia parietale nella definizione dell'immagine corporea

E. Daprati, M. Ribolsi, A. Siracusano

Dipartimento di Neuroscienze, Università Tor Vergata di Roma

La consapevolezza del proprio corpo e della propria immagine è un elemento cruciale nella determinazione del comportamento nell'ambiente. Sulla base di studi su lesioni cerebrali, è stato suggerito che la definizione dell'immagine corporea è supportata dall'attività di un network composito che include la corteccia parietale e l'insula (Berlucchi e Aglioti 1997; Melzack 1990). In linea con evidenze di tipo neuropsicologico, studi di neuroimaging hanno recentemente enfatizzato il coinvolgimento della corteccia primaria e secondaria somatosensoriale (Corradi-Dell'Acqua et al. 2009; Hari et al. 1998; Schaefer et al. 2007; Schaefer et al. 2009; Schwartz et al. 2005; Tsakiris et al. 2007), dell'insula (Baier e Karnath 2008; Berti et al. 2005; Craig 2002; Craig 2009; Karnath et al. 2005; Lopez et al. 2008; Tsakiris et al. 2007), e della corteccia parietale posteriore (Ehrsson et al. 2005; Ehrsson et al. 2004; Farrer et al. 2003; Fink et al. 1999; Kammers et al. 2009). Specificamente, mentre le aree somatosensoriali superiori sono state messe in correlazione con l'immagine e con la percezione di modifiche nelle dimensioni e nella locazione di specifiche parti del corpo, la corteccia insulare è invece più coinvolta in un'ampia varietà di sensazioni corporee. Recentemente infine è stato evidenziato un ruolo fondamentale da parte del lobulo parietale inferiore (Berlucchi e Aglioti 1997; Farrer et al. 2003; Preston e Newport 2008; Uddin et al. 2006; Daprati et al. 2010). Curiosamente tale area è stata recentemente messa in relazione con la direzione dello sguardo (Ribolsi et al. 2011). Scopo della relazione è esplorare le aree cerebrali interessate nella rappresentazione dell'immagine corporea e la loro implicazione nella clinica psichiatrica.

Ruolo del polimorfismo cDNA 385 C-A del gene FAAH nei disturbi del comportamento alimentare

A. Tortorella¹, E. Castaldo², N. Longobardi², A. Cervino¹, V. Di Maso¹, P. Monteleone^{1,2}, M. Maj¹¹ *Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN;*² *Cattedra di Psichiatria, Università di Salerno*

In letteratura esiste una sostanziale evidenza sul ruolo svolto dagli endocannabinoidi nella modulazione del comportamento alimentare, di conseguenza, i geni coinvolti nella fisiologia di questo sistema possono contribuire alla vulnerabilità biologica dei disturbi del comportamento alimentare (DCA).

Recentemente, è stato individuato un polimorfismo funzionale a singolo nucleotide (SNP) (cDNA 385C-A) del gene che codifica per l'idrolasi dell'amide degli acidi grassi (FAAH), il principale enzima catabolico degli endocannabinoidi. Pertanto, esiste la possibilità che questo SNP possa essere associato all'anoressia nervosa (AN) e/o alla bulimia nervosa (BN).

Per verificare questa ipotesi, abbiamo valutato la distribuzione dello SNP cDNA 385 C-A del gene FAAH in 102 pazienti con AN, 125 pazienti con BN e 110 controlli sani non obesi. Il genotipo CA è risultato significativamente più frequente rispetto al wild (CC) sia nei pazienti con AN ($p = 0,04$) sia in quelli con BN ($p = 0,002$). La frequenza dell'allele A è risultata significativamente più alta nell'AN ($p = 0,02$; OR = 1,82, IC = 1,054-3,14) e nella BN ($p = 0,002$, OR = 2,15, IC = 1,285-3,60) rispetto ai controlli sani.

Questi dati mostrano per la prima volta che lo SNP cDNA 385 C-A del gene FAAH è associato significativamente all'AN e alla BN, rappresentando così un substrato biologico che potrebbe conferire vulnerabilità ai DCA.

Inibizione della risposta comportamentale nell'anoressia nervosa: uno studio con stop-signal task

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

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Nonostante i disturbi del comportamento alimentare siano caratterizzati da una alterazione del controllo degli impulsi, nessuno studio ha finora analizzato un campione di soggetti con anoressia nervosa utilizzando lo *Stop-Signal Task*.

Il nostro studio si propone di valutare la performance allo *Stop-Signal Task* in un gruppo di 100 soggetti di sesso femminile (60 con anoressia nervosa *lifetime* e 40 controlli sani). Lo studio inoltre si propone di valutare la relazione tra la performance a questo task e quella ad altri test di funzioni esecutive (*Wisconsin Card Sorting Task*, *Trail Making Test*, *Iowa Gambling Task*).

I soggetti con anoressia nervosa attuale presentano tempi di reazione significativamente più lunghi rispetto ai soggetti sani. I soggetti con anoressia nervosa, ma con peso recuperato, presentano tempi di reazione intermedi rispetto ai due gruppi. La capacità di inibizione della risposta comportamentale è alterata nell'anoressia nervosa, in modo simile a quanto osservato nel disturbo ossessivo-compulsivo, e nel disturbo da deficit di attenzione.

La distorsione dell'immagine corporea in pazienti anoressiche: risultati di uno studio condotto mediante risonanza magnetica funzionale

V. Ricca, G. Castellini, A. Pupi, C. Faravelli
Università di Firenze

La distorsione dell'immagine corporea rappresenta uno dei sintomi nucleari dei disturbi del comportamento alimentare, ed è definibile come un'alterazione del modo in cui il paziente percepisce e vive il proprio corpo o parti di esso. Essa è considerata un costrutto multidimensionale che comprende fattori cognitivi, affettivi, percettivi e comportamentali. Numerosi studi di

neuroimaging hanno valutato gli elementi anatomo-funzionali cerebrali coinvolti nella formazione dell'immagine corporea, e alcuni studi condotti mediante la risonanza magnetica funzionale (fMRI) si sono soffermati in particolare sull'area denominata *Extrastriate Body Area* (EBA), localizzata nella corteccia laterale occipitotemporale e capace di attivarsi a seguito di stimolazioni mediante immagini del corpo o di parti di esso. Gli autori presentano un'indagine di fMRI condotta su pazienti anoressiche restrittive e controlli sani, durante la quale sono state studiate le attivazioni di aree encefaliche stimulate mediante l'osservazione di immagini raffiguranti il proprio corpo, il proprio corpo ingrassato o dimagrito.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA BORROMINI

S35 - Psicopatologia traslazionale: eventi della vita e prospettive psicobiologiche

COORDINATORI

R. Pollice, C. Faravelli

Familiarità, eventi di vita stressanti, stili parentali, temperamento e asse HPA: i possibili determinanti dei disturbi psichiatrici?

F. Rotella¹, G. Fioravanti¹, G. Castellini¹, C. Lo Sauro¹, L. Lelli¹, F. Pietrini¹, V. Ricca¹, S. Pallanti², C. Faravelli²

¹ Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Unità di Psichiatria, Firenze; ² Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze

La letteratura scientifica riporta in modo incontrovertibile che familiarità psichiatrica ed eventi di vita precoci incrementano il rischio di sviluppare psicopatologia durante l'età adulta. In particolare, l'influenza degli eventi di vita durante l'infanzia sembra essere mediata dal Sistema Ipotalamo-Ipofisi-Surrene, che una volta iperattivato durante i processi di sviluppo rimarrebbe permanentemente instabile, vulnerabile o disfunzionale. Tale condizione tuttavia, non sembra essere specificamente correlata ad alcun raggruppamento diagnostico.

Le indagini eseguite sugli stili parentali e il temperamento, non hanno portato a risultati univoci, in quanto studi diversi hanno messo in relazione specifici stili parentali e tratti temperamentali a differenti categorie diagnostiche.

Per quanto riguarda gli eventi di vita recenti, nonostante siano numerosi gli studi che correlano gli eventi di vita stressanti all'esordio e al decorso delle malattie mentali, una limitazione importante a questa ampia linea di ricerca è l'idiosincrasicità di tali eventi. Ciò comporta che, le persone affette da malattie mentali potrebbero avere esperienze qualitativamente diverse rispetto a soggetti non affetti.

Fra i pochi studi che hanno valutato gli aspetti sopra menzionati, nessuno ha utilizzato un approccio transnosografico. Con-

siderare pertanto i sintomi piuttosto che le diagnosi potrebbe risultare un metodo efficace nello studio dei possibili determinanti dei disturbi psichiatrici.

Lo scopo del presente contributo è eseguire un'analisi accurata delle possibili relazioni fra familiarità, eventi stressanti, sia infantili che recenti, stili parentali, temperamento, il funzionamento dell'asse HPA, e i sintomi psichiatrici, in un gruppo di pazienti di gravità da moderata a severa, selezionati indipendentemente dalla diagnosi e in un gruppo di soggetti sani di controllo.

In base a quanto sopra esposto, si ipotizza che le variabili considerate costituiscano un fattore trasversale nell'ambito di tutte o quasi tutte le patologie psichiatriche e che siano responsabili di una sindrome generale psichiatrica stress-correlata indicativa di una vulnerabilità o di una minore resilienza anch'essa aspecifica.

Suscettibilità genetica ai disturbi mentali: modelli di indagine

E. Di Maria

Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Genova; S.S.D. di Genetica Medica, EO Ospedali Galliera di Genova

Il contributo dell'ereditarietà allo sviluppo della mente e alle sue manifestazioni patologiche è un elemento fondamentale della psichiatria moderna. Ben prima che si sviluppasse la genetica contemporanea, e che si svelassero le basi molecolari dell'ereditarietà, era stato riconosciuto che all'interno delle famiglie i disturbi mentali tendono a ricorrere – tra questi la schizofrenia può considerarsi il modello più studiato, ma non certo

l'unico esempio. Questa evidenza ha portato, e talora porta tuttora, a derive deterministiche, con la conseguenza di essere contrastata da chi riconosce nella patogenesi del disturbo mentale una forte componente legata alle esperienze individuali e al contesto socio-culturale. Il disturbo mentale ha tuttavia una genesi multifattoriale, i cui fattori determinanti sono da ricercare sia nella variabilità genetica, sia nella variabilità ambientale. Il paradigma oggi accreditato postula la presenza di una suscettibilità individuale, in parte geneticamente determinata, che aumenta la probabilità di manifestazioni patologiche in alcuni individui e famiglie.

Attualmente lo studio delle basi genetiche dei disturbi mentali si fonda sul modello delle malattie genetiche complesse, definite come patologie derivanti dall'interazione non lineare tra fattori ambientali e fattori genetici di suscettibilità. Nei disturbi mentali, in cui si utilizzano diagnosi categoriche che per definizione non sono necessariamente correlate ai meccanismi neurobiologici sottostanti, la definizione delle variabili fenotipiche è tuttora un tema della massima rilevanza. L'eterogeneità nella definizione del fenotipo costituisce un limite degli studi, che si può superare adottando approcci validati e condivisi. I recenti sviluppi della tecnologia applicata all'analisi del materiale genetico, e dei relativi strumenti bioinformatici e biostatistici, rendono oggi possibile l'applicazione di nuovi approcci. In particolare, sono emersi risultati promettenti dall'applicazione di metodiche olistiche, che però sono gravate da proprie limitazioni teoriche e metodologiche. Per illustrare gli strumenti attualmente disponibili nelle indagini sul ruolo rispettivo dei fattori genetici e dell'interazione gene-ambiente nella patogenesi dei disturbi mentali, riporteremo alcuni esempi di protocolli sperimentali e una sintetica rassegna dei modelli adottati.

Uso di cannabis e cortisolo salivare in soggetti all'esordio psicotico

R. Pollice, A. Tomassini, M. Casacchia

Dipartimento di Scienze della Salute, Università de L'Aquila

Introduzione: è ormai accertata la frequente presenza di una comorbidità nei soggetti al primo episodio psicotico (FEP) con disturbi da uso di sostanze, di solito alcol e cannabis, i quali sono in grado di aumentare il rischio di sviluppare una psicosi franca, di incorrere in ricadute psicotiche e prognosi sfavorevole¹. Di contro, seppur ampiamente dimostrato che i FEP mostrano un'iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA),

i meccanismi che la determinano sono ancora poco chiari². Lo scopo dello studio è stato la valutazione dell'impatto dell'uso di cannabis sul quadro psicopatologico di soggetti all'esordio di un disturbo psicotico e la concomitante presenza di alterazioni dell'HPA.

Metodi: sono stati reclutati 79 soggetti (34 maschi e 45 femmine) afferenti consecutivamente presso l'ambulatorio SMILE, con esordio dello spettro bipolare nel 81% (N = 64) e dello spettro schizofrenico nel 9% (N = 15). Tutti i soggetti sono stati sottoposti a valutazione con la *Self Report Symptoms Inventory-90* (SCL-90) per la psicopatologia generale; la scala per la valutazione globale del funzionamento (VGF); la *Clinical Global Impressions-Severity* (CGI-S) per la gravità del disturbo e l'uso di cannabis nell'ultimo mese. L'attività dell'asse HPA è stata valutata con un prelievo di cortisolo salivare.

Risultati: il campione totale è stato suddiviso in due gruppi in base al riferito (Gruppo 1: 58 soggetti) o meno uso di cannabinoidi (Gruppo 2: 21 soggetti) nell'ultimo mese. Sono state evidenziate differenze statisticamente nei punteggi medi delle dimensioni psicopatologiche (più elevati nel Gruppo 1) dell'Aggressività', della 'Paranoia' e dello 'Psicoticismo'.

Il Gruppo 1, inoltre, mostrava, rispetto al Gruppo 2, un punteggio medio significativamente maggiore alla CGI-S, ma non relativamente al funzionamento globale valutato con la VGF. Anche i valori del cortisolo elevati in entrambi i gruppi rispetto alla norma, non hanno mostrato differenze significative tra i due gruppi di studio.

Conclusioni: il presente studio supporta le evidenze scientifiche rispetto alle differenze intercorrenti tra i soggetti all'esordio psicotico che utilizzano cannabis rispetto a coloro che non la utilizzano nell'ambito della presentazione clinica e severità del disturbo¹. I nostri risultati confermano inoltre l'iperattività dell'asse HPA nell'ambito della popolazione clinica studiata senza però dimostrare un coinvolgimento dell'uso di cannabis. Risulta pertanto di estrema importanza nel trattamento dell'esordio psicotico una psicoeducazione sull'uso di cannabinoidi ai fini di una prevenzione secondaria.

Bibliografia

- ¹ Wisdom JP, Manuel JI, Drake RE. *Substance use disorder among people with first-episode psychosis: a systematic review of course and treatment.* Psychiatr Serv 2011;62:1007-12.
- ² Belvederi Murri M, Pariante CM, Dazzan P, et al. *Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and clinical symptoms in first-episode psychosis.* Psychoneuroendocrinology 2011.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA RAFFAELLO

S36 - Aspetti clinici delle condotte suicidarie

COORDINATORI

S. Galderisi, M. Sarchiapone

Disturbi affettivi e condotte suicidarie in adolescenza

M. Sarchiapone

Dipartimento di Scienze per la Salute, Università del Molise, Campobasso

Ogni anno approssimativamente 63.000 persone si tolgono la vita nei 27 stati membri dell'Unione Europea; i tassi di suicidio sembrano in diminuzione nella maggior parte delle fasce d'età, nonostante ciò i tassi di mortalità per suicidio tra i giovani sono costantemente aumentati raggiungendo il loro picco sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo. La ricerca dimostra che più del 90% delle persone che portano a termine un suicidio presentano un disturbo mentale diagnosticabile, nella maggior parte dei casi si tratterebbe di un disturbo depressivo. La depressione è uno dei più significativi disturbi psichiatrici che colpiscono sia i bambini che gli adolescenti. Le statistiche dimostrano che i bambini in età prescolare mostrano una prevalenza dello 0,3%; che sale al 2% nei bambini in età scolare; e varia tra il 4 e l'8% tra gli adolescenti. La depressione colpisce entrambi i sessi, ma le ricerche dimostrano che essa sia due volte più frequente nelle femmine rispetto ai maschi. La depressione sembra essere la causa della maggior parte delle morti autoinflitte e uno dei principali fattori di rischio per il suicidio. I dati che saranno esposti in questa presentazione sono stati raccolti nel corso della prima valutazione effettuata nello studio *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE), che comprende un campione di 12.395 adolescenti di 11 diversi paesi. Questa presentazione si concentrerà principalmente sulla prevalenza delle condotte suicidarie nel campione oggetto di studio e sulla correlazione tra suicidalità e depressione.

Comportamenti a rischio e suicidalità negli adolescenti europei

V. Carli

National Prevention of Suicide and Mental Ill-Health (NASP), Karolinska Institutet, Stoccolma, Svezia

Il suicidio è un importante problema di salute pubblica, e vi sono prove sostanziali che le condotte suicidarie coincidano con sottostanti condizioni sociali, psicologiche e psichiatriche che si vanno a sommare ad altri comportamenti a rischio. Condotte a rischio e suicidalità sono significativi predittori di conseguenti problemi di salute mentale, per questo motivo si avverte la necessità di promuovere l'adozione di stili di vita sani e positivi, specialmente durante le prime fasi di vita. Al fine di adempiere a questo compito, è stato sviluppato il progetto *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE) con lo scopo di prevenire le condotte a rischio, i disturbi mentali e le condotte suicidarie esaminando specifiche strategie di intervento di

promozione della salute mentale e prevenzione del suicidio. I principali obiettivi del progetto sono costituiti dal condurre gli adolescenti a una migliore salute mentale attraverso la riduzione delle condotte a rischio e suicidarie, dal valutare i risultati di diversi programmi preventivi e dall'individuare così modelli efficaci e culturalmente adatti di promozione della salute mentale tra gli adolescenti dei diversi paesi europei.

Sebbene sia stato evidenziato che gli interventi di prevenzione del suicidio possano essere efficaci nel ridurre le condotte suicidarie, vi è ancora carenza di studi ben documentati e randomizzati. Gli effetti di tali interventi in termini di riduzione di stili di vita insalubri nei giovani non sono mai stati riportati. Sappiamo che le condotte insalubri e a rischio sono nocive sia per l'attuale che per la futura salute degli individui. Le analisi preliminari condotte evidenziano che i comportamenti a rischio tra gli adolescenti europei sono più frequenti di quello che ci si aspettava e che l'incidenza di casi a elevato rischio che presentano segni di disturbi mentali è ugualmente più alta di quella stimata in precedenza.

Il trattamento del paziente a rischio di suicidio

M. Pompili

Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso, Ospedale Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma; McLean Hospital – Harvard Medical School, USA

Il suicidio è un problema serio nell'ambito della salute pubblica e l'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce il suicidio come un fenomeno in espansione per il quale è stato sollecitato un intervento in tutte le nazioni. Attualmente il focus è sulla verifica di che cosa veramente funziona nella prevenzione del suicidio. Si è consolidata l'evidenza che la prevenzione del suicidio sembra realizzarsi quando si fornisce la terapia dei disturbi psichiatrici, la limitazione all'accesso ad armi da fuoco, la riduzione della tossicità dei gas domestici e di quelli delle auto insieme al controllo delle sostanze tossiche e al ridurre l'enfasi sul suicidio da parte dei mass media. L'*hopelessness* che fa riferimento alla mancanza di aspettative future ha ampie evidenze cliniche che sottolineano il suo ruolo centrale nel predire suicidio. I tentativi di suicidio sono poi un elemento saliente più volte riportato dalla letteratura come predittivo di ulteriore rischio di suicidio. Nella crisi acuta fattori di rischio importanti sono l'ansia, gli attacchi di panico, l'insonnia e l'anedonia. Spesso gli individui in crisi si ritirano in se stessi, hanno cambiamenti di umore repentini e si sentono come in trappola. Il clinico non deve dunque basarsi sulla sola presenza di ideazione suicidaria per identificare un rischio di suicidio imminente. In altre parole, il soggetto può essere a rischio anche se non dichiara di volersi suicidare. La valutazione del rischio di suicidio

deve essere un processo continuo e non un evento isolato. I segnali d'allarme, sebbene di fondamentale importanza nella clinica, mancano tuttavia ancora di evidenze solide. Già dalle prime autopsie psicologiche apparve chiaro ciò che poi è stato ampiamente confermato da studi successivi, e cioè che due terzi di coloro che commettono il suicidio comunicano il loro intento di uccidersi alcune settimane prima dell'atto suicidario, spesso a diverse persone. Ascoltando attentamente le parole di questi individui si può constatare la loro miseria umana fatta di angoscia, impotenza nel cambiare lo stato di sofferenza e l'agitazione meglio riconducibile a uno stato di inquietudine. Il litio ha ampie evidenze circa la prevenzione

del suicidio nei disturbi dell'umore così pure la clozapina nella schizofrenia. Gli antipsicotici atipici sembrano nell'insieme utili nel ridurre il rischio di suicidio ma mancano di evidenze certe. Alcuni trial randomizzati controllati hanno evidenziato che la quetiapina riduce in modo statisticamente significativo l'ideazione suicidaria nella depressione bipolare. Non meno importante è il ruolo della psicoterapia sebbene solo alcune tecniche possono vantare risultati certi come nel caso della terapia dialettico comportamentale e gli approcci psicodinamici associati a ricoveri brevi o in day-hospital. Nel corso di questa presentazione vengono esaminati gli approcci terapeutici più utili ed efficaci per la prevenzione del suicidio.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00
SALA TINTORETTO

S37 - Approcci farmacologici alle condizioni psicopatologiche in gravidanza: rischi/benefici

COORDINATORI
C. Bellantuono, M. Balestrieri

La terapia antidepressiva nell'antepartum: focus sugli SSRI

C. Bellantuono

Clinica Psichiatrica, Ospedali Riuniti di Ancona, Azienda Ospedaliera-Universitaria Sezione di Neuroscienze Cliniche, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Qualunque trattamento che preveda l'uso di farmaci ma anche di interventi non-farmacologici durante la gravidanza è un approccio che merita estrema cautela e una valutazione complessa sia dei rischi del trattamento che dei benefici. Se, infatti, è doveroso considerare i possibili rischi per il feto e il neonato dovuti soprattutto all'esposizione ai farmaci, bisogna anche tenere conto dei possibili rischi conseguenti (sia per la madre che per il feto) al mancato trattamento di un grave disturbo, come la depressione maggiore, insorta o riacutizzatasi durante la gravidanza o nel puerperio (depressione post-partum).

L'analisi di entrambi gli aspetti risulta, pertanto, fondamentale nella fase di programmazione di qualsiasi intervento terapeutico di natura farmacologica.

Una serie di dati recenti, infatti, documenta che il non trattamento di un grave episodio depressivo o un trattamento inadeguato o poco efficace, può indurre anomalie nel decorso della gravidanza e del parto, alterazioni dello sviluppo fetale e problemi per il neonato.

Per quanto riguarda l'esposizione fetale ai diversi psicofarmaci è noto che questa strategia, da riservare ai casi di una certa gravità, potrebbe comportare alcuni rischi tra i quali: l'*aborto spontaneo*, le *malformazioni maggiori*, le *complicanze neonatali*.

La possibilità che un farmaco abbia effetti "teratogeni" rappresenta, senza dubbio un timore giustificato, anche se nonostan-

te la rilevanza del problema, esistono ancora oggi numerose incertezze e dati contraddittori nel quantificare il rischio teratogeno di molti farmaci presenti sul mercato, inclusi gli psicofarmaci. Bisogna, inoltre, considerare che, indipendentemente da specifici agenti teratogeni, il rischio di gravi malformazioni nella popolazione generale vari dall'1 al 3%.

In particolare, il rischio "Assoluto" di malformazioni maggiori, riportato per alcuni SSRI (*citalopram*, *sertralina*, *fluoxetina*, *venlafaxina*) rispetto ad altri AD, è considerato in ogni modo basso, mentre i molteplici rischi legati alla malattia depressiva (depressione maggiore o bipolare), così come quelli legati alla sospensione di una terapia di "mantenimento" nei primi tre mesi, sono sicuramente elevati e non vanno trascurati nel bilancio complessivo tra benefici vs. rischi di un trattamento. Per la *paroxetina* il rischio rimane ancora oggi fortemente controverso, visto i risultati non univoci provenienti dai recenti studi.

Bisogna ricordare, infine, che tutti gli psicofarmaci, assunti nel terzo trimestre di gravidanza potrebbero dar luogo a *complicazioni perinatali*, se non s'impiegano alcune settimane prima del parto alcuni accorgimenti, in particolare la riduzione graduale del trattamento farmacologici in atto.

Queste complicazioni, presentano tuttavia, nella maggior parte dei casi un'evoluzione favorevole se diagnosticate e trattate tempestivamente.

Nel caso di depressioni di modica gravità sono infine da considerare come prime opzioni terapeutiche sia la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) sia quella interpersonale; ovviamente un regolare supporto psicologico durante la gestazione è sempre raccomandabile anche nel caso si renda necessario un trattamento con psicofarmaci.

Management clinico dei disturbi dello spettro schizofrenico in gravidanza

S. Gentile

ASL Salerno, Centro di Salute Mentale Cava de' Tirreni

Introduzione: il tasso di fertilità delle giovani donne affette da schizofrenia è simile a quello della popolazione generale. Circa il 50% di esse, infatti, è madre. Pertanto, è necessario analizzare il rapporto rischio/beneficio dell'utilizzo dei farmaci antipsicotici in questa fase delicata del ciclo riproduttivo femminile.

Metodi: revisione sistematica della letteratura scientifica.

Risultati: *teratogenesi strutturale e complicanze gestazionali:* i dati disponibili non consentono di confermare o escludere potenziali rischi malformativi associati all'esposizione *in utero* ad antipsicotici (olanzapina, tuttavia, potrebbe essere associata a un incremento del rischio di difetti del tubo neurale). Inoltre, gli antipsicotici di seconda generazione aumentano il rischio di diabete gravidico. Tra gli antipsicotici di prima generazione (FGAs), in generale da preferirsi per il trattamento del disturbo schizofrenico in gravidanza, clorpromazina è il farmaco con il maggior numero di *reports* rassicuranti. Gli FGAs, inoltre, non sono associati al rischio di diabete gestazionale.

Tossicità perinatale e comportamentale: se usati nell'ultimo trimestre di gravidanza, tutti gli antipsicotici possono aumentare il rischio di macrosomia, reazioni prolungate extrapiramidali, convulsioni e problemi cardio-respiratori. L'eventuale influenza dell'esposizione *in utero* questi farmaci sullo sviluppo neurocognitivo del bambino, inoltre, è assolutamente ignoto.

Conclusioni: l'impatto del disturbo schizofrenico materno non trattato sulla qualità del *bonding* madre-bambino è devastante. Le madri, quindi, dovrebbero essere informate che l'esposizione a un aumento ipotetico del rischio malformativo va bilanciato col rischio concreto dei danni che uno scompenso psicotico materno può determinare nel neonato. Tuttavia, in queste pazienti le polifarmacoterapie dovrebbero essere attentamente evitate. Infine, è raccomandabile che il parto avvenga in strutture ospedaliere dotate di Unità di Terapia Intensiva Neonatale, al fine di gestire al meglio eventuali situazioni di criticità connesse all'insorgenza di complicanze post-natali.

Bibliografia

Gentile S. *Antipsychotic therapy during early and late pregnancy. A systematic review.* Schizophr Bull 2010;36:518-4.

Una valutazione critica della terapia con stabilizzatori dell'umore in gravidanza

G. Santone

Clinica Psichiatrica, Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università Politecnica delle Marche

Introduzione: la gravidanza rappresenta un fattore di rischio importante per la recidiva dell'episodio bipolare e, quindi, un particolare rilievo assume la valutazione del rapporto rischi/benefici per la terapia con stabilizzanti del tono dell'umore (SU).

Metodi: analisi della letteratura relativa al tema del ricorso a SU (anticonvulsivanti e litio) in gravidanza.

Risultati: molti dati derivano da osservazioni su donne affette

da epilessia e, inoltre, risulta spesso difficile valutare il peso dei fattori che, accanto alla terapia psicofarmacologica, concorrono a definire un rischio di teratogenesi strutturale, complicanze neonatali o teratogenesi comportamentale per il nascituro. Fra tali fattori un particolare interesse è rivestito dal disturbo mentale.

L'acido valproico si associa a malformazioni maggiori, che si rilevano in circa il 10% dei nati da donne che hanno assunto il farmaco in monoterapia nel primo trimestre di gravidanza, mentre per i casi in politerapia l'incidenza appare superiore al 15%. Viene in particolare ricordata la ricorrenza di difetti di sviluppo del tubo neurale fra cui la spina bifida, per cui si raccomanda l'assunzione con acido folico, pur se l'utilità è discussa (secondo alcuni proteggerebbe per le malformazioni alte del rachide, ma non per quelle basse). Le malformazioni in esposti ad acido valproico possono manifestarsi in maniera sindromica con la sindrome fetale da valproato, caratterizzata da dismorfismo del labbro superiore e della rima labiale, epicanto, radice del naso allargata, alterazioni articolari. Si associa deficit dello sviluppo psicomotorio. Vi sono anche segnalazioni di tossicità comportamentale in nati da madri che avevano assunto acido valproico in gravidanza, come un deficit del QI. Anche carbamazepina si può associare a un deficit di sviluppo intellettuale, seppur meno frequente e meno grave rispetto a acido valproico. L'assunzione di carbamazepina comporta un incremento nel rischio di malformazioni craniofacciali, caratteristica rilevata anche per lamotrigina (quest'ultima appare comunque relativamente sicuro in gravidanza). Per quanto riguarda il litio, particolare attenzione viene posta alla anomalia di Ebstein (incremento nel rischio, rispetto alla popolazione generale, sino a 8 volte). In particolare per valproato e litio si segnala il rischio di scarsa vitalità alla nascita.

Conclusioni: l'opportunità di una terapia con SU in gravidanza va valutata ponendo estrema attenzione al rapporto costo/beneficio. La sospensione dello SU si associa a un rischio di recidiva del disturbo bipolare che nelle varie casistiche si è spinto sino a più del 70% dei casi, con riflessi negativi sulle condotte materne (ad esempio consumo di alcolici, fumo) e difficoltà ad aderire ai programmi di controllo prenatale. Viene raccomandato il ricorso alla minima dose efficace (anche valutando i livelli plasmatici del farmaco), con dosi refratte così da evitare picchi di assorbimento. La polifarmacoterapia con SU si associa a un sensibile incremento del rischio teratogenico rispetto alla monoterapia. Lo *switch* fra SU, al fine di utilizzare il farmaco con minor rischio teratogeno o di tossicità comportamentale, è criticato da molti in considerazione del fatto che si esporrebbero gestante e nascituro a politerapia (per l'inopportunità di una sostituzione immediata) e, inoltre, non si avrebbe sicurezza dell'efficacia del nuovo farmaco. Sono state messe a punto varie raccomandazioni; oltre alla già ricordata supplementazione di acido folico nelle donne che assumono valproato, viene indicata la somministrazione di vitamina K nelle ultime settimane di gestazione a coloro che assumono valproato o carbamazepina. La terapia con sali di litio deve tenere conto dell'aumento del volume di distribuzione del farmaco, con la necessità di aggiustamenti posologici.

Bibliografia

Tomsom T, Battino D, Bonizzoni E, et al. *Dose-dependent risk of malformations with antiepileptic drugs: an analysis of data from the eurap epilepsy and pregnancy registry.* Lancet Neurol 2011;10:609-17.

Nguyen HTT, et al. *Advances in Therapy* 2009;26:301-23.

La terapia con benzodiazepine

G. Di Sciascio

UO Psichiatria Universitaria, Azienda Ospedaliero Universitaria, Policlinico Consorziale di Bari

Le benzodiazepine sono composti dotati di varie attività (ansiolitica, ipnoinducente, miorilassante e anticonvulsivante), che vengono ampiamente utilizzati nella popolazione generale, pur essendo gravati da un alto potenziale di induzione di dipendenza e tolleranza.

Per la loro generale buona tollerabilità e maneggevolezza vengono spesso impiegate anche in corso di gravidanza, soprattutto per gestire sintomi d'ansia e disturbi del sonno.

Va però considerato che, essendo dotate della capacità di passare la barriera emato-placentare, presentano una importante

quota sia di rischio teratogenico che di tossicità neonatale.

Benché i dati della letteratura appaiano spesso alquanto controversi, soprattutto a causa della eterogenea metodologia nella raccolta delle informazioni pubblicate, è possibile allo stato attuale affermare che esistono evidenze confermate per due specifiche condizioni: la prima è che l'utilizzo di benzodiazepine nel primo trimestre di gravidanza, e in particolare tra la seconda e la ottava settimana di gestazione, sembra associato soprattutto a un aumentato rischio di palatoschisi rispetto alla popolazione generale, nella quale è valutato nella misura dello 0,06%; la seconda è che l'esposizione in cronico alle benzodiazepine nel terzo trimestre di gravidanza correla all'insorgenza di un quadro specifico di tossicità neonatale definito "floppy infant syndrome" che si caratterizza per la presenza di ipotonia muscolare, apnea, disordini della termoregolazione e basso indice di Apgar.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA PINTURICCHIO

S38 - Immigrazione e nuove psicopatologie

COORDINATORE
S. Vender

Ruoli e funzioni del SPDC nella gestione delle nuove emergenze

N. Poloni

Dipartimento di Medicina Clinica - Psichiatria, Università dell'Insubria, Varese Como

Il confronto, sempre più frequente, con pazienti provenienti da contesti culturali differenti spinge, ormai da tempo, nella direzione di una riflessione teorica che possa fornire strumenti operativi per la pratica clinica e per l'organizzazione dei servizi.

I percorsi che portano al contatto con un servizio, la scelta dei tempi e soprattutto del destinatario della richiesta di aiuto non si fondano esclusivamente sulla gravità e l'acuzie della patologia ma nascono anche dalla convergenza di fattori psicosociali e culturali, profondamente differenti a seconda della provenienza del paziente.

In una città di dimensioni ridotte come Varese, la scelta di istituire un servizio esclusivamente dedicato ai migranti non sembra essere praticabile e pertanto il Pronto Soccorso e il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura diventano spesso la via di accesso privilegiata, in quanto più facilmente identificabile, e utilizzata non solo nel momento in cui la patologia è in fase di acuzie.

I migranti presentano spesso disturbi significativi, che insorgono anche tardivamente rispetto alla data dell'immigrazione, a testimonianza della complessità dell'effetto migratorio sulla salute mentale e delle difficoltà di interpretazione dei disturbi che più facilmente sono diagnosticati come psicotici.

Nella nostra esperienza clinica abbiamo evidenziato quattro ostacoli principali nell'approccio a questo tipo di paziente che diventano particolarmente significativi nel contesto ospedaliero:

- il problema del linguaggio, veicolo di comunicazione delle esperienze normali e patologiche;
- la diversa espressività sintomatologica nei migranti e le *cultural related syndromes*;
- la conoscenza dei fattori biologici, ambientali e culturali che contribuiscono alla peculiare risposta farmacologica;
- la focalizzazione sugli aspetti traumatici o di disagio sociale con conseguente tendenza a trovare risposte di tipo assistenziale, cancellando il carattere di crisi che l'emigrare produce nei soggetti, crisi che avviene in un momento specifico della storia di ciascuno.

Straniero in patria

M. Mattia

Psichiatra e psicoterapeuta, Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università dell'Insubria, Varese

Quasi tutti gli studi che hanno affrontato la psicopatologia del migrante si sono focalizzati sui sintomi che il migrante incontra nella nuova patria, a causa spesso delle forti differenze etniche, culturali, alimentari, religiose e, *minus inter pares*, linguistiche. Ma esiste anche un'altra realtà spesso trascurata o poco studiata e scarsamente analizzata.

Si tratta di quella fascia di persone, autoctone, che incontrano e sposano lo straniero, l'emigrante, e che, spesso ignari, si trovano a diventare stranieri in patria.

Infatti entrare a contatto con le famiglie degli emigranti, che non si sono mai integrate nella nuova realtà culturale e sociale e che sono rimaste fortemente regressive e oppostive verso il

paese accogliente, crea un nuovo e singolare fenomeno: quello dello straniero in patria! Ovvero una nuova psicopatologia, meno conosciuta, ma non per questo meno complessa e meno degna di nota.

Partendo da queste riflessioni lo scopo di questo lavoro è quello di presentare due casi clinici di due donne, svizzere, che sposando uno straniero, un italiano del nord l'una e un italiano del sud l'altra, si sono dovute confrontare la prima con un forte sentimento di esclusione da parte della propria famiglia di origine, e la seconda con la non accettazione da parte della famiglia del marito, perché svizzera!

Per tutte e due queste donne l'equilibrio psichico è stato messo significativamente in crisi tanto da chiedere un intervento psichiatrico e psicoterapico continuativo.

“Le coppie miste”: psicopatologie emergenti nei nuovi contesti migratori. Esperienze cliniche

V. Berlincioni¹, D. Bruno²

¹ *Psichiatra, Psicoanalista SPI, Ricercatrice*, ² *Psichiatra e dottorando di ricerca presso il Laboratorio di Psichiatria Cultura e Ambiente, Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Università di Pavia*

I flussi migratori che hanno interessato l'Italia negli ultimi anni comportano per i servizi di salute mentale un confronto sempre crescente con scenari multiculturali e multilinguistici. con nuovi movimenti politici e ideologici, con nuove forme identitarie nonché sociali e familiari (Fabietti 1998; Bruno e Berlincioni 2009). I clinici e gli operatori dei servizi socio-educativi sono chiamati a escogitare differenti modi pensare ed esercitare la psichiatria per realizzare efficacemente la difficile arte dell'incontro con lo straniero (Berlincioni 2002; Berlincioni e Bruno 2011).

Le “famiglie miste” si offrono alla nostra riflessione come un campo interdisciplinare di ricerca su cui, tuttavia, la letteratura scientifica è a oggi piuttosto scarsa (Tognetti Bordogna 1996). Una delle ragioni può essere rappresentata dal fatto che questo tipo di famiglia costituiva nel nostro paese, fino a poco tempo fa, un fenomeno ultra minoritario, mentre oggi l'incidenza dei matrimoni con almeno un coniuge straniero è del 15% sul totale dei matrimoni celebrati in Italia. Lo studio delle famiglie miste si presenta interessante in quanto esse costituiscono uno spazio in cui è possibile fare l'esperienza del “meticcio” e dell'incontro con l'“Altro” a vari livelli. Tale esperienza è problematica in quanto comporta il confronto con il tema dell'identità e dello “straniero”: tuttavia il “meticcio”, nella sua qualità di composizione dialettica, può condurre non di rado a soluzioni creative e inedite alle problematiche identitarie, sebbene talvolta sia segnato dal marchio del conflitto e del dolore psichico.

Analizzeremo tali questioni a partire dal nostro lavoro di psichiatri e psicoterapeuti, con particolare attenzione alle negoziazioni culturali e identitarie che si giocano all'interno delle “famiglie miste” sempre più numerose nella società occidentale contemporanea.

Bibliografia

Berlincioni V, Bruno D. *Ghosts from the past: a clinical case study of intercultural therapy in contemporary Italy*. International Journal of Culture and Mental Health available online: 8 Sep 2011.

Berlincioni V. *Etnopsichiatria, etnopsicoanalisi: problemi vecchi e nuovi*. Quaderni degli Argonauti 2002;4:9-30.

Bruno D, Berlincioni V. *L'istituzione familiare tra mito e realtà*. Rivista di Studi Familiari 2009;XIV:10-18

Fabietti U. *L'identità etnica, storia e critica di un concetto equivoco*. Roma: Carocci 1998.

Tognetti Bordogna M. *Legami familiari e immigrazione: i matrimoni misti*. Torino: L'Harmattan Italia 1996.

Attitudine psicoterapica nella relazione col paziente migrante nell'istituzione psichiatrica: ricerca di un senso condiviso o lavoro di traduzione?

E. Bolla

Dirigente medico psichiatra - Azienda Ospedaliera e Universitaria Ospedale di Circolo Fondazione Macchi, Presidio del Verbano

Se la malattia mentale rappresenta lo scandalo della biomedicina la patologia psichiatrica del paziente immigrato ha determinato nella psichiatria post-coloniale un inedito livello di problematicità. Alla base di ciò vi è certamente la salutare capacità della differenza culturale di mettere ulteriormente in crisi modelli nosografici e strategie di cura svelandone la loro natura propriamente culturale e accessoria di artefatto.

Il dibattito sulla utilità o meno di servizi propriamente dedicati alla cura di pazienti migranti ha portato all'unica certa conclusione circa la necessità di una competenza e di una sensibilità culturale e antropologica al di là di come essa possa poi trovare espressione all'interno delle istituzioni. Questa competenza rappresenta uno strumento decisivo per avvicinare la sofferenza fuori dal riduzionismo nosografico e da una semplificatoria visione socio-assistenziale della psichiatria. La forma del suo utilizzo rimane però appunto questionabile e dipende essenzialmente dall'attitudine del terapeuta e dalle risorse disponibili nell'attuale quadro dei servizi psichiatrici italiani.

Partendo dalle concettualizzazioni psicodinamiche sul campo emotivo e sul terzo analitico e dalle riflessioni antropologiche sui fenomeni della acculturazione reciproca e della comparsa di significanti globali e sull'ambiguità del concetto di identità culturale, si propongono alcune osservazioni sulla attualità della cura di pazienti migranti all'interno dei servizi.

Esiste un parallelo, non solo metaforico, fra ciò che avviene a livello sociale nelle dinamiche di transculturazione e acculturazione reciproca e i processi dinamici che avvengono all'interno del campo emotivo fra paziente e terapeuta. Allo stesso modo il cosiddetto elogio delle “culture spurie” può essere coerentemente avvicinato, nei suoi presupposti, a quello delle “capacità negative” del terapeuta. La ricerca fra paziente e terapeuta di un significato condiviso del disagio e della cura - contemporaneamente preludio e sintesi visibile del processo terapeutico - permette di evitare saturazioni interpretative e favorire a un livello sociale un percorso di adattamento e integrazione.

Bibliografia

Amselle JL. *Connessioni. Antropologia dell'universalità delle culture*. Torino: Bollati Boringhieri 2001.

Beneduce R, Pulman B, Roudinesco E. *Etnopsicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri 2005.

Ferro A, Vender S. *La terra di nessuno fra psichiatria e psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri 2001.

Ogden TH. *Reverie e interpretazione*. Roma: Ubal dini Editore 1999.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00
SALA BRAMANTE

S39 - Ansia generalizzata e ansia sociale: psicopatologia e psicobiologia

COORDINATORI

A. De Capua, P. Castrogiovanni

Psicopatologia dell'ansia generalizzata

P. Castrogiovanni

Università di Siena

L'ansia viene definita come una condizione emozionale spiacevole di attesa timorosa per anticipazione cognitiva di eventualità negative in una situazione sé pertinente che viene connotata come incerta nella sua evoluzione ed esito, nel tempo futuro (potrebbe accadere che ...) o nello spazio non percepito (contemporaneo passato) (potrebbe essere accaduto che ...).

Prendendo spunto dalla siepe di leopardiana memoria che "tanta parte dell'ultimo orizzonte il guardo esclude" e che fa sì che "sedendo e mirando, interminati spazi di là da quella e sovrumani silenzi e profondissima quiete io nel pensiero mi fingo, ove per poco il cor non si spaura", l'ansia viene vista come una disfunzione della gestione delle proiezioni temporo-spaziali che il cervello umano ha acquisito nella sua evoluzione. L'allargamento dell'orizzonte spazio-temporale al di là del presente percettivo (HIC et NUNC) comporta la necessità di gestire le distanze (lo spazio-tempo non percepito): nel tempo futuro (l'attesa) e nello spazio "al di là della siepe" (il non sapere che cosa è accaduto). È l'angoscia dell'HIC et NUNC dal quale l'uomo, e non l'animale, si proietta là dove non è e là dove non è ancora stato, nella problematicità di gestire mediante il pensiero probabilistico lo spazio che non è conosciuto sensorialmente e il tempo che non è ancora.

Lo spettro dell'ansia sociale

S. Pallanti

Università di Firenze

Il disturbo d'ansia sociale è uno dei più frequenti disturbi psichiatrici, ma è molto spesso riconosciuto e trattato con discreto ritardo, a causa delle sue peculiari caratteristiche cliniche. In riguardo a ciò, sono molti gli sforzi che si stanno facendo per superare i difetti diagnostici del DSM-IV e per garantire un più corretto inquadramento, nella prossima edizione del manuale diagnostico, della fobia sociale e dei disturbi simili o più frequentemente associati.

Purtroppo ancora poco si conosce dei fattori individuali e ambientali che possono portare allo sviluppo di questo quadro psicopatologico, e le evidenze al momento presenti indicano solo aspetti generici e relativamente aspecifici, molto spesso comuni anche ad altri disturbi d'ansia.

Ugualmente poco chiare sono le basi neurobiologiche sottostanti al disturbo, e anche da un punto di vista psicopatologico molti sono gli aspetti da chiarire in vista del DSM-V. Infatti, il disturbo andrebbe valutato lungo un continuum di gravità, utilizzando nella diagnosi del disturbo un approccio dimensio-

nale. Il concetto di "spettro fobico sociale" potrebbe quindi risultare utile a questo fine, incorporando presentazioni cliniche sub-sindromiche, sintomi e condizioni psicopatologiche associate, tratti temperamentali e di personalità, migliorando quindi le procedure di *assessment* e di trattamento dei pazienti e fornendo allo stesso tempo l'opportunità di indagare le basi biologiche e psicologiche del disturbo in una prospettiva più ampia.

Gli sconfinamenti dell'ansia

A. Amati

Psichiatria (R), Università Magna Græcia di Catanzaro

L'ansia "sana" è esperienza umana universale, costruttiva. È la componente emotiva delle azioni svolte da protagonista e sostiene l'adesione consapevole all'impegno finalizzato. Costituisce una dimensione bio-psico-sociale integrata, nella quale coesistono esperienza soggettiva, manifestazioni espresse e modalità di risposta agli stimoli, che sono avvertite con differente grado di preponderanza, a livello emotivo, cognitivo, comportamentale e a livello somato-funzionale. Diventa patologica quando vengono superati i limiti individuali di tolleranza della tensione interiore. Sia l'ansia eccitatoria che quella inibitoria, generano un rapporto conflittuale con la realtà, che sfocia nei disturbi specifici con differenti connotazioni cliniche, mentre il soggetto sperimenta una sensazione penosa di inferiorità. Ma l'insieme delle componenti psicopatologiche dell'ansia facilita anche sconfinamenti sia sul versante depressivo che verso esperienze psicotiche puntiformi. In entrambi i casi, l'interferenza emotiva sull'appropriatezza cognitiva svolge un ruolo centrale.

Nel primo, l'amplificazione anticipatoria peggiorativa del reale, la presenza di pensieri negativi irrealistici o esagerati di attesa di danno e il sentimento d'impotenza personale preludono allo scompenso depressivo, proprio attraverso comportamenti che derivano dalla valutazione pessimistica di persone e circostanze, e dal diffuso senso di disagio e di inadeguatezza.

Nel secondo, la compromissione acuta o prolungata delle abilità di pensiero e di pianificazione induce la paura di perdere il controllo della propria capacità mentale. Sono così possibili stati psicotici transitori, favoriti anche da esperienze di depersonalizzazione e derealizzazione e dal senso d'inaffidabilità personale, che conducono a momenti di totale incapacità all'azione organizzata. La reattività psicopatologica alla percezione instabile di sé e alla relazione preoccupata con gli altri danno corpo a un esteso spettro di sintomi avvertiti e di sintomi rilevabili, il cui substrato biologico non è esclusivamente riconducibile a disregolazione adrenergica e nor-adrenergica. Poiché sono sostenuti anche dall'onda lunga del bilanciamento colinergico viscerale e dal coinvolgimento dopaminergico centrale, le implicazioni d'intervento sono complesse.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA MASACCIO

S40 - Fattori di rischio psicosociale per l'insorgenza e l'evoluzione dei disturbi mentali gravi

COORDINATORI

G. Carrà, G. de Girolamo

Deprivazione sociale e urbanizzazione come fattori di rischio per la doppia diagnosi

G. Carrà^{1,2}, P. Sciarini³, F. Bartoli⁴, A. Lax⁴, E. Cortini⁴, G. Segagni Lusignani³, P. Borrelli³, I. Popa³, C. Montomoli³, M. Clerici^{1,4}

¹ DSM, AO San Gerardo Monza; ² Department Mental Health Sciences, University College Medical School, London; ³ Dipartimento Scienze Sanitarie Applicate, Università di Pavia; ⁴ Dipartimento Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Università di Milano Bicocca

Background: major inequalities, as regards mortality, morbidity and health needs, related to socioeconomic factors, affect Italian National Health System. Studies agree in identifying an association between health and a disadvantageous socioeconomic status, which contribute to determining a deprivation condition. People living in deprived areas showed a more impaired health status and were more prone to unsafe health-related behaviours (e.g. alcohol and substance use).

Objectives: this study aims at 1) studying the association between deprivation and characteristics of comorbid patients cared in Italian Mental Health Care Trusts, and 2) studying the characteristics associated with being cared in an addiction service.

Methods: cross-sectional study. Deprivation was defined using an ecological census-based index. Descriptive statistics were performed. The association between variables and the outcome "being cared in an addiction service" was evaluated through univariate and multivariate analyses.

Results: data from 2271 comorbid patients were analyzed. Univariate analysis showed significant differences among people living in deprived, intermediate and affluent areas as regards medical and legal conditions and the use of specific substances. Specific psychiatric diagnoses, suffering from hepatitis and the use of specific substances (opiates, sedatives and cocaine) were positively associated with the probability of being cared in an addiction service, while using cannabinoids and living in an intermediate and deprived municipality were negatively associated with such outcome.

Conclusions: living in a deprived area is associated with specific characteristics of dual diagnosis patients and also with a lower probability of receiving a specialist treatment for drug misuse. This result suggests that services located in affluent areas can probably provide more integrated health care. Further studies are needed to better explore such relation, also in order to allow the allocation of health resources in areas where there is more need.

La famiglia del paziente con disturbi mentali gravi: fattore di rischio o di protezione?

A. Fiorillo, C. De Rosa, C. Malangone, V. Del Vecchio, M. Luciano, D. Giacco

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Il ruolo della famiglia del paziente con disturbi mentali gravi è stato ampiamente documentato in letteratura fin dal 1966, quando il lavoro "Measuring the impact of mental illness on the family" di G.W. Brown venne pubblicato sugli atti del Congresso della Royal Society of Medicine inglese. Da allora numerosi studi, condotti inizialmente in UK e poi in quasi tutti i paesi del mondo, hanno documentato l'impatto del carico familiare, delle emozioni espresse, delle strategie di coping, della rete sociale e delle opinioni dei familiari dei pazienti sull'esito clinico e sociale dei disturbi mentali gravi.

Il nostro gruppo di ricerca negli ultimi anni ha condotto numerosi studi volti ad analizzare il contesto socio-assistenziale dei familiari dei pazienti con schizofrenia, depressione maggiore o disturbo bipolare, evidenziando una situazione caratterizzata da un elevato coinvolgimento della famiglia nella cura dei pazienti con queste patologie. Tuttavia, solo raramente interventi di sostegno familiare di provata efficacia, come il trattamento psicoeducativo familiare, vengono forniti di routine nei dipartimenti di salute mentale.

In questo contributo verranno discussi i fattori che ostacolano il coinvolgimento dei familiari nella cura dei pazienti con disturbi mentali gravi, e verranno forniti alcuni suggerimenti pratici per favorire l'implementazione su larga scala degli interventi di sostegno familiare.

Disastri naturali e disturbi mentali gravi: il sisma aquilano del 6 aprile 2009 e i ricoveri psichiatrici nel Servizio psichiatrico universitario di diagnosi e cura de L'Aquila

R. Roncone, S. Di Mauro, R. Pollice, M. Casacchia

Dipartimento di Scienze della Salute, Università de L'Aquila - Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura, ASL1-L'Aquila

Terremoti e disastri naturali possono precipitare sintomi psichiatrici, evidenziando alti tassi di Disturbo Post-Traumatico da Stress o sintomi associati (Chen et al. 2001; DeLisi et al. 2003), ma anche depressione, ansia, disturbi del sonno e abuso di sostanze (Chin-Hung et al. 2007; Goenjian et al. 2000).

Numerosi studi sono stati condotti in tale area, considerando la speciale opportunità di poter studiare l'impatto dello

stesso evento stressante e valutare la risposta individuale dei soggetti esposti. Più rari sono gli studi che indagano l'incidenza di psicosi che segue ai disastri naturali e gli effetti dei disastri naturali sui pazienti psicotici, considerati più vulnerabili a causa del loro disturbo mentale rispetto ai soggetti sani (Corcoran et al. 2002). Sulla base di recenti studi nel periodo che segue a una catastrofe naturale, lo stress acuto può portare a una esacerbazione della schizofrenia, specialmente per quei pazienti con caratteristiche di ostilità e grandiosità (Tseng et al. 2010), con una più spiccata sintomatologia post-traumatica (Horan et al. 2007). Autori giapponesi (Iwao et al. 1996; Yamaguchi 1996) riportano rare esacerbazioni in pazienti con schizofrenia dopo il terremoto di Kobe, e una loro bassa ospedalizzazione per il peggioramento dei sintomi. Un campione di utenti del Centro di Salute Mentale dell'Aquila (intervistato 3-8 settimane dopo il sisma del 6 aprile 2009) ha mostrato che utenti affetti da schizofrenia e disturbi dell'umore riferivano un miglior esito soggettivo (Stratta & Rossi 2010).

L'Autore riporterà e discuterà i dati relativi all'ospedalizzazione nel reparto da campo dell'SPDC a direzione Università dell'Aquila nei 6 mesi successivi all'evento sismico in un campione di 83 utenti (37 donne, 44,6%, e 46 uomini, 55,4%).

Fattori di rischio e fattori protettivi per l'insorgenza dei disturbi mentali in età giovanile

G. De Girolamo, J. Dagani

IRCCS Centro "San Giovanni di Dio-Fatebenefratelli", Brescia

Introduzione: in questa relazione verranno presentati gli studi più recenti relativi all'età di insorgenza dei disturbi mentali gravi, e come tali dati si correlano ai profili sociodemografici dei pazienti in trattamento nei DSM italiani.

Risultati: gli studi riveduti confermano che la stragrande maggioranza dei disturbi mentali gravi ha un'età di insorgenza in epoca infantile e adolescenziale. In particolare i disturbi del comportamento e i disturbi d'ansia emergono durante l'infanzia, mentre i disturbi dell'umore, da abuso di sostanze e del comportamento alimentare insorgono durante l'adolescenza e nella prima età adulta, così come i disturbi psicotici. Un'età di insorgenza precoce è associata con una più lunga durata di malattia non trattata, e con esiti peggiori dal punto di vista clinico e funzionale. Tuttavia tutti i dati disponibili, ad esempio quelli dei registri regionali psichiatrici dei casi, dimostrano che i pazienti in trattamento hanno un'età media avanzata, e del tutto non correlata all'età precoce di insorgenza.

Conclusioni: mentre l'insorgenza della maggior parte dei disturbi mentali ha luogo di solito nei primi tre decenni di vita, un trattamento efficace non inizia di solito che anni dopo l'apparire del disturbo, il che spesso compromette in partenza le chances di esiti positivi. Ulteriori ricerche sono necessarie per valutare l'efficacia degli interventi precoci, e gli effetti a lungo termine di tali interventi, progettando servizi adeguati ('age-appropriate') per le persone con disturbi mentali gravi.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA PERUGINO

S41 - Psichiatria e spiritualità nelle religioni monoteiste

COORDINATORE
V. Rapisarda

Religione islamica e psicologia

S. Ashour

Roma

Il termine stesso di religione connota un legame. Si tratta quindi di ciò che pone in relazione l'Assoluto col relativo, il Creatore col creato, l'uomo con Dio.

Le religioni non si differenziano fra di loro nel fine ultimo che ciascuna si prefigge di coltivare nell'uomo, come i migliori comportamenti, modi di essere e di pensare. La diversità invece consiste nella definizione razionale che ogni religione dà di Dio e dell'uomo.

Iddio nell'Islam, chiamato Allah o con uno dei suoi suggestivi 99 nomi, si può definire come l'Essere, il Trascendente, l'Assoluto. Quindi Dio è colui che è al di là del tempo, dello spazio,

della storia degli avvenimenti, in quanto Creatore di tutto ciò. Pertanto nella definizione islamica di Dio non vi è alcuna relatività nell'Essere Divino, ovvero si esclude in maniera categorica qualunque concetto di antropomorfismo come qualsiasi manifestazione o incarnazione. Muhammad, l'ultimo inviato di Dio ha detto di arrivare a credere in Dio attraverso la meditazione sulla Sua creazione e non pensando alla natura stessa di Dio, in quanto questa non la si potrà mai comprendere.

L'uomo nell'Islam è a priori intelligenza e non volontà deviata a causa del peccato originale o altro. Esso è tale non per il corpo che possiede ma esiste grazie al *ruh*, il soffio di Dio che è in lui e che spesso viene chiamato soffio vitale.

Nell'uomo vi è anche, come dice il Corano, la *nafs*, che si potrebbe definire energia vitale, come anche il motore che indirizza questa energia verso le azioni positive e giuste oppure verso quelle negative e malefiche; in altri termini verso il bene e il male.

A questo proposito un versetto del Corano ci invita a meditare sulla *nafs* per scoprire la maestà del Creatore, su essa e la sua capacità di intuire e discernere il bene dal male.

La psicoterapia nella cultura islamica. Premesse teorico-pratiche

L.S. Filippi

Roma

Un fenomeno importante delle società attuali è quello delle migrazioni. Esse producono un pluriculturalismo che tra l'altro offre il vantaggio di non far considerare la propria cultura come l'unica possibile, evitando il rischio del fanatismo.

Sorge la domanda se gli strumenti terapeutici "occidentali" – la *farmaco*-terapia, che si serve dei farmaci e la *psico*-terapia, che si serve della psiche – siano *tout court* utilizzabili nelle altre culture, in particolare con soggetti islamici. Si pensi al caso di uno psicoterapeuta maschio che prenda in trattamento una donna islamica o viceversa.

In realtà la situazione è simile a quella che si incontra in ogni area culturale: esistono differenze per es. nella gestione del lutto, nelle convinzioni religiose o politiche e via dicendo. Queste, anche se valide in se stesse, inconsapevolmente possono costituire per la persona un *sistema difensivo* che la protegge dall'angoscia. Difese che tecnicamente vanno rispettate e talvolta perfino potenziate, finché non sia pronto un sistema difensivo più armonioso.

In Europa vi sono psicoterapeuti islamici che esercitano la professione senza particolari problemi e psicoterapeuti non islamici che hanno tra gli utenti dei soggetti musulmani (Tarantini 2004). Ovviamente una certa conoscenza della cultura arabo-musulmana è necessaria, nel trattamento di questi ultimi, come del resto accade nelle altre culture, agricole o cittadine, del nord o del sud del pianeta. Utile, tra gli altri, il libro di De Maio D. (1993). Altro problema, comune a ogni psicoterapia, può essere quello della lingua: è diverso esprimersi nella lingua madre, che veicola sentimenti ricordi emozioni antiche o in un'altra lingua, anche se parlata correttamente.

Notare che la spiritualità islamica, il Sufismo (Mandel Khân, 2004) è essa stessa terapeutica, perché ha come meta implicita il *diventare ciò in cui si crede*: con linguaggio specialistico possiamo dire che porta a interiorizzare l'"oggetto buono", che dà sicurezza. Ciò peraltro è comune a ogni spiritualità e religiosità genuine (cioè non formaliste).

Non bisogna però dimenticare la distinzione tra psicoterapia *tecnicamente intesa* ed effetto terapeutico di ogni situazione umana che gratifichi e porti alla riflessione: l'amicizia, l'arte, la ricerca del vero, ecc. Cose che tra l'altro coincidono con quei "piaceri più fini ed elevati" di cui parla Freud (1929).

Bibliografia

- Freud S (1929). *Il disagio della civiltà*, trad. it. In: *Opere*, vol. X, p. 571. Torino: Boringhieri 1978.
- De Maio D. *La malattia mentale nel Medioevo islamico*. Milano: Rizzoli 1993.
- Mandel Khân G. *La via al Sufismo nella spiritualità e nella pratica*. Milano: Bompiani 2004.
- Tarantini L, a cura di. *Dialogare con l'Islam*. Rivista di Psicologia Analitica 2004;70 (nuova serie n. 18).

Psichiatria ed ebraismo

U. Sabatello

Roma

Il rapporto tra religione, spiritualità e psichiatria non è semplicemente riducibile al rapporto tra religione e scienza in quanto, la psichiatria, ha sempre assunto su di sé delle istanze di controllo sociale che, a volte, sono state favorite dalle autorità religiose e, in altre occasioni, osteggiate.

Relativamente a una delle religioni monoteiste, quale l'ebraismo, risulta di particolare interesse indagare sul rapporto tra religione, come fede e come pratica liturgica e psichiatria. Il presente lavoro indaga su tali rapporti, sul concetto di malattia mentale e sulla percezione ebraica del paziente psichiatrico che aveva, anche in età classica, particolari prerogative ed esenzioni rispetto ai precetti. Un altro aspetto che viene affrontato è quello relativo alle pratiche terapeutiche rispetto alle quali la cultura religiosa ebraica ha, nei secoli, assunto delle posizioni a volte molto differenti e discordanti. Sullo sfondo, si delinea il rapporto, sempre complesso e articolato, tra Ebraismo e Scienza, tra fede e conoscenza scientifica.

Spiritualità e religiosità nella gestione dello stress post-traumatico

P. Stratta

Centro di Salute Mentale, Azienda Sanitaria Locale 1, L'Aquila; Dottorato di Ricerca in Neuroscienze, Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Il ruolo della religiosità/spiritualità come fattore di *coping* è attualmente oggetto di studio sia nell'ambito della salute mentale che della psicologia positiva. La letteratura non fornisce evidenze conclusive: infatti, solo alcuni aspetti della religiosità/spiritualità sembrano rappresentare un fattore di protezione (come ad esempio partecipare alle attività sociali o la meditazione) mentre le convinzioni religiose di per sé non sembrano avere impatto sul benessere e la salute mentale. La fede religiosa non sembra cioè essere un costrutto monotetico: la possibilità di aver risposte al senso e allo scopo della vita sono solo alcuni dei potenziali benefici della fede religiosa. C'è anche il sostegno sociale da parte dei compagni di fede con cui si assiste alle funzioni e che partecipano ad attività religiose. Credenze e pratiche religiose possono anche mobilitare sistemi adattativi come l'autocontrollo, attraverso la preghiera o la meditazione, o di sostegno sociale e regolazione attraverso riti, cerimonie, e norme di vita. All'interno del concetto multidimensionale della fede religiosa la spiritualità e la religiosità sono stati quindi considerati fattori che influenzano in modo diverso la salute psicologica e fisica.

Tra i soggetti esposti al terremoto dell'Aquila dell'aprile 2009 è stata osservata una riduzione delle dimensioni spirituali, confermando il comune riscontro di un indebolimento della fede religiosa in persone che hanno problemi nell'affrontare traumi. È stato inoltre osservato che coloro che si definiscono maggiormente 'religiosi', rispetto a persone più 'spirituali', hanno meglio fatto fronte al disagio psicologico del terremoto. La religiosità, comportando credenze e rituali condivisi con la comunità, più che fattori spirituali, sono risultati più efficaci nello stimolare fattori di resilienza a seguito del terremoto.

È stato anche osservato un aumento della ideazione suicidaria nella popolazione adulta, soprattutto tra le donne, in associa-

zione a un aumentato 'coping religioso negativo' e a sintomi di disturbo post-traumatico da stress. Il 'coping religioso negativo' è espressione di conflitto, dubbio riguardo materie di fede, sentimento di essere punito, abbandonato da Dio e dalla comunità religiosa, condizione che può prevalere in persone esposte a stress prolungati.

Questi risultati contribuiscono all'inclusione della fede religiosa, in particolare la dimensione religiosità, nei domini di resilienza che possono influenzare positivamente il coping di esperienze traumatiche. È verosimile che anche nella pratica clinica degli psichiatri sia utile indagare sul coinvolgimento e le credenze religiosi.

VENERDÌ 17 FEBBRAIO 2012 - ORE 16.00-18.00

SALA BERNINI

S42 - La psicopatologia clinica e il suo contributo allo sviluppo di modelli sistemici delle proprietà emergenti nei sistemi cognitivi complessi (in collaborazione con l'Associazione Italiana per la Ricerca sui Sistemi)

COORDINATORE
P.L. Marconi

L'ottica sistemica e l'approccio clinico: il modello pragmatico elementare

P. De Giacomo

Università di Bari

L'ottica interattiva genera un punto di vista diverso rispetto a quello della psichiatria tradizionale e comporta modalità di intervento diverse. Tali modalità vanno da prescrizioni di comportamento all'uso di programmi interattivi. Fra questi esiste un programma che consente la creazione di interventi che originano da un confronto fra stili relazionali e loro reciproca interazione. Viene inoltre sottolineata l'importanza dello scrivere per utilizzare la diversa organizzazione del pensiero col passare da modelli analogici a modelli digitali.

I modelli microscopici della dinamica cellulare e il loro ruolo nella spiegazione delle psicopatologie

E. Pessa, M. Pietronilla Penna, M.C. Fastame, C.A. Sechi

Dipartimento di Psicologia, Università di Pavia; Dipartimento di Psicologia, Università di Cagliari

In tempi recenti si è assistito a una proliferazione di modelli formalizzati della dinamica di macromolecole di interesse biologico, che regolano in modo critico la dinamica e la fisiologia di cellule, come i neuroni, chiamate in causa nella spiegazione di varie psicopatologie. Tali modelli risultano spesso assai carenti, data la complessità del contesto in cui essi vengono introdotti. Infatti numerosi fattori agiscono contemporaneamente su tale dinamica, come la natura delle membrane cellulari, la densità di recettori di neurotrasmettitori, l'attività del citoscheletro. In questo contributo si valutano criticamente le possibilità offerte dai modelli sopra citati, con particolare riferimento al caso dell'influenza della serotonina sul funzionamento del neurone e di assemblee neuronali. Come è noto, livelli alterati di serotonina sono ritenuti responsabili di varie psicopatologie, come la depressione. La domanda fondamentale cui si cercherà di

rispondere è: quanto sono utili tali modelli nella ricerca scientifica e nella pratica clinica?

I modelli connessionistici delle psicopatologie e il loro ruolo nella pratica clinica

M.P. Penna, E. Pessa, C. Sechi, S. Mocci, M.L. Mascia

Dipartimento di Psicologia, Università di Pavia; Dipartimento di Psicologia, Università di Cagliari

Da molti anni i modelli connessionistici dei processi cognitivi basati sull'uso di reti neurali artificiali (RNA) vengono impiegati in vari ambiti della psicologia scientifica. Infatti la natura stessa dei processi mentali, in parte autonomi rispetto ai fattori biologici sottostanti, ha consentito di modellizzare in modo efficiente tramite RNA vari aspetti dei processi di memoria, percezione, apprendimento, ragionamento, presa di decisioni. Minore è stato il grado di utilizzo di questi modelli nell'ambito delle psicopatologie, anche se esiste una certa letteratura in merito. Tali modelli offrono due tipi di aiuto per il clinico: a) l'organizzazione automatica dei dati osservativi in modo da suggerire nuove ipotesi di ricerca e intervento; b) la formulazione di modelli concettuali completi dell'interazione tra i vari fattori che concorrono a una data psicopatologia. In questo contributo si discutono vantaggi e svantaggi dell'approccio basato sulle RNA in funzione delle esigenze concrete di ricercatori e operatori del settore.

La mente come fenomeno emergente dell'intenzionalità: la psicopatologia della schizofrenia in un modello sistemico oltre la dicotomia tra fenomenologia e neuroscienze

P.L. Bandinelli, A.M. Fiocchi, G. Ducci

DSM ASL ROMA "E" c/o SPDC ACO "S. Filippo Neri", Roma

Scopo di questo lavoro è quello di analizzare se sia possibile considerare la mente come fenomeno emergente di proprietà

intrinseche alla struttura cerebrale, come il risultato dei nostri atti intenzionali così come indicato sia dai filosofi J. Searle¹⁰ e C. Dennet³, che da una impostazione psichiatrica di tipo fenomenologico. Da questo punto di vista verranno considerati alcuni aspetti psicopatologici nucleari della schizofrenia^{2,8}, con i contributi sia delle più recenti acquisizioni delle neuroscienze^{4,5,7,9}, che del pensiero psicoanalitico¹ e fenomenologico⁵. Infine gli autori tenteranno di costruire un modello integrato sistemico che possa andare oltre lo hiatus tra scienze naturali (rappresentate sia dalle odierne neuroscienze, che dal pensiero psicoanalitico), e scienze dello "spirito" descritte dal metodo fenomenologico, in un superamento della dicotomia tra lo "spiegare" e il "comprendere".

Bibliografia

- ¹ Bion WR. *Gli elementi della psicoanalisi*. Roma: Armando editore 1988.
- ² Blankenburg W. *La perdita dell'evidenza naturale*. Milano: Raffaello Cortina 1988.
- ³ Dennet D. *Intentional Systems*. Journal of Philosophy 1971;68:87-06.
- ⁴ Fowler JH, Settle JE, Christakis NA. *Correlated genotypes in friendship networks*. PNAS 2011;108:1993-7.
- ⁵ Heidegger M. *Essere e tempo*. Milano: Longanesi 1976.
- ⁶ Insel TR. *Rethinking schizophrenia*. Nature 2010;468:187-93.
- ⁷ Kapur S. *Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia*. J Psychiatry 2003;160:13-23.
- ⁸ Mundt C. *La sindrome di apatia degli schizofrenici*. Padova: CLEUP Editrice 1990.
- ⁹ Rössler W, Vetter S, Müller M, et al. *Risk factors at the low end of the psychosis continuum: Much the same as at the upper end?* Psychiatry Res 2011 Mar 23.
- ¹⁰ Searle J. *Della intenzionalità. Un saggio di filosofia della conoscenza*. Milano: Bompiani 1985.

La mente come metafora

I. Licata

Associazione Italiana per la Ricerca sui Sistemi

Il concetto di "mente" è al centro di un dibattito critico che potrebbe vederne la definitiva scomparsa. Si aggiungerebbe così ad altri "fantasmi" del pensiero scientifico, come il flogisto, l'etere, il calorico e le misteriose funzioni attribuite da Cartesio alla ghiandola pineale. In particolare lo sviluppo delle neuroscienze e il declino della psicologia cosiddetta "naive", ha dato forza a posizioni di tipo "eliminativista", secondo cui i concetti stessi di "mente" e "coscienza" sono espressioni imprecise e antiquate di dinamiche neuronali. Se ne ricaverebbe una completa svalutazione delle scienze della mente e delle pratiche terapeutiche a esse associate, laddove non associate direttamente al linguaggio delle neuroscienze. Al di là delle forti perplessità metodologiche e culturali sul programma eliminativista, in questo saggio vogliamo suggerire un punto di vista opposto che riteniamo fecondo non soltanto per lo studio teorico della cognizione, ma anche per la questione terapeutica.

Partendo dal concetto di "metafora interattiva" (E. Melandri), mostriamo che intendere la mente come metafora è proprio la chiave universale di collegamento che permette di stabilire connessioni tra gli approcci simbolici, subsimbolici e neuronali della cognizione, in modo non dissimile dal ruolo svolto in fisica dai concetti di energia ed emergenza, in grado di poter considerare in modo altamente astratto e unitario comportamenti collettivi in sistemi diversi. Naturalmente, lo sviluppo di questo framework generale per la "mente" implica diversi passaggi essenziali in grado di stabilire una gerarchia non riduzionista tra le attività "materiali" a livello neuronale e i piani semantici e soggettivi dei livelli altamente simbolici. Questo fornirebbe una prospettiva unitaria all'annosa questione delle relazioni tra "psichico" e "fisico", e un nuovo impulso alle terapie analitiche basate sulla rappresentazione simbolica.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA RAFFAELLO

S43 - Esordi psicotici: dalla psicopatologia al funzionamento sociale

COORDINATORI

A. Balbi, G. Muscettola

Intersoggettività e diagnosi psichiatrica: costruzione e validazione di uno strumento di valutazione dell'esperienza soggettiva del clinico

M. Pallagrosi¹, L. Fonzi¹, A. Picardi², M. Biondi¹

¹ Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma; ² Reparto di Salute Mentale, Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità

Introduzione: una solida tradizione psicopatologica e psicoterapeutica riconosce alla qualità dell'esperienza soggettiva

del clinico nel suo incontro con il paziente una funzione conoscitiva importante, che la rende una componente essenziale del processo valutativo e diagnostico. Ci siamo pertanto proposti di costruire e validare uno strumento psicometrico in grado di studiare analiticamente il sentire dello psichiatra e poi di confrontarlo con le caratteristiche cliniche del paziente.

Metodi: è stato costruito, a partire da fondamenti teorici e dall'esperienza clinica, un questionario di autovalutazione (65 item) che prendesse in esame una vasta gamma di risposte emotive, cognitive e comportamentali dello psichiatra

all'incontro con un nuovo paziente. Il questionario, insieme a uno strumento validato di misura dello stato d'animo (*Profile of Mood State*, POMS), è stato compilato da un gruppo di 13 psichiatri, con caratteristiche eterogenee, in occasione di prime valutazioni in setting differenti e, ove possibile, dei colloqui successivi (retest); nelle stesse occasioni, sono stati raccolti dati anagrafici e clinici sui pazienti, formulata una diagnosi clinica e compilata la *Brief Psychiatric Rating Scale 4.0* (BPRS).

Risultati: sono stati raccolti e analizzati dati relativi a 527 primi colloqui e 60 retest. L'analisi dei singoli item e l'analisi fattoriale hanno consentito la selezione di 46 item significativi, variabili e riproducibili. L'analisi fattoriale definitiva ha identificato una struttura costituita da cinque dimensioni, dotate, secondo le analisi di affidabilità e di confronto con il POMS, di coerenza interna, riproducibilità e validità convergente con le sottoscale del POMS. Infine, le analisi preliminari di varianza hanno mostrato una distribuzione dei gruppi diagnostici rispetto alle singole dimensioni dell'esperienza del clinico coerente con quanto atteso, con dati di significatività statistica incoraggianti.

Conclusioni: in conclusione è possibile dire che lo strumento di valutazione costruito ha mostrato solide proprietà psicometriche e, apparentemente, una buona capacità di ricostruire l'esperienza soggettiva del clinico secondo dimensioni coerenti, articolate e potenzialmente utili ai fini della valutazione diagnostica. Un confronto con dati clinici più strutturati potrà ridefinire il suo utilizzo, aprendo a potenziali applicazioni in campo clinico, sperimentale e didattico.

Schizofrenia e metacognizione

G. Vinci¹, A. Balbi¹, F. D'Amato², D. Leonetti¹, R. Popolo³

¹ ASL Roma/D, ² Università Federico II, Napoli; ³ AFORPS

La schizofrenia è un disturbo complesso, cronico e disabilitante che mostra aspetti clinici eterogenei, ad esempio nell'esito a lungo termine. Attenzione particolare si pone, allora, a definire interventi specifici volti a favorire e mantenere la remissione, aiutando il paziente schizofrenico a sviluppare l'accettazione e la consapevolezza di sé. In tal senso è importante considerare, nella pratica clinica, le relazioni tra capacità (cognitive e metacognitive) e funzionamento sociale (in ambito sociale, lavorativo e relazionale) in funzione della qualità della vita.

Dalla letteratura, infatti, emerge un'associazione tra metacognizione e altre capacità neurocognitive. Ipotizziamo che la metacognizione svolga un ruolo di mediatore tra il funzionamento cognitivo e l'adattamento sociale (Bell et al. in press; Lysaker et al. submitted).

La ricerca si propone di raggiungere i seguenti obiettivi:

1. studiare il funzionamento metacognitivo (ToM, riconoscimento delle emozioni, comprensione della mente propria e altrui, dell'intenzionalità dell'altro) nei disturbi psicotici;
2. studiare le funzioni cognitive (memoria, attenzione, funzioni esecutive, flessibilità cognitiva) nei disturbi psicotici;
3. studiare le eventuali correlazioni tra funzioni cognitive e metacognitive e aspetti psicopatologici e di funzionamento sociale;
4. studiare le funzioni cognitive e metacognitive nelle diverse fasi della malattia (dall'esordio alla fase residuale).

Il campione è costituito da pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico in accordo ai criteri del DSM-IV-TR. Sono esclusi pazienti con ritardo mentale, patologie neurologiche, epilessia, abuso di sostanze per più di sei mesi.

Lo studio è stato multicentrico; il reclutamento effettuato in servizi territoriali individuati in differenti realtà geografiche. La misurazione delle funzioni cognitive include la valutazione di:

- memoria;
- attenzione;
- funzioni esecutive;
- flessibilità cognitiva.

(Lista di Rey; Matrici Attentive di Spinnler; *Wisconsin Card Sorting Test*; Matrici Progressive di Raven)

La misurazione della metacognizione include la valutazione di:

- abilità di TOM e comprensione stati mentali altrui (*The Hinting Task*, *Brune picture sequencing task*);
- auto riflessività (*Beck Cognitive Insight Scale*)
- abilità di comprensione dell'intenzionalità altrui (*Irony task*).

Valutazione psicopatologica generale e dei sintomi della schizofrenia:

- PANSS, CGI;
- SF36, VGF.

Illustriamo i risultati preliminari di un gruppo di 30 pazienti che sembrano confermare le nostre ipotesi.

Trattamento dei deficit della cognizione sociale: uno studio pilota

R. Menichincheri, F. Andronico, S. Carnevale, E. Piccirilli, G. Pacifico, P. Sistopaoli, E. Chiaia, G. Vinci, A. Borriello, A. Balbi

Nucleo Interventi Precoci – DSM ASL/RM D

Introduzione: dati di letteratura evidenziano sempre più come i deficit nella fase di riconoscimento, valutazione ed elaborazione dell'esperienza emotiva siano specifici non solo della fase cronica della psicosi, ma anche delle fasi prodromica e precoce. Tali deficit sono correlati alla riduzione delle competenze relazionali e a risposte fallimentari alle richieste sociali. L'attenzione rivolta agli aspetti metacognitivi, in particolare a quell'area definita *social cognition*, sia nell'*assessment* che nell'intervento riabilitativo, può fornire utili indicatori di decorso e di esito e, almeno in ipotesi, indicazioni per un trattamento socio-riabilitativo mirato.

Obiettivi e metodi: l'obiettivo è quello di fornire una specifica valutazione della cognizione sociale e di proporre un intervento clinico che migliori le competenze relazionali di base, in un gruppo di pazienti all'esordio afferenti al Nucleo Interventi Precoci della Rete per gli Interventi precoci del DSM della ASL RomaD.

Un gruppo di pazienti è stato valutato attraverso un protocollo meta-cognitivo, basato su due test di riconoscimento visivo delle emozioni e una scala auto compilata per la valutazione del livello di empatia: *Penn Emotion Recognition Test*, *Adult Eyes Test*, *Empathy Quotient*, in fase T₀ pre-trattamento, T₁ post-trattamento e T₂ follow-up.

Il tipo di intervento, il Laboratorio di Apprendimento Sociale (LAS), ha utilizzato strumenti quali l'analisi narrativa e semantica delle storie, l'apprendimento strutturato con *modeling*,

role-playing, feed-back, generalizzazione e problem-solving. Il setting di gruppo ha facilitato un'esperienza di socialità e reciproco ascolto, favorendo il rispecchiamento e l'attivazione di parti sane della personalità.

Risultati: i partecipanti hanno imparato a modulare le varie espressioni emotive con maggiore consapevolezza e competenza, gestendo meglio le abilità relazionali. Tali variazioni sono state confermate anche dai risultati dei test.

Discussione: i risultati ottenuti hanno avvalorato non solo la necessità di un intervento di tipo preventivo ma hanno posto le basi per il processo di standardizzazione di un modello di intervento specifico per la metacognizione negli stati mentali a rischio o all'esordio psicotico.

Conclusioni: il modello proposto può contribuire ad ampliare le conoscenze sulla cognizione sociale nel campo degli esordi psicotici e offrire la possibilità di mettere in atto le più adeguate strategie terapeutiche e riabilitative, riducendo il rischio di stigma e la cronicizzazione della patologia.

Bibliografia

Williams BT, Henry JD, Green MJ. *Facial affect recognition and schizotypy.* Early Intervention in Psychiatry 2007;1:177-82.

Lancaster RS, Evans JD, Bond GR, Lysaker PH. *Social cognition and neurocognitive deficits in schizophrenia.* J Nerv Ment Dis 2003;191:295-9.

Penn DL, Roberts DL, Combs D, et al. *The development of the Social Cognition and Interaction The Interaction Training Program for Schizophrenia Spectrum Disorders.* Psychiatr Serv 2007;58.

Gibson CM, Penn DL, Prinstein MJ, et al. *Social Skill and Social Cognition in Adolescent at Genetic Risk for Psychosis.* Schizophr Res 2010; 122:1-3.

Fett AJ, Viechbauer W, Dominguez M, et al. *The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis.* Neurosci Biobehav Rev 2011;35:573-88.

Neuchterlein K, Green MF, Kern RS, et al. *The MATRICS Consensus Cognitive Battery, Part 1: Test selection, Reliability, and Validity 2008 American Psychiatric Association.* Am J Psychiatry 2008;165:203-13.

Il riconoscimento emotivo dei volti nel primo episodio psicotico

A. Comparelli¹, S. Rigucci¹, A. De Carolis², M.C. Rossi Espagnet³, V. Corigliano¹, S. Romano¹, R. Tatarelli⁴, A. Bozao^{3,4}, S. Ferracuti^{2,4}, P. Girardi^{1,4}.

¹ NESMOS Department (Neurosciences, Mental Health and Sense Organs) Unit of Psychiatry, Sant'Andrea Hospital, Rome, Italy; ² NESMOS Department (Neurosciences, Mental Health and Sense Organs) Unit of Psychological Medicine, Sant'Andrea Hospital, Rome, Italy; ³ NESMOS Department (Neurosciences, Mental Health and Sense Organs) Unit of Neuroradiology, Sant'Andrea Hospital, Rome, Italy; ⁴ School of Medicine and Psychology, Sapienza University of Rome

Introduzione: il riconoscimento emotivo dei volti è una funzione neuropsicologica complessa, implicata nella "social cognition", spesso compromessa nella schizofrenia. Non è ancora stato chiarito se la compromissione del riconoscimento emotivo è specifico per alcune emozioni o se è generalizzato; se c'è una relazione fra psicopatologia, funzioni cognitive e anomalie neuroanatomiche. Alcuni studi dimostrano che anche nel primo episodio schizofrenico la performance dei pazienti sui test di riconoscimento emotivo è inferiore alla norma.

Materiali e metodi: per esplorare la relazione esistente fra performance al riconoscimento emotivo dei volti, compromissione di funzioni cognitive secondo il protocollo MATRICS e alterazioni neuro anatomiche, 19 pazienti al primo episodio di schizofrenia e 15 controlli sani sono stati sottoposti presso l'Ospedale Sant'Andrea di Roma a valutazione quantitativa morfometrica cerebrale mediante RM. È stata condotta una correlazione statistica fra fattori PANSS, performance ai test cognitivi e di riconoscimento emotivo dei volti e i dati morfometrici.

Risultati: i pazienti presentano, rispetto ai controlli sani, una significativa riduzione di volume dell'area 37 di Brodmann a sinistra; il volume del cervelletto a sinistra è inversamente correlato al fattore cognitivo/disorganizzato della PANSS; la performance al *Trail-Making A* e al *Wisconsin Card Sorting Test* correla significativamente con i volumi delle aree BA32 e BA28 a destra, ($p < 0,005$). La performance al riconoscimento emotivo dei volti correla con i decrementi volumetrici del giro paraippocampale destro (area BA36) ($p < 0,005$).

Conclusioni: nel primo episodio schizofrenico la performance al test di riconoscimento emotivo dei volti è compromessa rispetto a quella dei controlli sani e correla con decrementi volumetrici relativi a strutture del lobo limbico, suggerendo un'interessante prospettiva sintetica fra ipotesi del neurosviluppo e concezione neobleuleriana della malattia.

S44 - La schizofrenia resistente: fattori clinici e biologici

COORDINATORE

M. Amore

Schizofrenia resistente: fattori di rischio e modelli di intervento

E. Aguglia

AOU Policlinico "G. Rodolico", Vittorio Emanuele II, Catania, Dipartimento di Biomedicina Clinica e Molecolare, UOPI Psichiatria

La schizofrenia è una malattia cronica che affligge circa l'1% della popolazione generale, la cui completa remissione sintomatologica rimane un irraggiungibile traguardo per quei pazienti che manifestano resistenza al trattamento, definita come la mancanza di sufficienti variazioni sintomatologiche in seguito a un adeguato trattamento convenzionale. A oggi si stima una percentuale variabile dal 20 al 50% di schizofrenia resistente. Tale ampio *range* sembra giustificarsi per la mancanza di dati atti a distinguere la resistenza propriamente detta dall'inefficacia secondaria a un trattamento inadeguato, in termini di dosaggio, conformità e durata. In ogni caso l'inadeguata o mancata risposta ai trattamenti convenzionali rappresenta un'importante sfida, tanto per il clinico quanto per il ricercatore, anche in relazione alle scadenti prospettive a lungo termine, che non lasciano presupporre il reinserimento del paziente nel proprio contesto socio-familiare, vero obiettivo di ogni trattamento individualizzato. Prenderemo dunque in esame tutti quei fattori, farmacologici e non, che contribuiscono alla realizzazione di un quadro di schizofrenia resistente, al fine di limitarne gli eventuali rischi derivati.

Neurobiologia della risposta e della resistenza al trattamento con farmaci psicotropi: focus sulle psicosi

A. de Bartolomeis

Unità di Psichiatria Molecolare e Farmacoresistenza, Dipartimento di Neuroscienze, Università "Federico II" di Napoli

1. Numerose evidenze sperimentali indicano che meccanismi di adattamento patoplastico possono essere ipotizzati nella neurobiologia dei disturbi del tono dell'umore e delle psicosi, particolarmente nelle forme caratterizzate da elevata ricorrenza e resistenza alla terapia. Alterazioni patomorfologiche corticali indicanti morte neuronale (*neuronal loss*) sono infatti, state descritte nella corteccia prefrontale e dorsolaterale di pazienti con disturbo depressivo maggiore (Majkoska et al. 2001; Manji et al. 2009) e ipotizzate in patologie psicotiche (Olney et al. 2002; de Bartolomeis e Iasevoli 2005). 2. La scoperta di neurogenesi discreta in specifiche aree del sistema nervoso centrale dei primati, incluso l'uomo, ha suggerito inoltre la possibilità che eventi avversi e ricorrenti nel tempo possano influenzare tale formazione ex novo di cellule neuronali con conseguente disregolazione di circuiti neuroanatomofunzionali rilevanti nella regolazione del tono dell'umore e nelle psicosi.

3. Tra i putativi meccanismi fisiopatologici alla base di tale alterazione di adattamento potrebbero esservi la sensitizzazione (*sensitization*) e la progressiva disregolazione dei meccanismi di plasticità neuronale che rappresenterebbero il substrato comune di disturbi differenti sotto il profilo categoriale ma convergenti in alcuni aspetti fisiopatologici. La sensitizzazione originariamente descritta in modelli di isomorfismo farmacologico nell'animale da esperimento, può considerarsi nella sua accezione più semplice e riduttiva come una progressiva *amplificazione* della risposta comportamentale a un specifico stimolo o noxa al ripresentarsi di quest'ultimo. 4. Multipli meccanismi, neurotrasmettitoriali e molecolari, sono stati invocati per spiegare le basi neuroanatomofunzionali e molecolari della sensitizzazione nelle psicosi e nelle forme di depressione resistente. I risultati di studi convergenti e indicano che meccanismi pre e post-sinaptici dopaminergici e disregolazione delle interazioni cortico-sottocorticali e dopamino-glutamatergiche possono essere ipotizzati per spiegare almeno in parte i putativi correlati della sensitizzazione nelle psicosi e nella depressione ricorrente, suggerendo possibili meccanismi molecolari e recettoriali della resistenza alla terapia. Il ruolo dei meccanismi di modificazione funzionale dei recettori metabotropici (in particolare D2R), la transizione da bassa ad alta affinità degli stessi recettori; ovvero modificazioni della densità dei recettori (Bmax) rappresentano altrettanti meccanismi intracellulari potenzialmente implicati nella resistenza al trattamento farmacologico. Nel caso di resistenza parziale a terapia con clozapina è stata valutata l'efficacia dello *switch* da clozapina a un antipsicotico atipico non utilizzato precedentemente. Nei pazienti più problematici ha mostrato parziale efficacia l'augmentation della clozapina con benzamidi (sulpiride, amisulpiride), mentre nei casi di estrema resistenza la strategia terapeutica raccomandata consiste in una terapia con il farmaco che ha mostrato maggiore efficacia nel paziente in associazione con interventi di natura psicosociale. Le prospettive della ricerca farmacologica nella schizofrenia si indirizzano verso l'indagine del possibile ruolo patogenetico e le relative possibilità di intervento farmacologico a livello del sistema glutamatergico, peptidergico e dei recettori sigma. Questi sistemi interagiscono in varia misura sia con il sistema DA che con il sistema 5-HT. Dati preliminari di ricerca sembrano infatti indicare che farmaci attivi selettivamente su questi sistemi possano in alcuni casi influenzare in modo favorevole il decorso della malattia.

L'approccio psicofarmacologico

M. Amore, S. Baratta, C. Di Vittorio

Università di Parma

Fare il punto sull'approccio moderno alla psicofarmacologia della schizofrenia resistente richiede, come premessa, il chia-

rimento di alcune problematiche ancora non risolte: tra queste una unanime definizione di miglioramento sintomatologico e guarigione. La guarigione è definita come la remissione totale della sintomatologia sia soggettiva che obiettiva; ogni altra condizione può essere definita come miglioramento. Se la schizofrenia possa guarire o se, sempre o comunque, si possa parlare esclusivamente di miglioramento è stato oggetto di ampie discussioni in parte tuttora irrisolte. Il secondo problema riguarda la definizione della resistenza al trattamento. Anche il concetto di resistenza al trattamento è derivato dalla medicina: in una prospettiva allargata ogni paziente che, a seguito dell'intervento medico, non raggiunga il livello della guarigione può essere considerato come resistente al trattamento. Nel caso specifico della schizofrenia ogni clinico sa perfettamente che la gran parte dei malati trattati farmacologicamente può essere considerata come resistente dato che la completa *restituito ad integrum* può essere ottenuta solo in una minoranza di casi. Teoricamente, la resistenza al trattamento dovrebbe essere limitata a quei pazienti che sono stati trattati per tempi e dosi sufficienti con tutti i farmaci antipsicotici esistenti. È chiaro quindi che il concetto di resistenza al trattamento deve fare necessariamente riferimento a criteri di tipo clinico che devono essere applicati caso per caso e che sfuggono a ogni tentativo di definizione paradigmatica. L'incidenza di resistenza alla terapia nella schizofrenia si attesta attorno al 20%. Tra i fattori che più frequentemente possono contribuire alla resistenza vanno ricordati la scarsa compliance alla terapia, la comorbidità organica e l'insorgenza di effetti collaterali. La clozapina è il farmaco di prima scelta nella schizofrenia resistente in terapia con antipsicotici atipici. L'utilizzazione clinica della clozapina pone tuttavia una serie di problemi in termini di sicurezza e tollerabilità. Accanto infatti a una ridotta incidenza di sintomi extrapiramidali e di sindrome negativa da neurolettici, essa richiede un monitoraggio continuo della formula leucocitaria data la possibile, anche se bassa, incidenza di leucopenia e agranulocitosi. Inoltre la terapia con clozapina comporta altri effetti indesiderati come l'eccessiva sedazione e l'aumento di peso.

Schizofrenia resistente: approccio integrato

M. Casacchia, R. Pollice, R. Roncone
Università de L'Aquila

Introduzione: la schizofrenia è una malattia cronica che presenta una prognosi spesso insoddisfacente. Infatti vi è un largo gruppo di pazienti che vengono definiti resistenti al trattamento in quanto raggiungono un grado molto basso di remissione clinica

Metodi: lo studio ha analizzato una popolazione di pazienti afferenti, negli ultimi due anni, al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di L'Aquila. La popolazione è stata suddivisa in base al numero dei ricoveri identificando così una popolazione di alti utilizzatori. I pazienti sono stati sottoposti a una valutazione clinica e psicopatologica, a una valutazione del funzionamento sociale e della dimensione neuropsicologica tra cui la consapevolezza di malattia. Sono stati messi in atto interventi psicosociali e riabilitativi tra cui *social skill training*, *problem solving* e un approccio psicoeducazionale con il coinvolgimento dei familiari.

Risultati: i risultati evidenziano come i fattori contestuali ed extra clinici sembrano giocare un ruolo prevalente nel condizionare il ricorso al ricovero come soluzione temporanea dei problemi. I pazienti sottoposti a interventi riabilitativi integrati con i psicofarmaci hanno dimostrato modesti ma significativi miglioramenti nel quadro clinico e nel funzionamento sociale e un minor ricorso all'ospedalizzazione.

Conclusione: dalla nostra esperienza il concetto di resistenza dovrebbe essere usato con parsimonia in quanto gli approcci integrati possono portare a miglioramenti nel paziente che potrebbe così ritrovare la speranza per il suo futuro.

Bibliografia

Quintero J, Barbudo del Cura E, López-Ibor MI, et al. *The evolving of treatment-resistant schizophrenia*. Actas Esp Psiquiatr 2011;39:236-50.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA PINTURICCHIO

S45 - Disturbi del comportamento alimentare: vulnerabilità biologica e stili di attaccamento

COORDINATORI

S. Fassino, F. Brambilla

Brain imaging in eating disorders – new insight into behavior and traits

U.F. Bailer

University of California San Diego, Department of Psychiatry, Eating Disorder Treatment and Research Program, La Jolla, CA, USA; Medical University of Vienna, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Division of Biological Psychiatry, Vienna, Austria

Several lines of evidence suggest disturbances of serotonin (5-HT) and dopamine (DA) pathways play a role in the pathogenesis and pathophysiology of anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN). Studies using imaging with radioligands specific for 5-HT and DA components, have found alterations of the 5-HT_{1A} and 5-HT_{2A} receptors, and DA D₂/D₃ receptors in AN and BN. In general, individuals after recovery have elevated 5-HT_{1A} receptor binding and reduced 5-HT_{2A} receptor

binding. Restrictor AN had elevated 5-HT transporter binding whereas bulimic AN had reduced 5-HT transporter binding. Only restrictor AN had elevated DA D2/D3 receptor binding in the antero-ventral striatum. In addition, some studies suggest relationships between these components and traits often found in individuals with AN and BN, such as harm avoidance and drive for thinness.

The 5-HT and DA systems are highly complex. Thus disturbances of these components may reflect dysregulation of these neuronal systems, rather than identify the exact etiology. It is likely that these findings reflect complex dysregulation of patterns of 5-HT-DA pathways in AN and BN. Moreover, subtypes may have different patterns of 5HT-DA dysfunction which may shed light on understanding specific symptoms such as inflexibility and rigidity and disregard of normal rewards in AN, or unstable mood and impulse dyscontrol in BN. In summary, new technologies such as PET offer the promise of understanding the relationship of behavior and neurocircuits contributing to eating disorders. Furthermore PET and radioligand studies may be a useful tool for investigating and managing medication response in treatment resistant individuals.

Gli aspetti genetici dei disturbi del comportamento alimentare

P. Monteleone^{1,2}, A. Tortorella¹, B. Canestrelli¹, G. Pagliaro¹, M. Maj¹

¹ Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN;

² Cattedra di Psichiatria, Università di Salerno

L'anoressia nervosa (AN) e la bulimia nervosa (BN) hanno un'etiopatogenesi multifattoriale che prevede l'interazione tra fattori genetici, verosimilmente responsabili della trasmissione di una vulnerabilità biologica per le due sindromi, e fattori ambientali. Negli ultimi 10 anni, diverse varianti polimorfe dei geni codificanti molecole coinvolte nella modulazione del comportamento alimentare e nella regolazione di dimensioni psicopatologiche correlate con i due disturbi alimentari sono state oggetto di studi di associazione caso-controllo. I risultati sono stati spesso incongruenti, verosimilmente a causa delle differenze e dei limiti metodologici tra i vari studi come, per esempio, le piccole dimensioni dei campioni, l'eterogeneità etnica delle popolazioni studiate, la mancanza di correzioni statistiche per analisi multiple, l'adozione di differenti criteri diagnostici e la stratificazione delle popolazioni. Inoltre, gli effetti dei fattori di rischio ambientali sull'espressione genica sono stati finora completamente trascurati.

Si suppone che l'eterogeneità fenotipica dei DCA rappresenti la principale variabile responsabile dei risultati contraddittori e, a tutt'oggi, non conclusivi. Studi futuri dovranno focalizzarsi su sottogruppi più omogenei di pazienti e, soprattutto, dovranno considerare l'esistenza di possibili endofenotipi. Inoltre, do-

vranno essere incoraggiati studi collaborativi multicentrici allo scopo di raccogliere campioni più ampi di pazienti con un più affidabile potere statistico.

Attaccamento insicuro nei disturbi del comportamento alimentare come fattore patogenetico e di risposta ai trattamenti

G. Abbate Daga, F. Amianto, L. Lavagnino

Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino, SCU Psichiatria; Centro Pilota Regionale per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare, AOU "San Giovanni Battista" di Torino

Introduzione: nell'anoressia nervosa è stata evidenziata la presenza di stili relazionali oppositivi e alterata capacità nel riconoscere e processare le emozioni. La presente relazione si prefigge di indagare in anoressiche a) la correlazione tra stili di attaccamento e psicopatologia alimentare; b) i correlati neurobiologici di *resting state* e attivazione in risposta a stimoli emozionali-relazionali tramite fMRI.

Metodi: un primo campione di 153 anoressiche è stato studiato con *Temperament and Character Inventory*, *Body Shape Questionnaire*, *Beck Depression Inventory* e *Attachment Style Questionnaire*. Un secondo campione di 12 anoressiche è stato confrontato con un campione di 12 controlli sani tramite fMRI per valutare eventuali differenze di attivazione cerebrale sia nel *resting state* sia durante lo stimolo con il paradigma di riconoscimento volti (Derntl et al. 2009).

Risultati: uno stile di attaccamento insicuro tipo ansioso preoccupato caratterizza le pazienti anoressiche. In particolare il bisogno di approvazione è il più chiaro predittore di insoddisfazione dell'immagine corporea, indipendentemente dal BMI, dalla gravità del sintomo alimentare e depressivo, dalla durata di malattia e dai tratti di personalità. Lo stile di attaccamento insicuro inoltre influenza il trattamento sia a breve che a lungo termine. Nel campione sottoposto a fMRI si evidenzia rispetto ai controlli un alterato funzionamento basale delle connessioni tra le aree cerebrali, che coinvolgono particolarmente la corteccia frontale e il cervelletto. Inoltre l'attivazione cerebrale in risposta agli stimoli emotivi e relazionali è differente tra soggetti con anoressia nervosa rispetto ai controlli.

Discussione: lo stile di attaccamento insicuro delle anoressiche può ostacolare lo psichiatra nel costruire e mantenere un'autentica relazione terapeutica e può modificare la prognosi. I dati preliminari ottenuti con la fMRI descrivono che anche i correlati neurobiologici sia a riposo che in risposta a stimoli sono alterati nelle pazienti anoressiche, facendo ipotizzare una disregolazione dei sistemi cerebrali nel processamento dell'emozionalità relazionale.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA BRAMANTE

S46 - Integrazione tra psichiatria e discipline affini

COORDINATORE

F. Starace

L'integrazione con la psicologia clinica: difficile ma possibile

F. Mazzi

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena; Dipartimento di Salute Mentale Dipendenza Patologiche

La psicologia clinica e la psichiatria sono discipline scientifiche che si occupano dello stesso oggetto: il funzionamento normale e patologico della mente umana ma appaiono nella prassi divise profondamente da diversi fattori, alcuni dei quali possiamo sommariamente elencare:

- approcci metodologici distinti e a volte contrapposti; paradigma funzionale psicologico per la psicologia clinica, verso paradigma biologico per la psichiatria;
- valutazioni dimensionali, verso valutazioni categoriali;
- terapie psicologiche, verso terapie farmacologiche;
- formazione psicologica, verso formazione medica;
- psicopatologia minore per la psicologia clinica verso psicopatologia maggiore per la psichiatria.

Questi fattori tendono ad alimentare pregiudizi corporativi e spingono gli operatori di entrambi i settori a competere al fine di ritagliarsi spazi operativi e di potere sempre più ampi, a volte a scapito di una organizzazione funzionale efficace ed efficiente dei servizi di salute mentale.

L'integrazione delle specifiche competenze e la condivisione di un modello bio-psico-sociale, all'interno di processi clinico-assistenziali condivisi, rappresenta il logico punto di equilibrio al quale dovrebbe tendere l'organizzazione dei servizi di salute mentale per un utilizzo ottimale delle risorse di entrambi i settori. La relazione che presentiamo, partendo dall'analisi di esperienze operative concrete, suggerisce alcuni specifici processi assistenziali integrati in aree cruciali per la salute mentale, quali l'esordio psicotico, l'organizzazione dei servizi di consulenza nell'ospedale generale e nella medicina di base, la valutazione e terapia dei disturbi d'ansia e dell'umore, la prevenzione del disagio psichico nell'adolescenza.

Il contributo ha lo scopo di proporre il superamento di sterili contrapposizioni e facilitare una integrazione funzionale efficace dei settori, allo scopo di favorire il più ampio recupero clinico e sociale dell'utente dei nostri servizi di salute mentale.

Integrazione tra psichiatria e discipline affini. L'integrazione con le dipendenze patologiche: *strange bedfellows*

I. Maremmani

Clinica Psichiatrica, Università di Pisa

Che il problema delle tossicodipendenze sia affrontabile su vari versanti a seconda dell'angolazione da cui viene osservato è

acquisizione non più recente e ormai consolidata. La genesi multifattoriale della tossicodipendenza, dove si intersecano elementi biologici, psicologici e sociali, giustifica un approccio globale al problema e non semplicemente livelli di intervento paralleli e non comunicanti. Il problema delle tossicodipendenze, da molti affrontato in maniera semplicistica, ricorrendo di volta in volta a modelli interpretativi ora biologici ora psicologici ora sociali, può essere invece utilizzato come paradigma per dare il giusto valore ai fattori biologici, psicologici e sociali che determinano l'insorgenza della pratica tossicomane e che ne caratterizzano il decorso e la risposta alla cura.

Il rinnovamento comportamentale che il tossicomane sperimenta durante il trattamento può consolidarsi solo se pilotato attraverso programmi di modulazione psicologica e comportamentale che acquisiscano al soggetto patterns nuovi di organizzazione e risoluzione dei problemi esistenziali. In questa ottica l'importanza della gestione del colloquio come modalità di relazionarsi al paziente nei vari momenti evolutivi del disturbo e dell'intervento mostra ancora una volta come solo lavorando verso la creazione di un possibile luogo di incontro tra somatico e psicologico si potrà essere certi di lavorare, anche nel campo delle tossicodipendenze, all'attuazione di un programma di trattamento realmente efficace.

La figura dello psichiatra potendo efficacemente mediare fra il somatico e lo psicologico si propone, in definitiva, come la più idonea per un intervento multimodale su un malato che dopo anni di affidamento a personale non medico e a terapie che hanno dato i risultati che tutti possono vedere, deve essere restituito a sedi più qualificate e a personale medico altamente qualificato e a indubbia impostazione clinica. Tale visione non potrà certo realizzarsi alla luce dello status quo dei servizi psichiatrici e per le tossicodipendenze che necessitano di una forte spinta integrativa sia a livello conoscitivo che di prassi terapeutica. Ma si può essere buoni compagni di letto anche senza un grande innamoramento reciproco.

Integrazione tra psichiatria adulti e psicogeriatrics: non è un paese per vecchi?

M. Neri¹, F. Neviani¹, M. Mannina¹, S. Ferrari²

¹ *Dipartimento integrato di Medicina, Endocrinologia, Metabolismo e Geriatria, Università di Modena e Reggio Emilia;*

² *UO Psichiatria Ospedaliero-Universitaria Modena Centro, Università di Modena e Reggio Emilia*

L'opportunità di prevedere, per il prossimo futuro, una collaborazione fra geriatria e psichiatria sempre più stretta e strutturale sorge da vari elementi clinico-epidemiologici:

- i soggetti affetti da un disturbo psichiatrico insorta in età giovanile-adulta con l'invecchiamento possono sviluppare una comorbilità somatica, come nella popolazione gene-

rale, che potrebbe anche essere facilitata da effetti di trattamenti farmacologici in cronico e/o stile di vita. Inoltre, il prolungamento dell'arco vitale consente il manifestarsi anche in età avanzata di disturbi psichiatrici;

- b. la comorbidità che caratterizza l'anziano si manifesta sempre più di sovente con disturbi comportamentali che mimano quelli caratterizzanti i disturbi psichiatrici. Questo risulta vero non solo per le patologie primariamente cerebrali, ma anche per gli effetti connessi a malattie più strettamente somatiche;
- c. in entrambe le condizioni sopracitate si deve esaminare un originale rapporto "mente-corpo" caratterizzato da complessità sia a livello di diagnosi differenziale, che di trattamento farmacologico e/o ambientale, che di ipotesi prognostica. È sempre più chiaro come il disturbo psichiatrico di per sé possa produrre effetti biologici negativi sull'omeostasi di sistemi complessi, ma anche possa negativizzare la prognosi di patologie somatiche specie se croniche e invalidanti. D'altro lato, queste ultime condizioni si associano spesso a disturbi o sindromi psichiatriche non sempre riconosciute dal medico internista, oppure non adeguatamente indagate.

Il disturbo psichiatrico e la comorbidità somatica dell'anziano sono ambedue condizioni disabilitanti e la loro co-presenza ha affetti negativi moltiplicativi. La disabilità ha un peso rilevante sul carico assistenziale sostenuto dal caregiver. In questo ambito l'integrazione delle due esperienze nella comunicazione al pz. e al familiare, nella rilevazione del burden assistenziale e nella sua prevenzione, costituiscono un'area di potenziale rilevante collaborazione.

L'integrazione tra neuropsichiatria infantile e psichiatria adulti: diventare maggiorenni è difficile?

P. Stagi

Dipartimento Salute Mentale, Servizio di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Modena

La letteratura internazionale riporta che sino al 20% degli adolescenti presenta disturbi codificabili in base ai sistemi nosografici internazionali, che il suicidio rappresenta la terza causa di morte in adolescenza (Belfer 2008) e che più di 3/4 degli adulti affetti da disturbi psichiatrici aveva soddisfatto i criteri diagnostici per lo stesso disturbo (evoluzione omotipica) o per altri disturbi psichiatrici (evoluzione eterotipica) già in adolescenza (Kim-Cohen 2003; Copeland 2009).

Un'approfondita conoscenza del tema della continuità/discontinuità (Pihlakoski 2006; Rutter 2006) dei disturbi psicopatologici a esordio infantile e adolescenziale nell'età adulta è dunque cruciale, oltre che per la nosografia psichiatrica, per la prevenzione della psicopatologia in età adulta e la pianificazione dei servizi di salute mentale (Mesman 2001; Kim-Cohen 2003; Copeland 2009 a, b).

In Italia, mentre sono stati condotti studi epidemiologici sull'incidenza e la prevalenza dei disturbi mentali negli adulti (ad es. lo studio policentrico ESEMED-WMH, pubblicato nel 2004), ben poco si è pubblicato circa l'epidemiologia dei disturbi psicopatologici nell'età evolutiva (Frigerio 2009) e l'impatto che tali disturbi hanno sulla salute mentale degli adulti.

Nella Regione Emilia-Romagna (RER) la DGR 313/2009 "Piano Attuativo Salute Mentale anni 2009-2011" ha sancito la compresenza, nei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP), dei servizi territoriali di salute mentale dedicati all'età evolutiva (Unità Operative di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, UONPIA), dei servizi psichiatrici per gli adulti (Centri di Salute Mentale, CSM) e dei servizi per le dipendenze patologiche (Ser.T., DP). Tale assetto organizzativo offre, sul tema dell'integrazione tra servizi di salute mentale (minori, adulti, dipendenze patologiche), un'opportunità unica sia per analisi statistico-epidemiologiche, sia per la sperimentazione di proposte operative.

Questo lavoro, basandosi sull'analisi statistico-epidemiologica di una popolazione di oltre 30.000 minori consecutivamente afferiti alla UONPIA dell'Ausl di Modena nel periodo 1996-2010, di cui circa 1.000 ripresi in carico dai CSM della medesima Ausl dopo la dimissione dalla UONPIA al compimento del 18° anno, prende in considerazione alcuni fattori ritenuti predittivi di sviluppi psicopatologici in età adulta.

Inoltre presenta alcuni esempi di integrazione tra servizi, all'interno del DSMDP e nella più ampia rete dei servizi sociali e sanitari, in ambito sia clinico che assistenziale: gestione delle emergenze urgenze psicopatologiche adolescenziali; interventi per la garanzia della continuità assistenziale ai soggetti con disabilità mentale (disabilità intellettiva, disturbi pervasivi dello sviluppo) che hanno raggiunto la maggiore età.

Infine, il tema dell'integrazione tra servizi di salute mentale per adulti e per minori è affrontato nella prospettiva dello sviluppo neuropsichico dei figli di genitori affetti da disturbi psichiatrici (Dean 2010).

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA MASACCIO

S47 - Stress e infiammazione nella vulnerabilità e nel trattamento dei disturbi dell'umore

COORDINATORE
M.A. Riva

Gli antidepressivi contrastano lo stress e aumentano la neurogenesi attivando il recettore dei glucocorticoidi

C.M. Pariante

Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK

La possibilità che i farmaci antidepressivi agiscano direttamente tramite un'azione neurogenica – cioè di stimolo alla produzione di nuovi neuroni – è uno degli sviluppi più significativi della recente ricerca in psicofarmacologia. In questa relazione verrà fornita una *vision* critica e aggiornata dell'argomento, con particolare enfasi sui dati del nostro laboratorio su cellule staminali ippocampali umane, un modello sperimentale di particolare pertinenza clinica. Verranno descritti i geni e fattori di trascrizione coinvolti nell'azione neurogenica degli antidepressivi e anche quelli coinvolti nell'azione depressogena degli ormoni dello stress e degli stimoli pro-infiammatori. In particolare, abbiamo identificato che antidepressivi di diverso meccanismo farmacologico hanno tutti la capacità di aumentare la differenziazione di cellule staminali verso la linea neuronale, con uno specifico effetto di aumentare la proliferazione che appare solo quando le cellule sono in una situazione di stress, cioè durante il trattamento contemporaneo con ormoni dello stress. Questi risultati sono sorprendentemente coerenti con la pratica clinica, dove l'effetto degli antidepressivi sull'umore si osserva solo in presenza di depressione ma non in soggetti sani. Inoltre, abbiamo identificato il recettore per glucocorticoidi (GR) e i geni P11 e P57, come essenziali mediatori molecolari dell'effetto neurogenico degli antidepressivi.

Stress, antidepressivi e plasticità neuronale

M.A. Riva

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

Lo stress nelle sue diverse forme rappresenta uno dei più rilevanti fattori di suscettibilità per le patologie psichiatriche. Conseguentemente, è importante comprendere i meccanismi molecolari responsabili degli effetti indotti dallo stress a carico di strutture come ippocampo e corteccia prefrontale che sono fondamentali per le disfunzioni associate ai disturbi dell'umore. Numerose evidenze dimostrano che l'esposizione a stress in diversi momenti della vita determina una significativa riduzione dei meccanismi di plasticità neuronale, spesso associati a una alterata funzionalità di molecole neurotrofiche, un effetto che può contribuire alle modifiche funzionali e strutturali che si associano ai disturbi dell'umore. È stato dimostrato che l'espressione della neurotrofina BDNF è significativamente diminuita

in seguito a esposizione a stress durante la gestazione e nelle prime fasi della vita, un effetto sostenuto da modificazioni epigenetiche, che rappresentano un forte correlato molecolare tra gli eventi 'precoci' e lo sviluppo di patologia nel lungo termine. È lecito ipotizzare che il trattamento farmacologico della depressione possa e debba interferire con le alterazioni funzionali e molecolari indotte dall'esposizione a stress e conseguentemente che l'efficacia clinica dei farmaci sia supportata dalla capacità di 'migliorare' la plasticità neuronale e interferire con i meccanismi trascrizionali e post-trascrizionali alterati nella condizione patologica. Per esempio, non solo il trattamento antidepressivo aumenta l'espressione di proteine trofiche in specifiche strutture cerebrali, ma è in grado di normalizzare la riduzione nell'espressione di BDNF prodotta da stress cronico e può interferire con i meccanismi epigenetici che regolano la trascrizione della neurotrofina.

L'analisi dettagliata degli effetti prodotti da molecole ad attività antidepressiva sulle modificazioni indotte da stress, sui meccanismi di neuroplasticità e sul rapporto esistente tra tali alterazioni e altri mediatori dei disturbi dell'umore (ormoni e citochine, per esempio) può fornire utili informazioni per lo sviluppo di nuove strategie farmacologiche che possano contribuire al miglior esito clinico e al recupero funzionale dei pazienti affetti da disturbi dell'umore.

Infiammazione e depressione: meccanismi molecolari, predittori e target della risposta al trattamento

A. Cattaneo, R. Uher, G. Breen, P. McGuffin, M. Gennarelli, C.M. Pariante

Università di Brescia

La depressione maggiore è uno dei disturbi psichiatrici più comuni ed è una delle principali cause di disabilità nel mondo. Tuttavia, nonostante la grande varietà di farmaci antidepressivi a oggi disponibili, solo un terzo dei pazienti risponde adeguatamente al trattamento e a oggi non è ancora possibile predire l'outcome. Pertanto c'è la necessità di identificare marcatori predittivi della risposta al trattamento. Tali biomarcatori potrebbero portare all'identificazione di *pathways* rilevanti per la depressione e quindi di target per lo sviluppo di nuovi farmaci. Per l'identificazione di biomarcatori predittivi della risposta abbiamo valutato in leucociti provenienti da un gruppo di pazienti affetti da depressione maggiore (n = 74) prima e dopo 8 settimane di trattamento randomizzato con escitalopram o nortriptilina e caratterizzati per la risposta al trattamento (GENDEP study) i livelli di espressione di 15 geni appartenenti a sistemi biologici che sono stati trovati consistentemente alterati nella depressione: asse HPA (GR, FKBP5, FKBP4), infiammazione (TNF- α ,

IL-6, MIF, IL-7, IL-10, IL-1 β , IL-1 α , IL-4, IL-8) e neuroplasticità (BDNF, VGF e p11).

I livelli di espressione di MIF, IL-1 β e TNF- α sono più elevati in pazienti non responder rispetto ai responder ($F = 144,645$, $p < 0,0001$ per MIF, $F = 39,430$, $p < 0,0001$ per TNF- α , $F = 55,962$, $p < 0,0001$ per IL-1 β). Infatti, l'espressione di MIF, IL-1 β e TNF- α alla baseline correla con il treatment outcome, misurato come riduzione del punteggio della MADRS dopo 12 settimane di trattamento (Δ MADRS)(TNF- α : $r = -0,444$, $p < 0,0001$; MIF: $r = -0,616$, $p < 0,0001$; IL-1 β : $r = -0,562$, $p < 0,0001$). Inoltre, sebbene ciascuna citochina correli significativamente con la risposta al trattamento, il potere predittivo migliore lo abbiamo osservato quando abbiamo aggiunto al modello di regressione lineare multipla tutte e tre le citochine contemporaneamente (*adjusted* $R^2 = 0,459$, $p < 0,0001$). Questi risultati dimostrano che i livelli alla baseline delle tre citochine pro-infiammatorie sono in grado di predire la risposta al trattamento farmacologico e suggeriscono che bloccando i loro effetti si potrebbe contribuire a una migliore risposta al trattamento.

Citochine pro-infiammatorie: ruolo nell'eziopatogenesi della depressione e nell'effetto degli antidepressivi

S. Alboni, C. Benatti, F. Tascetta, N. Brunello
Università di Modena e Reggio Emilia, Dipartimento di Scienze Biomediche, Modena

La patofisiologia della depressione e il meccanismo d'azione dei farmaci antidepressivi non sono stati ancora completamente chiariti. Tuttavia, di recente è emerso chiaramente che l'insorgenza della depressione è associata a uno sbilanciamento tra il

sistema nervoso, immunitario e quello endocrino. Questo suggerisce la possibilità che molecole in grado di regolare l'omeostasi di questi tre sistemi possano contribuire con la comparsa e la progressione della malattia. In particolare, le citochine sembrano essere importanti regolatori del sistema integrato neuro-immuno-endocrino con un ruolo nella depressione, infatti: i) elevati livelli plasmatici di citochine pro-infiammatorie sono stati rilevati in pazienti depressi e ii) l'attivazione acuta (LPS) o cronica (IFN α) del sistema immunitario può indurre sintomi depressivi trattabili con antidepressivi.

In realtà si sa ancora poco dell'effetto centrale di un trattamento cronico con antidepressivi sui sistemi delle citochine pro-infiammatorie. Per questo motivo abbiamo valutato nel ratto l'effetto di un trattamento di quattro settimane con fluoxetina o imipramina sui livelli di espressione di specifiche citochine pro-infiammatorie. In particolare abbiamo focalizzato la nostra attenzione sull'ipotalamo dal momento che in questa area le citochine hanno un ruolo importante nel regolare funzioni neurovegetative che sono alterate nella maggior parte dei pazienti depressi (incluso appetito, sonno e regolazione dell'asse ipotalamo ipofisi surrene).

Mediante RQ-PCR abbiamo dimostrato che un trattamento cronico con fluoxetina riduce i livelli di espressione di IL-6 e IFN γ nell'ipotalamo di ratti trattati rispetto ai relativi controlli. Un trattamento di quattro settimane con imipramina invece, non solo riduce i livelli di espressione di IL-6 e IFN γ , ma anche di IL-12, IL-18R e IL-6R nell'ipotalamo di animali trattati rispetto ai controlli.

I nostri dati suggeriscono che una ridotta espressione di molecole appartenenti a sistemi di citochine pro-infiammatorie in ipotalamo possa rappresentare un meccanismo d'azione comune di un trattamento cronico sia con fluoxetina che con imipramina.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA PERUGINO

S48 - Il ruolo dei traumi per l'insorgenza e l'evoluzione dei disturbi mentali

COORDINATORI

C. De Rosa, R. Roncone

Guerre e conseguenze psicosociali

G.M. Galeazzi
Eastlondon NHS Foundation Trust, London, UK

Introduzione: oltre a danni immediati, i conflitti armati producono significativi effetti a lungo termine, a partire dalla salute mentale delle popolazioni affette. Il contributo affronta questi temi sulla scorta dei risultati di una ricerca epidemiologica multicentrica (CONNECT), che ha rilevato con strumenti validati gli effetti a lungo termine sulla salute mentale delle popolazioni colpite dalle guerre nei paesi dell'ex-Yugoslavia.

Metodi: sono stati intervistati 3313 soggetti rimasti nei Paesi di origine (Bosnia-Herzegovina, Croazia, Kosovo, Macedonia, Serbia) e 854 rifugiati in Germania, Inghilterra, Italia ($n = 297$), Regno Unito. I soggetti sono stati reclutati con metodi probabilistici nei Paesi dell'ex-Yugoslavia e attraverso liste anagrafiche e passaparola negli altri. Si sono raccolti dati sociodemografici, di esposizione a eventi potenzialmente traumatici e relativi all'esperienza migratoria e sono stati somministrati strumenti validati come MINI, BSI e IES-R. È stato effettuato un follow-up a un anno.

Risultati: oltre alla prevalenza di vari esiti psicopatologici a lungo

termine nelle popolazioni affette, sia come soddisfacimento di diagnosi categoriali, sia come prevalenza di sintomi (per esempio, suicidalità), la ricerca ha prodotto modelli predittivi per i diversi esiti studiati, individuando differenti fattori di rischio, distribuiti nel periodo pre- (es. variabili sociodemografiche), durante (es. traumi di guerra), e post-conflitto (es. stato lavorativo, condizione migratoria e di temporaneità del visto). L'analisi dei fattori di rischio conferma l'utilità di utilizzare chiavi interpretative complesse, come il costrutto della violazione dei diritti umani, nella costruzione dei modelli. I fattori di rischio trovati differiscono per i soggetti rimasti nei paesi di origine e per quelli rifugiati, ma rimangono relativamente consistenti tra paesi.

Conclusioni: i risultati confermano la persistenza a lungo termine di pesanti conseguenze psicosociali nelle popolazioni esposte a conflitti armati, e sottolineano l'importanza di tenere conto di fattori di rischio precedenti e successivi alla guerra nell'interpretare gli esiti e approntare gli interventi.

Criminalità e conseguenze psicosociali

C. De Rosa, V. Del Vecchio, D. Giacco, M. Luciano, A. Fiorillo

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Il tema dell'insicurezza percepita nelle grandi città è un argomento di grande attualità. In esso convergono aspetti sociologici, antropologici e psicosociali. I dati scientifici descrivono le metropoli come realtà intrise di paure che si presentano come emozioni pervasive del vissuto quotidiano. Circa il 90% degli abitanti delle 10 più grandi città del mondo dichiara di avere almeno qualche piccola ansia quotidiana, il 43% avverte con maggiore intensità una o più angosce e una persona su 10, se dovesse indicare il sentimento che meglio esprime l'atteggiamento nei confronti della propria vita, sceglierebbe la paura vera e propria. Napoli è una delle metropoli italiane più contraddittorie, le sue criticità si intersecano variamente a quelle della criminalità organizzata e della delinquenza comune che la rendono una realtà in cui coesione sociale, valori etici, grado di raggiungimento dei diritti di cittadinanza sono indeboliti. Tutto questo favorisce degrado e povertà sociale, che a sua volta produce vulnerabilità, comportamenti patogeni e disturbi psichiatrici secondo un modello circolare in cui i disturbi mentali, attraverso la selezione sociale, possono portare alla povertà, e la povertà riduce la probabilità di prognosi favorevole di molti disturbi mentali. La presenza di criminalità sul territorio determina livelli elevati di insicurezza percepita nella popolazione; modifiche di stili di vita e di lavoro; reazioni post-traumatiche nelle vittime di racket o di furti e rapine; la presenza di rifiuti tossici nei territori si associa a un rischio maggiore di esordi precoci di morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, disturbi del comportamento e ADHD; la maggiore accessibilità delle droghe sul territorio è una delle ragioni per cui la Campania è la regione italiana con il maggior numero di pazienti in carico ai Ser.T. Tutto questo incide sulla pratica quotidiana di varie professioni, compresa quella di psichiatra e rende auspicabile la formazione di un network di professionisti che integri saperi e competenze di operatori della salute mentale che lavorano nei territori a elevato tasso di criminalità e devianza per la condivisione di competenze e l'approfondimento dei temi in termini di ricerca e di assistenza.

Traumi, *resilience* e strategie di *coping*. Il ruolo degli interventi psicosociali

A. Fiorillo, C. De Rosa, V. Del Vecchio, D. Giacco, M. Luciano

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Introduzione: negli ultimi 20 anni le conoscenze sugli effetti psicosociali dei traumi sono aumentate in maniera significativa. Tuttavia, l'effetto degli interventi psicosociali per affrontare al meglio le conseguenze dei traumi è ancora ampiamente dibattuto.

Metodi: lo studio è stato condotto con la metodologia Delphi a quattro fasi tra tutti i partecipanti all'*Early Career Psychiatrists Committee* dell'*European Psychiatric Association* (EPA).

Risultati: al momento, sono state raccolte informazioni da 16 paesi europei (Austria, Bielorussia, Croazia, Francia, Germania, Inghilterra, Italia, Olanda, Portogallo, Repubblica Ceca, Romania, Scozia, Serbia, Svezia, Svizzera, Turchia). Tutti i partecipanti allo studio hanno riconosciuto il ruolo degli interventi psicosociali nei traumi. Gli interventi maggiormente consigliati sono l'intervento precoce, il trattamento farmacologico, l'intervento psicoeducativo, il supporto sociale, la terapia cognitivo-comportamentale "trauma-focused"; questa ultima raccomandata soprattutto per il disturbo acuto da stress e il disturbo post-traumatico da stress. Tuttavia, questi interventi sono disponibili solo in 4 paesi. In alcuni contesti sottoposti recentemente a traumi di massa (ad es., Croazia e Serbia), questi interventi – per quanto ritenuti molto utili – non vengono forniti di routine nei servizi di salute mentale.

Conclusioni: esistono numerosi interventi psicosociali di provata efficacia per migliorare la *resilience* e le strategie di *coping* nelle popolazioni sottoposte a traumi. Tuttavia, questi interventi solo raramente vengono offerti di routine nei servizi di salute mentale, anche in contesti sottoposti a traumi recenti.

Catastrofi naturali e impatto sui servizi di salute mentale: prevenzione dello stress degli operatori e nuove emergenze psicopatologiche nella popolazione giovanile

R. Pollice, L. Verni, V. Bianchini, R. Roncone

Dipartimento di Scienze della Salute, Università de L'Aquila

Introduzione: la letteratura internazionale ha dimostrato come un disastro naturale sia associato all'aumentata prevalenza di disturbi psichiatrici: disturbo post-traumatico da stress (PTSD), depressione, ansia, disturbi del sonno e abuso di sostanze. Il PTSD è il disturbo psichiatrico più diffuso dopo un disastro con un range variabile tra l'1,5 e il 74%. Tale diagnosi risulta difficile poiché le persone inconsciamente trascurano le conseguenze psicologiche di un evento traumatico.

In questi contesti, inoltre, l'operatore in emergenza sviluppa una soglia di tolleranza elevata nei confronti di situazioni che, occasionalmente o cronicamente, possono indurre un'alterazione dell'equilibrio psichico. Scopo dello studio è stato quello di valutare le caratteristiche cliniche, funzionali e neuropsicologiche in un campione di operatori presso il P.O. "S. Salvatore" di L'Aquila nei 12 mesi successivi all'evento sismico del 6 aprile 2009. I soggetti appartenenti al campione in esame sono stati sottoposti a trattamento farmacologico e psicoterapico secondo interventi standardizzati.

Metodi: da maggio 2009 ad aprile 2010 sono stati valutati 72 soggetti (18 maschi e 54 femmine), appartenenti alle diverse Unità Operative del P.O. "S. Salvatore" di L'Aquila. Sono stati utilizzati i seguenti strumenti di valutazione: scheda di rilevazione dei dati anamnestici; valutazione neuropsicologica; *Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire Impact Event Scale-Revised*; *Brief Cope*; *General Health Questionnaire-12 items*; VGF; CGI-S.

Sempre nello stesso periodo, 323 giovani sopravvissuti al terremoto, afferiti consecutivamente presso lo SMILE, U.O.S. dell'Ospedale San Salvatore dell'Aquila, sono stati sottoposti al seguente *assessment*: una scheda socio-anagrafica, la raccolta di informazioni rispetto all'esperienza sismica e scale psicometriche quali il *General Health Questionnaire-12 items* (GHQ-12), l'*Impact Event Scale-Revised* (IES-R), l'intervista SCID-II per i disturbi in Asse II e SCID-I per la diagnosi psichiatrica.

Risultati: sono stati effettuati follow-up a cadenza semestrale nel campione degli operatori, valutando al termine dei 12 mesi gli esiti e verificando la presenza di eventuali correlazioni fra le variabili cliniche e funzionali rilevate con i trattamenti psicoterapici effettuati, con l'adozione di specifiche strategie di *coping* e con le condizioni relative al contesto lavorativo.

Il 44,2 e 37,4% del campione di adolescenti, invece, presentavano rispettivamente livelli di stress moderato (GHQ-12 > 15) e alto (GHQ-12 > 20). Il genere femminile e la disoccupazione erano significativamente correlati con il livello di stress (GHQ-12 score) e il tratto ossessivo-compulsivo (OC). La prevalenza delle dimensioni post traumatiche della "ri-esperienza", "evitamento/numbing" e di "iperarousal" erano del 39,8, 23,7 e

36,5%, rispettivamente. Dopo lo screening iniziale, del 66,7% del campione che ha mostrato una sintomatologia post traumatica positiva (IES-R > 35), il 13,8% ha poi ricevuto una diagnosi di PTSD. Inoltre il tratto OC, il sesso femminile, la distruzione dell'abitazione e l'elevato livello di stress si sono rilevati fattori di rischio per lo sviluppo di un PTSD nei soggetti positivi con sintomatologia post traumatica, senza una diagnosi di PTSD.

Conclusioni: il nostro studio conferma che un disastro naturale può determinare l'esacerbazione di disturbi mentali preesistenti con un significativo rischio di cronicizzazione e lo sviluppo di una diagnosi di PTSD (13,8%), con conseguenti costi enormi di gestione per le strutture assistenziali e la società. Lo screening post traumatico in una situazione di emergenza dovrebbe essere una priorità nei programmi di sanità pubblica. In linea con le più recenti ricerche, i risultati del nostro studio evidenziano percentuali di risposta agli interventi maggiormente significativi per trattamenti integrati. Si rileva una significatività per la presenza di sintomi dissociativi in chi è stato esposto a immagini traumatiche, così come in soggetti con inagibilità della propria abitazione. È infine emerso che una migliore organizzazione del contesto lavorativo garantisce un più efficace ripristino del funzionamento globale degli operatori.

Bibliografia

Alexander DA., Klein S. *First Responders after Disaster: a review of Stress Reactions, at-risk, vulnerability and resilience factors*. Prehosp Disaster Med 2009;24:87-94.

Mitchell JT, Everly GS Jr. *The scientific evidence for critical incident stress management*. JEMS 1997;22:86-93.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA BERNINI

S49 - Le patologie psichiatriche emergenti

COORDINATRICE
D. Marazziti

Dipendenze e scelta deliberata

S. Pallanti

Università di Firenze

Le dipendenze comportamentali sono uno dei grandi capitoli emergenti della psichiatria. Emergenti non solo perché sempre più nitidi sotto un ottica clinica, ma perché in molti casi intimamente legati allo sviluppo di nuove tecnologie e alle nuove abitudini di vita sociale e privata che ci impongono. Inoltre, tali disturbi hanno il carattere dell'emergenza sia per la loro crescita esponenziale, ma soprattutto per il target di popolazione che maggiormente ne è a rischio: gli adolescenti e i giovani. Un ruolo centrale in questo campo ha avuto e avrà lo sviluppo e la diffusione di internet.

Internet, il "web", rappresenta il più importante prodotto culturale e educativo nella società dell'industria di massa, e allo

stesso tempo l'ultima minaccia allo spazio intimo della soggettività. In realtà non è solo una tecnologia ma un ventaglio di opportunità e uno stile di vita diverso, inoltre, per la maggior parte di noi, rappresenta una parte inevitabile della ritualità quotidiana. Qualche anno fa, il filosofo Ludwig Wittgenstein ha detto che la lettura di giornali ha sostituito la preghiera del mattino, vorrei aggiungere che ora il monitor del portatile ha sostituito il tabernacolo. Pertanto il collegamento web una questione che abbraccia sia la dimensione sociale che quella psicologica. Per segnare la linea di demarcazione tra un fisiologico e un "uso patologico dei media elettronici" è, a livello sociale, una questione sia di quantità che di tempo consumato e relativo danno sociale, ma, come psicopatologo, ciò che importa è il "come" internet è vissuto, con una specifica attenzione alla dimensione soggettiva.

Di particolare interesse tra i cambiamenti psicologici che si verificano nel mondo virtuale on-line, sono la maggiore disinibi-

zione comportamentale e la ricerca del rischio; questi, infatti, sono i primi segnali della riduzione progressiva della consapevolezza soggettiva, del declino progressivo della consapevolezza di sé e l'inizio di una "esperienza dissociativa cosciente" nei confronti dell'obiettivo finale della perdita di controllo.

Dal piacere dello shopping allo shopping compulsivo

G. Maina, V. D'Ambrosio

Servizio per i disturbi depressivi e d'ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Lo shopping e il piacere a esso collegato sono fenomeni comunemente osservabili nella routine quotidiana. Tuttavia, in alcuni casi specifici, la tendenza all'acquisto può avere caratteristiche impulsive e manifestarsi in maniera improvvisa, senza alcuna pianificazione da parte dell'individuo e essere accompagnata da una sensazione urgente di tensione, piacere ed eccitamento. Quando questo comportamento diviene ripetitivo e conduce a conseguenze negative (per lo più finanziarie e psicologiche), tale comportamento viene definito "shopping compulsivo". Descritto per la prima volta nel 1915 da Kraepelin e Bleuler, è stato incluso all'interno del DSM-III-R come esempio di un disturbo da discontrollo degli impulsi non altrimenti specificato. Attualmente, né nel DSM-IV-TR né nell'ICD 10 vi è una definizione o una classificazione specifica per questo disturbo, che risulta ancora piuttosto dibattuta. La task force per il DSM-V ha recentemente proposto di classificare lo shopping compulsivo all'interno di una nuova categoria, quella dei "disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo" di cui farebbe parte anche il disturbo ossessivo-compulsivo che verrebbe quindi a essere distinto dagli altri disturbi d'ansia. Dal punto di vista epidemiologico, lo shopping compulsivo ha una prevalenza compresa tra il 2 e l'8% e in circa il 90% dei casi interessa il sesso femminile. L'età d'esordio è compresa tra i venti e i trent'anni e il decorso nella maggior parte dei casi è cronico. Frequentemente si presenta in comorbidità con altri disturbi di Asse I quali disturbi dell'umore, d'ansia e disturbi da uso di sostanze. Nel 30% dei casi lo shopping compulsivo si presenta nei pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo. Alcune caratteristiche fenomeniche dello shopping compulsivo, quali l'intrusività dei pensieri legati al comprare e la resistenza opposta a tali pensieri, spesso criticati come insensati dai pazienti stessi e vissuti come ossessivi, hanno indotto i ricercatori a inquadrare tale disturbo all'interno dello spettro ossessivo-compulsivo. A questo proposito, vengono presentati i dati provenienti da una ricerca effettuata presso il Servizio per i disturbi depressivi e d'ansia dell'Università di Torino su un campione di pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo che si presenta in comorbidità con shopping compulsivo.

La dipendenza affettiva tra psicopatologia e normalità

D. Marazziti, S. Baroni, L. dell'Osso

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

Introduzione: uno dei filoni più innovativi delle neuroscienze è quello che si occupa dei correlati biologici delle emozioni e dei sentimenti. Perfino l'amore, il sentimento considerato il più

tipicamente umano, è diventato oggetto d'indagine scientifica. Scopo di questa relazione è di quello di presentare i dati biologici più recenti sui meccanismi che potrebbero sottendere l'innamoramento e l'amore e di evidenziare quali potrebbero essere alla base della dipendenza affettiva.

Metodi: è stata presa in esame la maggior parte della letteratura internazionale sull'argomento, con particolare riguardo ai dati sull'attaccamento negli animali e ai correlati neurochimici e di *brain imaging* nell'uomo, insieme a i nostri contributi sull'argomento.

Risultati: i sistemi coinvolti nell'innamoramento e nell'amore sono principalmente quelli che sottendono le reazioni primarie di ansia e paura, dello stress e i neuropeptidi ossitocina e vasopressina che agiscono sui centri dopaminergici del piacere.

Conclusioni: le modificazioni biologiche che sottendono l'innamoramento e l'amore, e in particolare quelle che coinvolgono il sistema dopaminergico, sembrano rappresentare quella base di vulnerabilità che porterebbe individui più fragili a sviluppare la dipendenza affettiva.

Hikikomori: sindrome esotica o no?

P. Cardoso

Firenze

L'*Hikikomori* è una patologia per la quale i giovani si rifiutano di andare a scuola e si chiudono nella loro stanza ed evitano ogni contatto con il mondo esterno. Passano le loro giornate a dormire, guardare la televisione o usando Internet, che diventa l'unico canale di comunicazione con il mondo esterno. Ciò produce anche un'alterazione del ritmo sonno-veglia, che spesso si invertono.

Anche con i familiari i contatti sono ridotti al minimo e spesso si limitano a mettere fuori della porta il cibo. In Giappone questa patologia colpisce circa, secondo i dati raccolti dal governo giapponese alcuni anni or sono, circa 6151 giovani¹.

Questa patologia appare correlata al gran numero di suicidi molto frequenti nei giovani giapponesi.

Le soluzioni sin'ora adottate sono risultate del tutto insufficienti. Un intervento che ha prodotto dei risultati è la "Terapia Morita".

Possibili cause scatenanti: l'elevata competitività scolastica che determina poi l'avvenire lavorativo del ragazzo. L'esclusione dal gruppo dei propri compagni, perché non riescono a mantenere un alto livello di rendimento scolastico. Il non riuscire a mantenere le aspettative della famiglia, che fa notevolissimi sacrifici, in molti casi, per mandare i figli in scuole molto costose, instaura un conflitto nel ragazzo che sente tradire il proprio "giri" verso la famiglia. L'alta selettività del sistema scolastico giapponese. La perdita dei valori tradizionali sostituiti da valori tipici del mercato consumistico ovvero del bisogno di "conformarsi" al modello di gruppo e della società, non più imposta dalle comunità tradizionali ma dal bisogno di raggiungere posizioni di lavoro di prestigio e di alta redditività e dalla moda.

Nello studiare l'*Hikikomori* ci siamo accorti che le diversità culturali ed etiche che esistono tra la civiltà giapponese e quella occidentale erano maggiori di quelle che potevamo supporre.

Soluzioni possibili: incrementare il numero degli interventi volti a sensibilizzare maggiormente gli insegnanti verso queste problematiche per realizzare la massima prevenzione possibile.

Aumentare la presenza degli psicologi nelle scuole, che attraverso incontri individuali e di gruppo, possano individuare i ragazzi a maggior rischio e sostenerli. Così come andrebbe realizzata una grande campagna d'informazione per famiglie. Per i ragazzi già colpiti dall'*Hikikomori*, potrebbero essere creati gruppi di sostegno, anche attraverso delle chat-line, simili a quelli realizzati, in Europa, per gli alcolisti, rivedendoli rispetto alla cultura giapponese.

Occorrerebbe anche suggerire di realizzare interventi di psicoterapia individuale, dove un terapeuta segua, per molto tempo un ragazzo, nel tentativo di reinserirlo progressivamente, nel mondo della realtà. Facendo così, il ragazzo potrebbe ricostruire, a poco a poco, un rapporto di fiducia verso se stesso e verso quel mondo dal quale era fuggito.

Studi recenti: all'interno di un ampio studio epidemiologico del *World Mental Health Survey-Giappone*, sono state condotte delle interviste su un numero considerevole di famiglie per una maggiore conoscenza della diffusione e delle caratteristiche del fenomeno dell'*Hikikomori*.

Si è trovato che la prevalenza del fenomeno era dell'1%, tra le comunità residenti dei soggetti intervistati, di età compresa

tra 20 e 49 anni. In particolare, è risultata alta la prevalenza dell'*Hikikomori* tra i ventenni (2%). Questo dato indica come il fenomeno è una psicopatologia relativamente comune tra adolescenti e giovani adulti in Giappone.

Inoltre, circa lo 0,5% dei soggetti ha riferito che almeno un ragazzo nella loro famiglia sta attualmente vivendo come *Hikikomori*. Applicando questa cifra all'intera popolazione del Giappone, si stima che 232.000 persone attualmente soffrono di *Hikikomori*. L'età di picco dell'insorgenza è di 15-19 anni.

Altro dato importante ricavato dallo studio è che oltre il 50% degli intervistati che aveva sperimentato l'*Hikikomori*, aveva anche subito un qualche disturbo psichiatrico nella propria vita. In più, aveva un rischio 6,1 volte più elevato di comorbidità con disturbi dell'umore rispetto a coloro che non avevano esperienza di *Hikikomori*. Ciò suggerisce che l'*Hikikomori* sia una psicopatologia frequentemente associata ai disturbi psichiatrici.

Bibliografia

- ¹ Watts J. *Public health experts concerned about "Hikikomori"*. *Lancet* 2002;359:1131.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 11.40-13.40

SALA BORROMINI

S50 - Psicologia e psicopatologia della risposta ai traumi

COORDINATORI

S. Calossi, P. Castrogiovanni

Per una definizione della traumaticità dell'evento

P. Castrogiovanni

Università di Siena

La gravità dell'evento in sé è una caratteristica di primaria importanza nella genesi del disturbo post-traumatico da stress, anche se il suo potenziale traumatico è influenzato da aspetti individuali e soggettivi.

È quindi cruciale fare riferimento a una descrizione delle caratteristiche della potenzialità traumatica dell'evento e della modalità in cui l'evento stesso si è verificato, che sia più soddisfacente e persuasiva di quella del DSM-IV.

In questa prospettiva, due aspetti fondamentali sono da considerare: da un lato l'impatto dell'evento sulla persona, e d'altra parte la condizione di preparazione della sua mente. Le conseguenze psicopatologiche del trauma derivano infatti in primo luogo dalle caratteristiche dell'evento in sé e, solo secondariamente, dalla predisposizione individuale.

In conclusione, più "traumatiche" sono le caratteristiche dell'evento, più i suoi effetti sono indipendenti dalla persona e il suo meccanismo eziopatogenetico sarà psicobiologico.

Il nucleo del PTSD fra psicopatologia e psicobiologia

L. Bossini

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Siena

La letteratura ha ampiamente dimostrato come fattori esogeni psicogeni, sia esterni (traumi emotivi ed eventi di vita) sia interni (consci o inconsci) siano in grado di modificare l'attività cerebrale e quindi di indurre alterazioni dell'attività psichica. Tra i disturbi mentali conseguenti a "traumi", solo il disturbo post-traumatico da stress (DPTS) è identificato dall'evento traumatico che in questo disturbo assume un ruolo specifico, tanto che per poter fare diagnosi è assolutamente necessaria la presenza, in anamnesi, di uno stressor cui sono strettamente collegati i sintomi.

La specificità del quadro clinico sembra sottesa uno specifico pattern di alterazioni neurobiologiche. È stato dimostrato che nel disturbo post-traumatico da stress (DPTS) esistono modificazioni biologiche cerebrali confermate da studi di *Brain Imaging* sia funzionale che strutturale.

La maggior parte dei dati replicati sembrano indicare un'alterazione a livello di quei circuiti cerebrali coinvolti nella

formazione e gestione delle memorie, in particolare della memoria emotiva. Tali dati sembrano rendere ragione al quadro clinico dando unitarietà all'apparente frammentarietà dei clusters sintomatologici.

Verranno presentati dati relativi alle alterazioni neurobiologiche con disamina sulla loro corrispondenza sulla psicopatologia del PTSD. In particolare scopo della nostra ricerca è determinare il grado alterazioni neurobiologiche rilevate tramite Risonanza magnetica strutturale di atrofia ippocampale e confrontare tali dati con i risultati di test neuropsicologici e psicopatologici.

Verranno affrontati inoltre tutti i possibili risvolti terapeutici relativi all'individuazione di quei presidi possibilmente attivi sul nucleo psicopatologico e psicobiologico del PTSD.

Resilienza ed eventi traumatici

A. Rossi, C. Capanna, P. Stratta

Università de L'Aquila

La resilienza è la capacità di superare, per qualità individuali, psichiche, comportamentali e di adattamento un grave stress a cui è associato un grave rischio di psicopatologia. Alcuni soggetti, anche di fronte alle più dannose avversità, riescono a gestirle evitando il collasso psicologico e mantenendo un sano adattamento. La resilienza riflette il versante positivo di un continuum adattamento/maladattamento in risposta a un fattore di rischio.

La resilienza è multidimensionale e multi determinata da una com-

binazione di caratteristiche fisiologiche e di fattori di personalità. Resilienza e vulnerabilità costituiscono l'effetto dell'interazione di diversi fattori, non solo predisposizioni genetiche, che possono manifestarsi nel temperamento, nell'intelligenza o nella personalità come nella diversa suscettibilità ai possibili eventi ambientali. Caratteristiche di personalità resiliente a eventi traumatici, quali elevata capacità di persistenza e basso evitamento del pericolo, possono essere considerati fattori di protezione per la comparsa di disturbi mentali correlati a eventi traumatici.

Vengono presentati i risultati di 3 studi indipendenti condotti in seguito al terremoto de L'Aquila del 6 aprile 2009.

Il primo condotto su 400 soggetti 'esposti' e 480 controlli riporta che caratteristiche personologiche di 'persistenza' indicano un migliore adattamento all'evento traumatico.

Nel secondo studio condotto su 324 adolescenti 'esposti' e 147 controlli la 'resilienza' assume un valore 'protettivo' con rilevanza per il genere maschile.

Nel terzo studio vengono riportati i sintomi dello spettro traumatico in relazione alla 'resilienza' in una popolazione di studenti a distanza di 2 anni dal sisma.

Gli studi che indagano differenze di genere nella risposta resiliente a eventi traumatici sono comunque insufficienti, soprattutto nella valutazione della natura, limiti e antecedenti dell'adattamento resiliente in differenti gruppi a rischio e fasi della vita.

Bibliografia

Rossi A, Capanna C, Struglia F, et al. *Temperament and Character Inventory - Revised (TCI-R) 1 year after the earthquake of L'Aquila (Italy)*. Personality and Individual Differences 2011;51:545-8.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 15.00-17.00

SALA MICHELANGELO

S51 - La cronobiologia come organizzatore dimensionale psicopatologico dei disturbi mentali

COORDINATRICE

L. Bossini

Il disturbo bipolare come disturbo cronobiologico

A. Koukopoulos

Centro Lucio Bini, Roma

"Siamo tutti figli del sole" dice la Jamison e Robert Burton nell'*Anatomy of Melancholia* dice che il nostro corpo è come un orologio.

Fin dagli albori della creazione degli esseri viventi essi hanno dovuto compiere enormi sforzi per adattarsi a un ambiente che cambiava continuamente. I principali fattori di mutamento nell'ambiente sono la luce e il calore del sole. Infatti le principali influenze cronobiologiche sono legate alle stagioni e ai mutamenti circadiani della luce e del calore.

Abbiamo esaminato il tempo di esordio di cento manie in relazione alle stagioni.

L'esordio ha avuto luogo per 60 pazienti nel periodo primavera-estate (da marzo fino ad agosto), e in 40 pazienti nel periodo autunno-inverno (da settembre a febbraio). Questa differenza sarebbe stata probabilmente maggiore nel decorso naturale del disturbo. Il gran numero di manie scatenate da agenti chimici, droghe e antidepressivi, certamente influenza il momento d'esordio. In ottanta pazienti la manie insorse in associazione a simili fattori scatenanti. Il numero di manie spontanee è troppo piccolo per trarre qualsiasi conclusione. Comunque, 14 manie spontanee hanno avuto inizio in primavera-estate e solo 6 in autunno-inverno.

Negli stessi disturbi stagionali, ma anche i quelli non stagionali,

la disregolazione dei ritmi circadiani è un elemento cardine e si ipotizza essere coinvolta nella loro patogenesi.

Diversi studi hanno evidenziato come i pazienti con disturbo depressivo stagionale abbiano un ritardo nella fase del sonno (*Sleep phase delay* – intesa come il ritardo di 2-4 ore dell'insorgenza del sonno rispetto all'orario abituale, con associata difficoltà al risveglio mattutino). Di grande significato è il fenomeno che mentre nella depressione semplice il momento peggiore è al risveglio la mattina, nella depressione mista tale momento avviene di sera e spesso comincia nel pomeriggio.

In tale ottica il sistema circadiano interpreta un ruolo cardine non solo nel sistema affettivo, ma anche in altri sistemi omeostatici chiave come quello energetico e dell'alimentazione. Nel disturbo bipolare il sistema melatoninergico risulta marcatamente compromesso, con *sleep phase delay* presente durante gli episodi depressivi e spesso anche in eutimia.

Cronobiologia dei disturbi d'ansia e psicosi

G. Bersani

Dipartimento di Scienze e Biotechnologie Medico-Chirurgiche, Sapienza Università di Roma

Le alterazioni della ritmicità del sistema circadiano rappresentano un fattore ben documentato nell'ambito del processo patogenetico e delle manifestazioni cliniche dei disturbi dell'umore, in particolare di quelli depressivi. Modificazioni del ritmo sonno/veglia, di alcuni bioritmi neuroendocrini e del profilo di attività vengono considerati indici significativi di modificazioni profonde della regolazione delle funzioni somatiche e mentali a ritmicità giornaliera.

Al contrario, esistono dati molto più frammentari e incostanti per quanto riguarda i risultati di osservazioni e ricerche cronobiologiche nel campo di altri disturbi mentali, tra cui principalmente i disturbi d'ansia e i disturbi psicotici.

In linea generale, al di là di singole caratteristiche cliniche dei diversi disturbi, non emergono modificazioni specifiche e costanti di elementi costitutivi del sistema circadiano, almeno di grado e regolarità tali da essere in qualche modo omologati a quelli riscontrati nei pazienti affetti da disturbi dell'umore. Sembrerebbe allo stato attuale possibile individuare le eventuali anomalie bioritmiche eventualmente osservabili quali espressioni del grado e della tipologia della componente affettiva di volta in volta presente in diversa misura nell'ambito del quadro clinico di altri disturbi, piuttosto che quali espressioni sintomatiche direttamente collegabili ai processi patogenetici di questi. Nel campo dei disturbi d'ansia, le principali alterazioni cronobiologiche risultano a carico del ritmo sonno/veglia, senza peraltro dimostrare definiti profili di modificazioni. Nel disturbo di panico, come in altri disturbi con prevalente sintomatologia di tipo fobico, le alterazioni del sonno appaiono frequenti ma irregolari, più caratterizzate da difficoltà di addormentamento e superficializzazione del sonno, piuttosto che da un chiaro andamento ascrivibile ad anticipo o ritardo di fase, come è invece frequente nei pazienti depressi. I dati su eventuali modifiche dell'architettura del sonno sono scarsi e poco informativi. La presenza di attacchi di panico notturni sembra individuare un almeno in parte specifico profilo di alterazione del sonno, che appare comunque in buona misura secondario alla ricorrenza degli attacchi piuttosto che a un'anomalia di tipo primario. Un

modello analogo può essere proposto per i disturbi del sonno che caratterizzano i pazienti con PTSD. Alterazioni più costanti del ritmo sonno/veglia, anche con aspetti di avanzamento di fase e di correlate modificazioni dei bioritmi di cortisolo e melatonina, appaiono in tali pazienti più presenti in rapporto alla severità dell'implicazione depressiva, potendo quindi essere verosimilmente considerati in più diretto rapporto con i processi patogenetici alla base di questa. I pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo, nonostante la frequente elevata gravità delle manifestazioni, non dimostrano alterazioni specifiche di aspetti della ritmicità circadiana. In tutti i disturbi d'ansia, le alterazioni del bioritmo del cortisolo risultano più direttamente in rapporto con l'esperienza di stress derivante dal disturbo o da altre forme di reattività situazionale, piuttosto che con modificazioni primarie in grado di trascinare a loro volta altri elementi sintomatici.

Nel campo dei disturbi psicotici, è noto che grossolane alterazioni della ritmicità circadiana sono costanti nei pazienti in stato di eccitamento maniaco, nell'ambito peraltro delle complesse anomalie presenti in modo esteso nei disturbi dell'umore. Nei pazienti con diverse forme cliniche di Schizofrenia, le alterazioni del ritmo sonno/veglia e della ritmicità neuroendocrina sono spesso profonde, ma nessun specifico profilo di queste sembrerebbe a oggi potere essere chiaramente definito. È verosimile che la profonda eterogeneità biologica e clinica della schizofrenia contribuisca in modo determinante a tale attuale difficoltà di riconoscimento di profili specifici di alterazione. Anche in questo caso, alcuni più costanti aspetti di anomalie cronobiologiche appaiono correlati alla severità della componente affettiva del quadro psicopatologico, rinviando quindi ipoteticamente in qualche misura ai meccanismi patogenetici alla base di questi. Modificazioni del bioritmo di cortisolo, melatonina, prolattina sono stati ripetutamente osservati, ma il nodo del rapporto con le diverse tipologie cliniche della schizofrenia risulta ancora determinante nell'ostacolare il riconoscimento di specifici profili di alterazione. Esistono dati suggestivi di anomalie circadiane nell'espressione cerebrale di molecole appartenenti a sistemi neuromodulatori o neurotrofici, quali alcune sostanze del sistema endocannabinoide o diverse neurotrofine, ma più approfondite conferme risultano ancora ampiamente necessarie.

Terapia cronobiologica

L. Bossini

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Siena

È ormai ampiamente riconosciuto che il mantenimento dei ritmi biologici è uno dei principali target per le terapie dei disturbi dell'umore.

Tra le teorie neurobiologiche dei disturbi dell'umore infatti la distruzione dei ritmi sembra giocare un ruolo fondamentale.

Numerosi sono i presidi adottati per la resincronizzazione:

- *sleep deprivation*;
- *light-therapy*;
- melatonina e agomelatina;
- psicoterapia interpersonale dei ritmi.

Verrà presentata una rassegna della letteratura sul razionale biologico di utilizzo dei vari presidi e sui dati di efficacia.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 15.00-17.00

SALA TIZIANO

S52 - La depressione geriatrica e la depressione a insorgenza tardiva sono equivalenti?

COORDINATORI

A. Amati, M. Nardini

L'invecchiamento del paziente DOC e gli esordi tardivi

F. Bogetto

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Parlare di invecchiamento del paziente affetto da disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) implica, a nostro giudizio, affrontare tre distinti argomenti, oggetto di interesse recente in letteratura. Innanzitutto significa verificare la prognosi a lungo termine del DOC. Numerosi sono gli studi recenti a tale proposito, con tempi di follow-up di anni (fino a 40 anni), idonei quindi a rispondere circa la prognosi a lungo termine (in età avanzata) del DOC. Tali studi, che verranno ampiamente presentati nel corso del Simposio, sembrano indicare che una quota rilevante di pazienti non presenta più sintomi OC a distanza di anni dalla prima diagnosi, mentre una quota pari a circa il 30% risulta non responsivo ai trattamenti; una proporzione stimabile in circa il 10-15% dei pazienti sviluppa nel tempo un disturbo diverso dal DOC, principalmente un disturbo bipolare. Una seconda questione rilevante è costituita dalla stabilità dei sintomi ossessivo-compulsivi nel tempo, soprattutto in termini di dimensioni sintomatologiche. Gli studi recenti dimostrano che le dimensioni sintomatologiche specifiche del DOC, identificate secondo l'approccio multidimensionale (4 o 5 a seconda degli studi), sono stabili nel tempo in ciascun paziente e sembrano esprimere il coinvolgimento di aree cerebrali specifiche e parzialmente diverse. Ultimo argomento oggetto di interesse è costituito dai casi di DOC che insorgono in età tardiva, cioè nell'anziano. Un esordio tardivo del disturbo, dopo i 40 anni, è raro; in genere meno del 5% dei pazienti DOC esordisce dopo i 40 anni di età. Un esordio tardivo, soprattutto in pazienti anziani, dovrebbe indurre il clinico a sospettare una patologia organica cerebrale, con coinvolgimento dei gangli della base.

Specificità e aspecificità dei sintomi depressivi geriatrici

P. Castrogiovanni

Università di Siena

La depressione, nonostante il bagaglio di conoscenze biologiche, cliniche e terapeutiche accumulate in merito, non raramente si presenta a tutt'oggi irta di problematiche, particolarmente quella che si verifica nell'età senile.

Un approfondimento psicopatologico, che permetta una lettura più profonda rispetto a quella di superficie suggerita dai criteri diagnostici dei DSM, potrebbe garantirne una migliore comprensione e un più adeguato inquadramento anche dei quadri depressivi dell'età avanzata.

Si fa riferimento a un'ottica psicopatologica tesa a cogliere la nuclearità sottostante ai sintomi, secondo la quale viene trasferito alla depressione il costrutto dei sintomi "negativi" e sintomi "positivi" che tanto seguito ha avuto nella interpretazione della schizofrenia.

In base a questa concezione psicopatologica, vengono analizzate le caratteristiche sintomatologiche dei quadri depressivi geriatrici, cercando di cogliere fra esse quelle dotate di maggiore specificità e quindi utilizzabili per la diagnosi rispetto ad altre di minore significato diagnostico.

Vengono illustrati anche i riflessi di tali considerazioni psicopatologiche sulla impostazione del trattamento.

Aspetti neurocognitivi della depressione in età avanzata: il possibile link con le malattie neurodegenerative

M.R. Barulli, A. Iurillo, M. Tursi, F. Veneziani, C. Palumbo, A. Papazacharias, M. Nardini, G. Logroscino

Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Bari

Esiste una relazione sintomi tra sintomi/sindromi affettive e cognitive nelle persone anziane, con una stretta associazione fra sintomi depressivi e deterioramento cognitivo o sviluppo di demenza nella vecchiaia. L'impairment cognitivo può interessare diversi domini ed essere non progressiva nella depressione e in gravemente progressiva nelle demenze neurodegenerative. I sintomi depressivi sembrano più frequenti nella fase iniziale della demenza. (Alexopoulos 2003; Alexopoulos 2005; Gala et al. 2008).

Obiettivo: valutare la relazione tra deficit cognitivo e depressione in soggetti anziani.

Materiali e metodo: sono stati arruolati 136 soggetti consecutivi afferenti al Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a una valutazione cognitiva composta da test di screening e altre prove analitiche: *Mini Mental State Examination (MMSE)*, *Frontal Assessment Battery (FAB)*, *Prose Memory Test (PMT)*, *Rey Verbal Learning Test (RVLT)*, *Digit span forward (DSF) and backward (DSB)*, *Attentional Matrices (AM)*, *Trail Making Test A- B (TMTA-TMTB)*, *Verbal Fluency Test (FAS)*, *Stroop Test (ST)*, *Clock Drawing Test (CDT)*, *Geriatric Depression Scale (GDS)*.

Risultati: il campione (29 uomini e 39 femmine) aveva una età media di $71,8 \pm 6,4$ e un livello di scolarità di $9,3 \pm 5,1$. Abbiamo identificato due gruppi: a) *Mild Cognitive Impairment (MCI)* ($n = 44$; età media di $72,6 \pm 6,1$ e scolarità di $8,9 \pm 5,4$; il 27,3% ($n = 12$) di tipo amnesico); b) *Subjective Memory Complaints (SMC)* ($n = 24$; età media di $70,3 \pm 6,8$ e scolarità di $9,9 \pm 4,6$).

I due gruppi non differivano per età e scolarità. Il gruppo SMC aveva performance cognitive migliori nei seguenti domini: memoria ($p = 0,000$), funzioni esecutive ($p = 0,001$) e linguaggio ($p = 0,015$) rispetto al gruppo MCI. Il tono dell'umore era orientato in senso depressivo nel 47,7% ($n = 21$) del gruppo MCI, nel 41,7% ($n = 10$) nel gruppo SMC.

L'analisi di correlazione (Spearman's rho) mostrava una correlazione negativa tra umore e FAB ($r = -0,263$ $p = 0,009$).

Conclusioni: non ci sono differenze nella prevalenza della depressione tra i due gruppi. La sintomatologia depressiva è presente già dalle prime fasi di malattia ed è maggiormente connessa a una funzionalità cognitiva che coinvolge prevalentemente le funzioni esecutive.

Relazione tra apatia, età e attività della corteccia prefrontale durante *working memory*

L. Fazio

Università di Bari

Introduzione: l'apatia è una condizione comportamentale e psicologica caratterizzata da una diminuzione del comportamento finalizzato e da una riduzione degli aspetti cognitivi ed emotivi a esso associati. Dati neuropatologici e di imaging associano l'apatia a una compromessa funzionalità della corteccia prefrontale e dei sistemi prefronto-striatali, evidente sia in popolazioni cliniche che in soggetti sani. Un notevole numero di studi, inoltre, permette di ipotizzare una relazione tra età e apatia. Recenti lavori mostrano un incremento delle manifestazioni apatiche in una popolazione anziana sana, studiata in modo longitudinale, mentre precedenti studi avevano indicato

risultati simili su popolazioni cliniche, delineando un quadro suggestivo di relazione tra età e apatia in differenti popolazioni. Obiettivo del presente studio è stato quello di valutare, in soggetti sani, la relazione tra età, misure di apatia e attività cerebrale in corteccia prefrontale, utilizzando un compito di *working memory* durante risonanza magnetica funzionale (fMRI).

Metodi: un gruppo di 145 soggetti sani (65 m, età media $30 \pm 7,4$, range 20-53; QI medio $109,3 \pm 13,3$) è stato sottoposto a fMRI durante l'esecuzione di un compito di *working memory*. A ciascun soggetto è stata somministrata una scala di valutazione dell'apatia (*Apathy Scale* di S. Starkstein). L'analisi dei dati fMRI è stata condotta in SPM8 utilizzando modelli di regressione multipla ($p < 0,005$).

Risultati: l'analisi dei dati non ha mostrato una significativa correlazione tra apatia ed età. Tuttavia, analizzando i dati fMRI dell'intero campione i punteggi di apatia sono apparsi correlati all'attività corteccia prefrontale dorso-laterale sinistra durante di *working memory*. Nei soggetti più giovani la relazione tra apatia e funzionalità prefrontale era diretta, indicando un maggiore reclutamento di risorse neuronali in soggetti con livelli più marcati di apatia. All'aumentare dell'età era evidente una inversione di tale relazione, con una minore attività prefrontale legata ad alti livelli di apatia. Tali risultati si sono evidenziati in assenza di significative correlazioni con dati comportamentali.

Conclusioni: i risultati di questo studio associano l'apatia all'attività funzionale delle corteccia prefrontale durante compiti cognitivi e mostrano che la relazione tra apatia e corteccia prefrontale varia in base alla relazione con l'età. L'evidenza di tali risultati in una popolazione non clinica offre un interessante contributo alla caratterizzazione della dimensione apatia in differenti fasce d'età.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 15.00-17.00

SALA CARAVAGGIO

S53 - Impulsività: dai modelli sperimentali alla pratica clinica

COORDINATORI

L. Ravizza, A. Rossi

Psicofarmacologia dell'impulsività nella pratica clinica

M. Mattia

Psichiatra e psicoterapeuta, Docente Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università dell'Insubria, Varese

L'impulsività può essere definita come una tendenza a rispondere agli stimoli ambientali in maniera aggressiva ed è il nucleo tipizzante dei disturbi di personalità borderline, istrionici, antisociali e del disturbo bipolare.

Impulsività è dunque una predisposizione a reagire in modo rapido e non programmato agli stimoli interni o esterni senza alcuna valutazione delle conseguenze su se stessi o sugli altri. L'impulsività in generale è un aspetto importante di molti disturbi psichiatrici severi (instabilità affettive marcate, sindromi da dipendenze, spettro psicotico, ...)

La gestione clinica dell'impulsività diventa dunque una sfida prioritaria nella relazione psichiatrica. Partendo da queste riflessioni e attraverso la presentazione di alcuni casi clinici (DOC, disturbo borderline di personalità, ADHD, spettro psicotico e bipolare, ecc), l'autore presenterà l'approccio attuale dell'intervento psicofarmacologico ambulatoriale.

Razionalità e gioco d'azzardo patologico

S. Pallanti

Università di Firenze

L'inibizione è una proprietà fondamentale del comportamento necessaria per avere risposte comportamentali flessibili. L'uo-

mo nel corso dell'evoluzione ha sviluppato sistemi cerebrali esecutivi in grado di mettere in moto processi inibitori capaci di ridurre l'interferenza causata da stimoli distrattori irrilevanti, di bloccare ricordi ed emozioni indesiderate in modo da sopprimere scelte e azioni inappropriate. Senza il buon funzionamento di questi meccanismi inibitori il comportamento può diventare disadattativo, come si è visto in una vasta gamma di malattie in cui i soggetti presentano un comportamento impulsivo, come l'ADHD, la mania, l'abuso di sostanze e la schizofrenia. I modelli animali sono un contributo crescente alla nostra comprensione della psicologia e della neurobiologia alla base dei processi di inibizione comportamentale e dell'impulsività. I dati a oggi presenti in letteratura rimarcano l'importanza dei modelli animali in quest'area della ricerca neuroscientifica e aggiungono peso alla presenza di componenti distinte all'interno dei comportamenti impulsivi. Questa branca di ricerca rappresenta quindi una grande risorsa per lo studio nell'uomo e per lo sviluppo di nuove strategie di trattamento della sfera impulsiva.

Impulsività e tipizzazione clinica del disturbo borderline di personalità

S. Bellino, P. Bozzatello, F. Bogetto

Centro per i Disturbi di Personalità, Struttura Complessa di Psichiatria 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Obiettivo: il concetto di impulsività riveste un ruolo centrale nella psicopatologia e nelle manifestazioni sintomatologiche del disturbo borderline di personalità (DBP). Tuttavia, il discontrollo impulsivo-comportamentale si esprime clinicamente in modo eterogeneo. In particolare, alcuni autori considerano l'impulsività e l'aggressività reattiva come espressioni della stessa dimensione psicopatologica, mentre altri interpretano questi due elementi come distinti e separati. Anche la relazione tra impulsività ed esperienze traumatiche precoci è un aspetto rilevante nella psicopatologia del DBP ed è tuttora oggetto di dibattito.

Il principale obiettivo del nostro studio è di indagare, attraverso un'analisi fattoriale applicata a una serie di caratteristiche cliniche e demografiche facilmente osservabili, la presenza di sottotipi del DBP distinguibili in base alle manifestazioni dell'impulsività.

Metodo: sono stati arruolati pazienti ambulatoriali con diagnosi di DBP (DSM-IV-TR). Gli strumenti di valutazione utilizzati sono: un'intervista semistrutturata per le variabili socio-demografiche e la storia clinica, la SCID-I e II, la CGI-Severity Item; il BPD Severity Index, la BIS-11 per l'impulsività, la MOAS per l'aggressività, le scale di Hamilton per i sintomi depressivi e d'ansia. L'analisi statistica è stata condotta eseguendo l'analisi fattoriale con rotazione Varimax. Le variabili che caricano in modo significativo su ciascun fattore presentano un *factor loading* $\geq 0,30$.

Risultati: sono stati identificati quattro fattori che spiegano il 66,5% della varianza totale del campione. Il primo fattore è stato denominato "gravità/impulsività", il secondo "aggressività reattiva", il terzo "trauma/impulsività", il quarto "ansia/depressione". I nostri risultati indicano che l'impulsività nei pazienti con DBP è espressa in tre fattori distinti con caratteristiche psicopatologiche diverse e probabilmente sulla base di percorsi patogenetici differenti. Il quarto fattore ("ansia/depressione") è caratterizza-

to da sintomi aspecifici depressivi e d'ansia. Ulteriori indagini sono necessarie per accertare se questi fattori corrispondono a distinti sottotipi clinici del DBP.

Le implicazioni cliniche dei sottotipi, in particolare il loro significato predittivo in relazione alla risposta terapeutica, saranno oggetto di discussione.

Bibliografia

Links PS, Heslegrave R, van Reekum R. *Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder*. J Pers Disord 1999;13:1-9.

Critchfield KL, Levy KN, Clarkin JF. *The relationship between impulsivity, aggression, and impulsive-aggression in borderline personality disorder: an empirical analysis of self-report measures*. J Pers Disord 2004;18:555-70.

'Jumping to conclusion' in persone con dipendenza da alcol: relazione con processi decisionali, impulsività e dimensioni di personalità

P. Stratta³, A. Tomassini³, D. Spaziani², F. Struglia³, A. Rossi³

¹ Dipartimento di Salute Mentale, ASL 1, L'Aquila; ² Servizio Tossicodipendenze (Ser.T.), ASL 1, L'Aquila; ³ Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila

Introduzione: 'saltare alle conclusioni' ('Jumping to conclusion' – JTC – della letteratura anglosassone) è la tendenza a prendere decisioni in maniera estremamente affrettata e sulla base di scarse evidenze. È stato ipotizzato che deficit del controllo dell'impulsività e dei processi decisionali ('Decision Making', DM) possano avere un ruolo rilevante tra i fattori alla base del JTC³. Lo stile di ragionamento che caratterizza il JTC, è frequentemente associato a sintomi psicotici quali i deliri e rappresenta un tratto presente anche in parenti non affetti di soggetti con psicosi. Alterazione del DM è stato frequentemente osservato in soggetti con psicosi¹.

Mentre numerosi sono gli studi sul JTC in soggetti affetti da disturbi psicotici, nessuno è stato condotto in soggetti con comportamenti di dipendenza, di cui sia l'impulsività che il deficit di DM sono importanti caratteristiche. È verosimile che soggetti con dipendenza da alcol, che vari studi hanno osservato mostrare impulsività e deficit di DM², possano avere una tendenza al JTC. Lo scopo di questo studio è di valutare in un campione di soggetti con alcol dipendenza in attuale stato di sobrietà, il JTC e le capacità decisionali (DM) in relazione con dimensioni dell'impulsività e della personalità.

Metodo: diciotto persone con alcol dipendenza attualmente astinenti, in trattamento presso il Ser.T, sono state studiate utilizzando un compito per la valutazione del JTC (*Beads Task*), un compito per la valutazione delle capacità di DM (*Iowa Gambling Task* – IGT), una scala per la valutazione dell'Impulsività (*Barratt Impulsivness Scale* – BIS) e il *Temperament and Character Inventory 125-item* (TCI-125). Sono stati anche valutati undici soggetti di controllo, reclutati dalla popolazione generale, con il *BeadsTask* e l'IGT.

Risultati: i soggetti con alcol dipendenza astinenti mostrano una aumentata tendenza al JTC ma non un deficit significativo di DM valutato dall'IGT. La performance al JTC correla con quella dell'IGT sia nel campione clinico che in quello di controllo. La performance all'IGT, ma non quella al *Beads Task*, correla con

dimensioni dell'impulsività e di personalità (*Novelty seeking e Reward dependence*).

Conclusioni: è questo il primo studio che ha valutato il JTC in persone con comportamenti di dipendenza. I risultati mostrano che persone con alcol dipendenza hanno una tendenza al JTC. La correlazione tra IGT e JTC suggerisce l'esistenza di un costrutto condiviso, ma le relazioni con dimensioni di impulsività e di personalità dei due strumenti sono però differenti: la performance all'IGT sembra essere un esito più prossimale a queste dimensioni. D'altra parte è però verosimile che il *Beads task* utilizzato per la valutazione del JTC sia una misura meno sensibile ed efficiente, rispetto a un compito più complesso come l'IGT, per rilevare relazioni con le valutazioni psicometriche di impulsività e personalità.

Alterate performance in compiti di JTC e di DM sembrano essere importanti caratteristiche cognitive dei comportamenti di dipendenza.

Bibliografia

- 1 Struglia F, Stratta P, Gianfelice D, et al. *Decision-making impairment in schizophrenia: relationships with positive symptomatology*. Neuroscience Letters (in press).
- 2 Tomassini AR, Struglia F, Spaziani D, et al. *Decision making, impulsivity and personality traits in alcohol dependent subjects*. American Journal on Addictions (in press).
- 3 Van Dael F, Versmissen D, Janssen I, et al. *Data gathering: biased in psychosis?* Schizophr Bull 2006;32:341-51.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 15.00-17.00
SALA RAFFAELLO

S54 - Le nuove patologie da tecnologie della comunicazione e realtà virtuali

COORDINATORI
D. La Barbera, E. Caffo

L'effetto dei social network sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti

E. Caffo

Università di Modena e Reggio Emilia

Bambini e adolescenti "nativi digitali" sono grandi fruitori di Internet e social network: secondo recenti ricerche il 24,4% dei giovani italiani di 12-18 anni naviga in Internet da 2 a 4 ore al giorno; il 13,3% per oltre 4 ore al giorno. Sebbene ricerche internazionali ne abbiano evidenziato i numerosi effetti positivi sulla salute, Internet e social network, soprattutto se utilizzati in modo "patologico", possono mettere a rischio la salute mentale di bambini e adolescenti, influenzando lo stesso sviluppo cerebrale. Sappiamo, infatti, che fino al ventesimo anno di età circa il cervello è estremamente adattabile alle influenze esterne.

L'autore presenterà una rassegna critica dei principali studi realizzati su questo tema, evidenziando come dai risultati di recenti ricerche emerga che l'utilizzo patologico della rete, e più in particolare dei social network, in età evolutiva costituisca il fattore di rischio per alcuni esiti psicopatologici.

Da un lato l'utilizzo protratto nel tempo di Internet e social network sembra influenzare l'espletamento di funzioni cognitive quali attenzione, memoria e apprendimento. Dall'altro, tra le conseguenze negative di una fruizione massiccia e patologica di Internet vi sono la tendenza ad assumere maggiormente comportamenti a rischio, lo sviluppo di depressione, di ansia e di dipendenza patologica da sostanze.

Molti studi scientifici si stanno concentrando su fattori di rischio, evidenziando come l'impatto di Internet sul livello di benessere e sulla salute mentale di bambini e adolescenti di-

penda dalle caratteristiche del soggetto nonché dalle specifiche modalità di utilizzo delle nuove tecnologie.

L'autore discuterà le ricadute applicative di queste ricerche e i possibili livelli di intervento. Evidenzierà anche come l'individuazione di interventi preventivi e trattamenti clinici efficaci necessiti di nuove ricerche utili a comprendere l'impatto delle nuove tecnologie su bambini e adolescenti, i fattori che concorrono all'esordio psicopatologico, nonché a chiarire la relazione tra disturbi mentali ed utilizzo patologico di Internet.

Dipendenze tecnologiche e clinica dei nuovi media

D. La Barbera

Dipartimento di Biomedicina sperimentale e Neuroscienze cliniche, Università di Palermo

Il rapido sviluppo e la diffusione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, con la loro attitudine a modificare ogni ambito dell'esperienza umana, hanno comportato l'emergenza e il progressivo ampliamento di nuove aree di elaborazione teorica in ambito sociologico, psicologico, psicopatologico, neuroscientifico. Sul piano clinico l'impatto legato all'uso dei dispositivi tecnologici sul funzionamento mentale si manifesta con sempre maggiore evidenza come dimostrato, da una parte dal numero sempre più elevato di ambulatori e centri psichiatrici dedicati al trattamento dei disturbi psichici tecno-mediati, dall'altra dal notevole ampliamento della letteratura scientifica su tali tematiche. Se la Dipendenza da Internet (IAD) rappresenta senza dubbio il disturbo più indagato e definito da criteri diagnostici codificati, non va però trascurato

il ruolo che il contatto sempre più intenso e immersivo con le nuove tecnologie ha nel determinare modificazioni dei pattern neurofisiologici e dei modelli comportamentali tali da potere influenzare negativamente l'equilibrio psichico e l'adattamento sociale dell'individuo, anche al di fuori di specifiche forme di *addiction*. Per una migliore comprensione di questi aspetti è particolarmente utile considerare come le tecnologie della comunicazione, in quanto "psicotecnologie", hanno una specifica capacità di interagire con la mente e di modificarne i processi di funzionamento sia sul versante cognitivo, sia su quello sensoriale che su quello emotivo-affettivo. Tali considerazioni giustificano la individuazione di una "clinica dei nuovi media" come area della ricerca sui disturbi psichici connessi all'uso dei dispositivi di ICT e, più in generale, di indagine sugli aspetti psicobiologici e psicopatologici correlati ai nuovi media e alle tecnologie di realtà virtuale. I dati derivanti da queste ricerche appaiono, infine, di notevole interesse non solo per il lavoro clinico in psichiatria ma anche per tutti quegli aspetti educativi legati alla diffusione di modelli di uso competente delle tecnologie nell'infanzia e nell'adolescenza.

Bibliografia

Caretti V, La Barbera D. *Psicopatologia delle realtà virtuali*. Milano: Masson 2001.

La Barbera D, La Paglia F, Valsavoia R. *Social Network and addiction*. *CyberPsychology & Behavior* 2009;12:628-9.

La Barbera D, Mulè A. *Dipendenze tecnologie e da internet in adolescenza*. *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2010;29:3-8.

Nuove tecnopsicopatologie: contaminazioni culturali nel villaggio globale

M. di Giannantonio

Dipartimento di Neuroscienze e Imaging, Università "G. d'Annunzio" di Chieti

All'inizio del nuovo millennio il fenomeno *Hikikomori* (o ritiro sociale severo) fra i giovani giapponesi è divenuto un problema rilevante per la salute pubblica. Un'altra recente fonte di preoccupazione è la comparsa di una "nuova" sindrome denominata *Modern-type Depression*. Tale orecchiabile denominazione si è rapidamente e largamente diffusa tramite i mass-media giapponesi e via web, portando confusione nella pratica clinica dato che non esistono ancora linee guida approvate per la sua diagnosi e trattamento.

La *Modern-type Depression* è caratterizzata da uno spostamento dei valori dal collettivismo all'individualismo, da angoscia e riluttanza nell'accettare le attuali norme sociali, da un vago senso di onnipotenza e da un evitamento della fatica e dell'attività lavorativa. Essa sembra affliggere principalmente i nati dopo il 1970, ovvero la generazione cresciuta con i videogames in casa durante l'epoca della grande crescita economica in Giappone. Giovani affetti da *Modern-type Depression* tendono a sentirsi depressi solo a lavoro, per il resto del tempo traggono piacere dal mondo virtuale di internet, dei video games, e del pachinko (gioco simile al flipper). Di conseguenza, coloro colpiti da *Modern-type Depression* hanno difficoltà di adattamento a lavoro o nella scuola e a partecipare al mercato del lavoro, in maniera simile agli *Hikikomori*.

Uno studio epidemiologico sugli *Hikikomori* indica una prevalenza *lifetime* maggiore dell'1% negli adulti in Giappone. Numerosi casi simili a quelli descritti in Giappone sono stati segnalati in Korea, Oman, Spagna, aprendo un dibattito internazionale sulla natura del fenomeno *Hikikomori*: sindrome strettamente legata alla cultura giapponese, particolare forma di disadattamento, nuovo disturbo psichiatrico?

I recenti dati di letteratura forniscono una base razionale per studi epidemiologici riguardanti l'*Hikikomori* e la *Modern-type depression* nella clinica e nella popolazione generale. Secondo molti, infatti, essi non rappresentano fenomeni ben delimitati, legati alla specifica organizzazione della società giapponese, ma sarebbero i primi segnali di una pandemia con cui la nostra società dovrà presto confrontarsi.

Dipendenza da internet e psicopatologia web-mediata

F. Tonioni

Policlinico Universitario "A. Gemelli"

Dopo oltre due anni di esperienza sul campo è necessario superare il concetto di dipendenza da Internet, come dipendenza patologica comportamentale, circoscrivendolo a quegli ambiti clinici come il *gambling* e il *cyber sex* che si svolgono in un contesto autistico, dove non c'è una significativa interazione con l'altro. È importante invece approfondire i tratti evolutivi e gli esiti patologici che derivano dall'interazione massiva di bambini e adolescenti con il *gaming* e le relazioni web-mediate che, essendo attività interattive strutturalmente diverse dalle relazioni "dal vivo", danno origine a fenomeni clinici nuovi, compresi in quella che possiamo definire psicopatologia web-mediata.

Dipendenza da Internet: valutazione ed effetti sul rendimento scolastico

L. Crea, S. Sinatra, E. Aguglia

AOU Policlinico "G. Rodolico", Vittorio Emanuele II, Catania, Dipartimento di Biomedicina Clinica e Molecolare, UOPI Psichiatria

La dipendenza da Internet è caratterizzata dalla incapacità di controllare l'uso del mezzo tecnologico causando notevole disagio e/o alterazioni funzionali e può essere classificato come un disturbo del controllo degli impulsi. La dipendenza da Internet presenta affinità con abuso di sostanze e il gioco d'azzardo compulsivo. Gli adolescenti in particolare, più fragili psicologicamente, tendono a mostrare maggiori problematiche inerenti l'addiction rispetto a ogni altro gruppo di età.

La finalità dello studio è valutare la prevalenza della dipendenza da Internet fra studenti di istituti superiori selezionati a random tra quelli della provincia di Catania e di Enna (per un totale di tre licei scientifici, 2 licei classici e tre istituti tecnici industriali) attraverso la somministrazione del test *Internet Addiction Scale* (IAS) di K.S. Young (1996) e di confrontarne i risultati in base all'età, al sesso, all'istituto di provenienza e al rendimento scolastico.

La casistica è composta da 1423 studenti (809 M e 614 F) di età compresa fra 13 e 21 anni (media 15,94 ± 1,56) suddivisi in due sottogruppi in base all'età (A: 13-16 anni, B: 17-21 anni). I risultati hanno evidenziato che i soggetti dipendenti, con

un punteggio al test riportato ≥ 70 , sono stati 13, di questi 8 frequentavano istituti tecnici industriali e 5 i licei; i soggetti "a rischio", con un punteggio compreso tra 50 e 69, sono stati 267 (18,7%), senza differenze significative rispetto ai due sottogruppi considerati. La prevalenza nelle donne è minore rispetto ai maschi (16,94 e 21,63%); la prevalenza è maggiore negli istituti tecnici industriali (24,23%) rispetto a quella dei licei (17%). È stata posta in evidenza una significativa correlazione fra la presenza del fenomeno dipendenza da Internet e lo scarso rendimento scolastico, infatti nei soggetti senza debiti formativi la prevalenza è del 15,59%, mentre quella degli studenti che han-

no conseguito almeno un debito formativo nel corso dell'anno scolastico precedente è del 30,73%.

Lo studio mette in evidenza che il fenomeno inerente la dipendenza da internet negli adolescenti è un fenomeno in crescita con ricadute negative sul rendimento scolastico.

Bibliografia

Poli R, Agrimi E. *Internet addiction disorder: Prevalence in an Italian student population*. Nord J Psychiatry 2011 [Epub ahead of print].

Christakis DA, Zhou C. *Problematic internet usage in US college students: a pilot study*. BMC Med 2011;9:77.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 15.00-17.00

SALA TINTORETTO

S55 - Cinema e psicopatologia

COORDINATORI

I. Senatore, R. Dalle Luche

Personalità e disturbi ossessivi compulsivi nel cinema

V. Volterra

Università di Bologna

L'attribuzione "ossessiva-compulsiva" è conferita nelle più comuni nosografie (DSM-IV-TR e ICD-10) sia a disturbi di personalità, che a particolari disturbi specifici dell'Asse I. Anche in campo cinematografico, vi sono rappresentazioni esemplari di questi aspetti psicopatologici che indubbiamente danno la possibilità al pubblico di prenderne atto. Vengono presentati alcuni spezzoni di films commerciali, in cui i protagonisti manifestano tratti o veri disturbi ossessivi compulsivi.

La rappresentazione cinematografica del narcisismo

M. Balestrieri

Clinica Psichiatrica, Università e AOU di Udine

Quanti e quali narcisismi sono presenti nel cinema? Probabilmente ogni riproduzione scenica è in effetti una manifestazione di un narcisismo, di un attore, di un regista, di un produttore. Ma se usciamo da questa logica per soffermarci sui personaggi che interpretano parti di narcisista, siamo ancora in difficoltà, perché le espressioni del narcisismo prendono forme diverse. Questo è tra l'altro testimoniato dalle titubanze nel volere o meno includere il disturbo narcisistico nelle prossime classificazioni internazionali del DSM-V e dell'ICD-11. Di frequente rimane poi difficile da definire la differenza tra narcisismo sano e narcisismo patologico. I criteri della salute mentale sono parzialmente utili, perché individui narcisistici fortemente disturbati possono essere uomini di grande successo e perfettamente compensati nel loro ruolo. Fatto sta che il

disturbo di personalità narcisistica è molto rappresentato al cinema, come si può vedere dal numero di pellicole esistenti e reperibili su questo tema. Un punto ulteriore è che le classificazioni psichiatriche internazionali attuali identificano un certo tipo di paziente narcisista, quello arrogante, ficcanaso, invadente, mentre non è previsto il narcisista schivo, silenziosamente grandioso, così sensibile da evitare il contatto con gli altri. In questa breve rassegna di clip filmiche proporrò esempi vari di narcisismo utili a rappresentare la galassia di questo tratto di personalità.

La bussola della vergogna nel cinema

M.A. Coccanari de' Fornari¹, D. Fagiolo², G. Maglio³

¹ Professore Aggregato di Psichiatria, Sapienza Università di Roma; ² Psichiatra; ³ Studente di Medicina e Odontoiatria

L'attenzione al tema della "famiglia della vergogna" s'inserisce nell'attuale dibattito sulla importanza della diagnosi dimensionale. I temi della vergogna e della colpa e la loro rappresentazione in una società trasformata, quello del Sé e dello sguardo dell'altro, quello della indagine sui piani nosografico, psicopatologico e psicodinamico, quello dei 4 stili di coping delineati nella cosiddetta "bussola della vergogna" di Nathanson (evitamento, attacco eterodiretto, attacco autodiretto, ritiro), sono stati oggetto delle nostre recenti osservazioni cliniche, e di riflessioni in cinematografia, anche inerenti il nostro Gruppo di visione e commento di film nel Day Hospital psichiatrico della Sapienza Università di Roma in cui operiamo. Viene pertanto proposto lo studio di alcuni film emblematici sull'argomento; e in particolare l'analisi del film "Chiedi alla polvere" tratto dal romanzo capolavoro di John Fante, dove il tema della vergogna appare perfettamen-

te delimitato rispetto a quello della colpa, e incisivamente e ripetutamente proposto sia per quanto attiene alla vergogna del corpo, sia, e soprattutto, per quanto attiene alla vergogna delle radici, del nome, in una società multi-etnica che in quel tempo della Grande Depressione iniziava a mostrare tutta la sua conflittualità: il misconoscimento ingenera infatti senso di oppressione, danno, depressione, vergogna, alienazione. L'*alien*, lo straniero, lo strano, per sopravvivere deve dimenticare il passato, o rinnegarlo, "perderlo", perdere il proprio nome, tormentarsi per la propria identità lacerata, solo raramente ritrovando una integrità esistenziale attraverso compensazioni valide.

Cinema e mania

F. Fioroni

Medico-psichiatra, psicoterapeuta, membro del direttivo Arte, cinema e spettacolo della Società Italiana di Psichiatria

La caratteristica principale dei disturbi affettivi è un'alterazione dell'umore accompagnata da una sindrome maniaca o depressiva, completa o parziale, non dovuta ad altri fattori fisici o mentali.

Il DSM sostiene che l'umore consiste in un'emozione prolungata che colora l'intera vita psichica e generalmente include sia la depressione che l'euforia.

Le sindromi maniacali e depressive consistono ciascuna di sintomi caratteristici che tendono a verificarsi insieme e in altre classificazioni questi disturbi sono raggruppati in diverse categorie che includono disturbi affettivi, di personalità e nevrotici.

Il presente lavoro ha l'obiettivo di fissare con dei blog contestuali le caratteristiche principali delle sindromi maniacali ed oltre ad avere una funzione didascalica delle manifestazioni delle sindromi maniacali offrirà motivi di riflessione teorica sullo spettro maniaca che va dalla naturale euforia alla psicosi maniaco-depressiva con particolare riferimento al comportamento maniaco nei disturbi affettivi bipolari.

Cinema e depressione

I. Senatore

Clinica Psichiatrica, Università "Federico II" di Napoli

Consapevoli che uno dei meccanismi psicologici che sottende la visione di una pellicola è l'identificazione dello spettatore con i personaggi della vicenda, sin dagli albori, il cinema ha impaginato storie a lieto fine, popolate da personaggi allegri, pimpanti, dalla battuta facile e dal sorriso perennemente stampato sulla faccia. Ma il cinema ha saputo narrare anche le vicende di chi, spezzato dentro e con la morte nel cuore, sente la vita come un peso e guarda al futuro con desolante rassegnazione. C'è chi non riesce a risalire alle cause che lo hanno portato a questa infelice condizione e chi lo collega all'aver perso il lavoro (*Liberi*) od all'abbandono del marito (*Interiors*, *Litigi d'amore*) della moglie (*Anime fiammeggianti*) o dell'amato fidanzato (*Splendore nell'erba*). Numerose sono le pellicole nelle quali compaiono soggetti incapaci di elaborare la morte della moglie (*Omicidi firmati*) del marito (*Un uomo da affittare*) del figlio (*Un borghese piccolo piccolo*, *Half light*, *Imaginary Heroes*, *Red road*, *Lantana*) o nei casi più gravi, sommersi dalla depressione, pongono definitivamente fine alla propria vita (*Il giardino delle vergini suicide*). All'opposto, il cinema ha saputo anche narrare le vicende di quei soggetti logorroici, ipomaniacali, perennemente su di giri (*Il sorpasso*) affetti da un vero e proprio disturbo dell'umore (*Emma sono io*, *Mr Jones*). Nel corso della relazione l'autore mostrerà un blob cinematografico sul tema.

Bibliografia

Senatore I. *Curare con il cinema*. Torino: Centro Scientifico Editore 2002.

Senatore I. *Il cineforum del dottor Freud*. Torino: Centro Scientifico Editore 2004.

Senatore I. *Psycho cult*. Torino: Centro Scientifico Editore 2006.

Senatore I. *Cinema Mente Corpo*. Milano: Zephyro Editore 2010.

De Bernart R, Senatore I. *Cinema e terapia familiare*. Milano: Franco Angeli 2011.

Senatore I. *Roberto Faenza. Uno scomodo regista*. Alessandria: Falso-piano 2011.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 15.00-17.00

SALA PINTURICCHIO

S56 - La psicopatologia dei disordini del comportamento alimentare: significato patogenetico e prognostico

COORDINATRICE
F. Brambilla

Influenza del perfezionismo nella patogenesi dei disordini del comportamento alimentare

P. Todisco

Servizio per i Disturbi del Comportamento Alimentare – Casa di Cura “Villa Margherita”, Arcugnano (VI)

Il perfezionismo svolge un ruolo di rilievo nell'eziologia, nel decorso e nel mantenimento di alcuni stati psicopatologici. Nei DA rappresenterebbe un fattore di rischio specifico, parzialmente geneticamente ereditabile, e un fattore di mantenimento. Negli anni si sono moltiplicati gli studi sul perfezionismo disfunzionale o clinico, ma restano ancora irrisolti alcuni aspetti: la sua definizione; i metodi di valutazione; la relazione con la psicopatologia specifica dei DA; le modalità di trattamento. Le prime definizioni lo consideravano un costrutto unidimensionale focalizzato solo su aspetti di auto-determinazione quali stabilire standard non realistici per se stessi, attenzione selettiva verso il fallimento, pensiero dicotomico (Hollender 1965; Burns 1980). Dagli anni '90 si sono utilizzate definizioni multidimensionali comprendenti non solo caratteristiche autoriferite, ma anche interpersonali (Frost et al. 1990; Hewitt et al. 1991) come l'ansia per la prestazione auto-orientata e socialmente prescritta (Pratt et al. 2001) o la preoccupazione per gli errori interpretati come equivalenti del fallimento (Halmi et al. 2001). Il gruppo di Oxford (Shafran et al. 2001, 2003) ha proposto un modello unidimensionale partendo dalla critica di quelli multidimensionali: la psicopatologia centrale di questo costrutto sarebbe rappresentata da uno schema disfunzionale di auto-valutazione eccessivamente basato sul perseguimento e il raggiungimento di risultati molto elevati per il soggetto in almeno un dominio altamente significativo, nonostante ciò implichi conseguenze avverse. I DA sarebbero espressione del perfezionismo nel dominio alimentazione, aspetto/peso e loro controllo con valutazione di sé dipendente dallo sforzo per raggiungere elevati standard personali di controllo in questi ambiti nonostante importanti conseguenze negative. Il perfezionismo è mantenuto attivo da una valutazione di sé negativa e costituisce uno dei fattori di mantenimento aggiuntivi e facoltativi dei DA ipotizzati nella teoria transdiagnostica sviluppata da Fairburn (2002). Alcuni studi hanno messo in luce un suo possibile ruolo di mediatore nella patologia alimentare (Sassaroli et al. 2011).

Influenza della psicopatologia dei disordini del comportamento alimentare sul temperamento e carattere

R. Dalle Grave

Unità di Riabilitazione Nutrizionale, Casa di Cura Villa Garda, Garda (VR)

I tratti di personalità sembrano avere un ruolo importante nello sviluppo, nell'espressione clinica, nel decorso e nella risposta al trattamento dei disordini dell'alimentazione (DA). Scopo di questo lavoro è stato investigare gli effetti di un trattamento ospedaliero basato sulla teoria e terapia cognitivo comportamentale transdiagnostica (I-CBT-E) sulle misure del temperamento e carattere, valutate con il *Temperament and Character Inventory* (TCI) in 149 pazienti consecutivi affetti da DA di gravità clinica. La valutazione prima e dopo il trattamento ha incluso la misurazione del peso e dell'altezza, l'*Eating Disorder Examination* (EDE), il *Beck Depression Inventory* (BDI) e il TCI. Gli effetti del trattamento sono stati valutati con l'ANOVA, aggiustata per le covariate. Nessun effetto è stato osservato sui punteggi delle scale *Novelty Seeking*, *Reward Dependence* e *Cooperativeness*. La scala *Harm Avoidance* ($F = 18,17$, $p < 0,001$), *Persistence* ($F = 7,71$, $p < 0,006$), *Self-Directedness* ($F = 27,55$, $p < 0,001$) e *Self Transcendence* ($F = 16,38$, $p < 0,001$) si sono modificate in modo significativo dopo il trattamento. Le modificazioni dei punteggi del TCI erano dipendenti dalle modificazioni dei punteggi del BDI e dell'EDE e indipendenti dalla diagnosi del DA, dai comportamenti e dalle modificazioni del BMI. I risultati portano a concludere che nei DA alcune scale del temperamento e del carattere sono modificate in modo significativo dall'I-CBT-E in relazioni alle modificazioni della psicopatologia del DA e della depressione, indipendentemente dallo stato nutrizionale. Questi dati sono rilevanti per i futuri studi che utilizzeranno il TCI nei DA.

Aspetti psicopatologici persistenti nei disordini del comportamento alimentare: incapacità di stabilire rapporti interpersonali

S. Bertelli

Ospedale “San Paolo” di Milano

La letteratura scientifica sui disturbi alimentari ha recentemente posta l'attenzione su una problematica delle pazienti con DCA ben nota all'esperienza clinica, cioè l'incapacità a stabilire e mantenere rapporti interpersonali adeguati. Studi recenti hanno mostrato come le pazienti con DCA siano caratterizzate da limitato supporto sociale, ridotte reti sociali, mancanza di partner e ritardi nello sviluppo psicosessuale (Tiller et al. 1997; Schmidt et al.

1995). Numerosi autori hanno riportato in un'elevata percentuale di soggetti che rispondevano ai criteri di remissione del DCA, una persistenza dell'impairment psicossiale, (Striegel-Moore, Seeley, & Lewinsohn 2003, Keel, Mitchell e Miller et al. 2000). Anche se il corso della psicopatologia nelle pazienti con DCA è stata molto studiata, ancora limitata è la conoscenza dei fattori psicossiali su cui impatta la malattia e che in un'ottica terapeutica possono essere un significativo indicatore di ritorno al funzionamento sano. Nel determinare i criteri di inclusione per la diagnosi e i criteri di remissione del DCA, la ricerca ha visto un'evoluzione da un focus sui criteri prettamente fisici (Morgan e Russel 1975) alla ricerca di un indice comportamentale (come assenza di abbuffate, comportamenti compensatori e alimentazione restrittiva) fino ad arrivare a criteri psicologici come le preoccupazioni sul corpo e la paura di ingrassare. Limitata attenzione è stata finora posta al deficit di abilità interpersonali, e inoltre la letteratura che si è occupata di valutare l'outcome relazionale si è focalizzata primariamente sullo status (ad esempio l'essere o meno sposati e l'aver o meno dei figli) mentre minore attenzione è stata data a valutazioni più qualitative, legate alla presenza del deficit di abilità interpersonali. Nel nostro studio abbiamo preso in considerazione le abilità interpersonali nelle pazienti con DCA a una valutazione di base e in seguito a un trattamento integrato psichiatrico, psicoterapeutico e dietologico effettuato presso l'ambulatorio dei disturbi alimentari dell'Ospedale San Paolo, Milano.

Dispercezione e insoddisfazione corporea: dimensione psicopatologica persistente? Significato patogenetico e prognostico

C.E. Ramacciotti, E. Coli, A. Burgalassi, D. Gazzarrini
Dipartimento di Psichiatria, Farmacologia, Neurobiologia e Biotecnologie, Università di Pisa

L'insoddisfazione per l'aspetto fisico ed il peso corporeo rappresenta una delle dimensioni nucleari dei disturbi della condotta

alimentare (DCA), declinandosi in vari aspetti psicopatologici quali spinta verso la magrezza (*Drive for Thinness*), condotte restrittive con il loro speculare, le abbuffate, condotte di eliminazione, fobia sociale secondaria, demoralizzazione e i vissuti depressivi. Tale dimensione non solo è più o meno presente nel singolo paziente, ma è soggetta a modificazioni spontanee concomitanti con le fasi del disturbo.

La dispercezione corporea costituisce verosimilmente un tratto di più marcata valenza biologica, al limite del sintomo neurologico, inteso come discrepanza tra rappresentazione cerebrale del proprio corpo ed immagine effettiva; questo sintomo si ritrova non solo nei DCA ma anche in altri disturbi come dismorfofobia e dismorfia muscolare.

L'intersecarsi delle due dimensioni, insoddisfazione corporea e disturbo dell'immagine corporea, amplificando il divario tra aspetto reale e desiderato, contribuisce all'innescarsi ma soprattutto al mantenimento delle condotte alimentari patologiche. La dimensione della dispercezione corporea appare infatti essere un aspetto caratterizzante più delle forme associate al sottopeso e quindi dell'anoressia nervosa (nelle due varianti restrittiva e con abbuffate/condotte di eliminazione) in un rapporto causa/effetto simile a quanto riconosciuto per i sintomi ossessivo-compulsivi, in cui il sintomo si accentua con l'aggravarsi del sottopeso.

L'insoddisfazione corporea gioca invece un ruolo prevalente, talora in assenza di una reale dispercezione corporea, nei DCA normopeso o sovrappeso, in cui costituisce una dimensione dinamica correlata in modo biunivoco alle fluttuazioni dell'autostima ed all'immagine negativa globale di sé. In questo senso, a differenza della dispercezione corporea e della quota ossessiva, appare scarsamente influenzabile dal variare del peso corporeo ma lo è piuttosto in un contesto di eventi di vita o di processi di apprendimento quale la psicoterapia passando attraverso la modificazione dell'autostima e della autoaccettazione.

Nella relazione saranno approfonditi questi temi con particolare attenzione alle implicazioni terapeutiche.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 15.00-17.00

SALA BRAMANTE

S57 - Interazione tra ambiente e psicopatologia nei pazienti con esordi psicotici

COORDINATRICI

M. di Forti, A. Mulè

Evidenze a sostegno dell'interazione tra AKT1 (rs2494732) e cannabis nell'aumentare il rischio di sviluppare un disturbo psicotico

M. Di Forti, C. Iyegbe, H. Sallis, T.R. Marques, H. Handley, V. Mondelli, A. Kolliakou, A. Falcone, A. Paparelli, M. Siriani, C. La Cascia, S.A. Stilo, P. Dazzan, C. Pariante, A.S. David, C. Morgan, J. Powell, R.M. Murray

Institute of Psychiatry, King's college of London

Introduzione: l'uso massiccio di cannabis è associato a un rischio maggiore di sviluppare un disturbo psicotico. Recenti scoperte suggeriscono che variazioni genetiche del gene AKT1 possono moderare questo effetto.

Il nostro obiettivo è valutare l'associazione tra il polimorfismo SNP rs 2494732 del gene AKT1 e l'uso di cannabis nell'aumentare il rischio di sviluppare un disturbo psicotico.

Metodi: abbiamo valutato la moderazione genetica di AKT1 rs2494732 dell'effetto dell'uso di cannabis sul rischio di psicosi. È stato utilizzato il metodo di Taqman SNP per ottenere il genotipo del gene AKT1 nel locus rs2494732 nei casi e nei controlli. Abbiamo somministrato il *Cannabis Experience Questionnaire* a tutti i partecipanti. È stata utilizzata la regressione logistica per valutare il modello di interazione moltiplicativa. Sono stati reclutati pazienti affetti da psicosi all'esordio (n = 596), e volontari sani (n = 333).

Risultati: non emerge una differenza significativa rispetto al consumo di cannabis nei casi e nei controlli, ma il 73% dei casi rispetto al 41% dei controlli riporta un uso quotidiano di cannabis *lifetime* ($\chi^2 = 33,7$; $p < 0,001$).

Il genotipo AKT1 rs 2494732 non è associato a una maggiore probabilità di sviluppare un disturbo psicotico e non vi è evidenza di una correlazione tra genotipo e storia di consumo di cannabis o frequenza di consumo di cannabis *lifetime*.

Tuttavia, abbiamo evidenziato che l'effetto del consumo di cannabis *lifetime* sulla probabilità di essere affetti da un disturbo psicotico viene moderata dal genotipo AKT1 rs 2494732 (*Likelihood ratio test*: LR = 6,52; $p = 0,038$).

I portatori del genotipo C/C con una storia di consumo di cannabis mostrano un aumento due volte maggiore di sviluppare un disturbo psicotico (OR = 2,33 [95% CI: 1,09, 4,99]) rispetto ai portatori di quello T/T.

Inoltre, l'interazione tra il genotipo AKT1 rs 2494732 e la frequenza *lifetime* del consumo di cannabis era significativa al 5% (LR = 9,49; $p = 0,050$).

Solamente tra i consumatori frequenti l'incremento del rischio di psicosi mostrato dai portatori C/C raggiungeva la significatività (OR = 3,82 [95% CI: 0,88, 16,58]).

Tra coloro che non hanno mai usato cannabis non viene riportato un effetto significativo del genotipo.

Conclusioni: i nostri risultati confermano che variazioni genetiche di AKT1rs 2494732 moderano il rischio di sviluppare un disturbo psicotico nei consumatori di cannabis.

L'effetto dei fattori ambientali (individuali e di area) negli esordi psicotici: risultati preliminari di una ricerca in 4 centri italiani

I. Tarricone, L. Chiri, T. Marcacci, M. De Gregorio, G. Pollutri, F. Allegri, M. Conforti Donati, G. Minenna, D. Berardi

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

Introduzione: la ricerca scientifica ha mostrato con evidenza che oltre alle caratteristiche socio-ambientali individuali (status di migrante, scarsa rete sociale, disoccupazione, uso di sostanze stupefacenti, ecc.) correlate al maggior rischio di psicosi, le caratteristiche socio-economiche e culturali di area sono in grado di interferire significativamente con il rischio individuale di psicosi.

Metodi: con l'obiettivo di confrontare le caratteristiche socio-demografiche (individuali e di area) e le caratteristiche cliniche dei casi di esordio psicotico in diverse realtà italiane, è stato realizzato un data-base, accessibile in web, che permette una facile raccolta e analisi dei dati di interesse. Sia la struttura del data base, che gli strumenti di valutazione, sono stati sviluppati seguendo la metodologia dello studio europeo FP7 EUGEI e le esperienze localmente condotte dai partecipanti allo studio.

Risultati: lo strumento di raccolta dati informatizzato consente di dare adito a progetti comparativi nazionali "multilivello" e di sviluppare contemporaneamente diversi progetti di studio. Verrà presentato lo strumento di raccolta dati e i risultati preliminari della comparazione di circa 400 casi di esordio psicotico raccolti in 4 centri italiani.

Conclusioni: questa metodologia di lavoro, nata un gruppo di ricercatori italiani e resa possibile grazie all'importante sostegno del Progetto Europeo FP7 EUGEI, è a nostro avviso soddisfacente, sia dal punto di vista della qualità scientifica dei dati raccolti, che della qualità delle relazioni di lavoro che consente di sostenere. Attualmente è in fase di estensione ad altre realtà italiane.

Un modello di servizio per gli interventi precoci in Italia

R. Pollice, R. Roncone, D. Ussorio, M. Casacchia

Dipartimento di Scienze della Salute, Università de L'Aquila

Obiettivo: nel DSM di L'Aquila nel 2005 è stato creato un servizio, specificamente dedicato all'identificazione precoce dei

segni e sintomi psicologici e comportamentali delle malattie mentali, per riconoscere il più precocemente possibile le persone a rischio e indirizzarle verso un adeguato trattamento. Gli obiettivi del servizio, sono quelli di permettere la valutazione sistematica, il riconoscimento e il trattamento integrato per i problemi mentali e psicologici nei giovani, di prevenire il disagio psicologico e le malattie mentali, di garantire la continuità delle cure in tutte le fasi del disagio, di riconoscere e curare all'esordio i disturbi e offrire personale sanitario addestrato nel trattamento dei segni e sintomi precoci, premorbosi e prodromici dei disturbi sciatrici e dei problemi psicologici.

Gli autori descrivono l'organizzazione del servizio e riportano i dati relativi all'attività i principali esiti relativi alla popolazione afferente.

Metodi: lo SMILE ha iniziato la propria attività il 1 novembre 2005. Il team SMILE è composto da due psichiatri, da medici in formazione specialistica in psichiatria, un neuropsichiatra infantile, un neuropsicologo e un tecnico della riabilitazione psichiatrica. Un pedagogista e un pediatra sono disponibili per consulenze.

Sono state riservate allo SMILE tre stanze all'interno dell'ambulatorio specialistico (distante dal reparto di psichiatria) dell'ospedale "S. Salvatore". Il servizio, in questa fase sperimentale, è stato aperto due volte a settimana per le prime visite e due volte a settimana per interventi integrati. È stata realizzata una stretta collaborazione con i medici del dipartimento psichiatrico e con i medici di famiglia. L'unico criterio di ammissione è stato la presenza di sintomi funzionali psicologici, psichiatrici, comportamentali e la richiesta di aiuto da parte dei giovani (età compresa tra i 16 e i 30 anni). Gli utenti possono accedere direttamente, chiamare ogni giorno dalle 9.00 alle 19.00 su un telefono cellulare, pagare la seconda e la terza visita con un ticket per una "visita SMILE". Abbiamo cambiato la denominazione tradizionale di "visita psichiatrica o psicologica", per evitare la paura della stigmatizzazione nei giovani. Per permettere la continuità delle cure, i casi clinici sono stati seguiti due volte a settimana dal team SMILE e dagli altri medici del DSM.

All'ammissione, per valutare i sintomi, sono stati impiegati i seguenti strumenti: *l'Integrated System for Assessment in Psychiatry* (i.s.a.p.) 20 lo *Youth Psychosis at Risk Questionnaire* (Y-PARQ) 21 il *Symptom Onset in Schizophrenia* (SOS) 22 la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) 23 e un nostro strumento personale, in via di convalida, il *Symptom Onset SMILE* (SoSMILE). La SoSMILE è stata sviluppata dal nostro gruppo, sulla base dello *Structured Interview for Prodromal Symptom* (SIPS) 24 *l'Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia and Other Psychoses* (IRAOS) 25 e il *Mood Disorders Questionnaire* (MDQ) 26 per il riconoscimento precoce di soggetti ad aumentato rischio per psicosi.

Risultati: i protocolli per il trattamento dei sintomi, segni e bisogni comuni sono stati divisi in 5 macro-aree in base al sottogruppo di ipotesi diagnostica (macroarea disagio/deragliamenti psicologico; macro-area ansia; macro-area SM R; macro-area umore; macroarea psicosi) sono disponibili in forma scritta per la consultazione da parte dei medici, degli specialisti, dello psicologo, del tecnico della riabilitazione psichiatrica.

L'educazione dei pazienti e dei parenti rispetto al trattamento dei sintomi è stata effettuata dal team SMILE mediante fogli informativi e lezioni formali.

Abbiamo utilizzato 3 tipi di interventi: la terapia cognitivo-

comportamentale (TCC), la terapia psicosociale integrata (TPI) e la terapia farmacologica (TF). Per quanto riguarda la TCC e la TPI abbiamo utilizzato due diversi strumenti di intervento, il trattamento ambulatoriale (bisogni/sintomi orientato) o il più intensivo trattamento in day hospital (sintomi/malattia orientato), che potrebbero essere riassunti come segue: training sul *problem solving*, training cognitivo/emozionale, training sulle abilità sociali, training psico-educazionale, training sui segni precoci di allarme, gruppo di *peer educational*, gruppo di auto-mutuo-aiuto.

Come misura oggettiva dell'efficacia dello SMILE abbiamo paragonato il numero dei giovani (di età tra 16 e 30 anni) che si sono rivolti a servizi ambulatoriali generali specialistici per la cura della salute mentale negli anni precedenti l'inizio dell'attività dello SMILE (novembre 2000-novembre 2005 = Y1) e nei successivi 5 anni della sua attività (novembre 2005-novembre 2010 = Y2).

Ovviamente sono stati considerati indici di esito clinico e funzionale, stratificati per tipo di trattamento eseguito e variabili socio-demografiche. I dati relativi al carico di lavoro per i membri del team nel corso dei cinque anni successivi all'inizio del programma, sono stati valutati come un ulteriore indice obiettivo di out come del successo del programma.

Conclusioni: la nostra esperienza suggerisce che un team specificamente rivolto al riconoscimento dei segni e sintomi psicologici e comportamentali dei disturbi mentali per permettere la valutazione sistematica e il riconoscimento e per offrire un trattamento integrato per i problemi mentali e psicologici precoci nei giovani, garantisce un eccellente controllo dei sintomi, senza distinzione tra disagio e malattia mentale.

La stretta collaborazione con i medici del dipartimento psichiatrico e con i medici di famiglia, inoltre, permette il mantenimento della continuità delle cure.

Abbiamo osservato pazienti durante tutti gli stadi del problema mentale, dai segni precoci all'esordio della malattia. Un terzo dei pazienti ha ricevuto un trattamento TPI attivo e molti di essi sono stati sottoposti a cure ambulatoriali con TCC prima dell'inizio della terapia sintomi/malattia orientata. La maggior parte dei pazienti al momento dell'ammissione presentava tre o più sintomi gravi. Tale dato porta a due considerazioni: l'equazione cura dei sintomi uguale terapia solo dei sintomi psicotici potrebbe essere sbagliata o non sufficientemente tempestiva; un approccio multi-disciplinare per la cura delle dimensioni cliniche non-psicotiche e di quelle funzionali, sembrerebbe essere se non obbligatoria, quantomeno da suggerire.

Social deprivation ed esito a breve termine nei pazienti con esordio psicotico

D. Giacco, M. Luciano, V. Del Vecchio, C. De Rosa, A. Fiorillo

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Introduzione: numerosi studi hanno analizzato le caratteristiche cliniche e sociali dei pazienti con esordio psicotico. Tuttavia, l'impatto della "social deprivation" sull'esito clinico a breve termine della schizofrenia non è stato ancora esplorato.

Metodi: sulla base del livello socio-economico, dell'occupazione, del livello d'istruzione e della situazione abitativa (vivere da solo vs. vivere con altre persone), è stato calcolato un

indice di deprivazione sociale (IDS), con valori da 1 a 4. Valori dell'IDS minori di 2 sono stati considerati indice di elevati livelli di deprivazione sociale. L'esito a 2 anni dall'esordio psicopatologico è stato valutato prendendo in considerazione i seguenti parametri clinici: i sintomi psichiatrici alla BPRS, il numero di ricoveri, l'eventuale insorgenza di episodi acuti di malattia e i tentativi di suicidio.

Risultati: il campione include 35 pazienti, con età media di 26 ($\pm 5,7$) anni ed esordio della sintomatologia psicotica due anni prima. Dall'esordio del disturbo, il 28% dei pazienti ha effettuato almeno un tentativo di suicidio e il 37% è stato ricoverato.

Il 26% mostra elevati livelli di deprivazione sociale. I pazienti con maggiori livelli di deprivazione sociale hanno sintomi positivi più gravi, un numero più elevato di ricoveri e di ricadute sintomatologiche a due anni. Non sono state riscontrate differenze significative in relazione all'IDS per quanto riguarda il rischio suicidario.

Conclusioni: questi risultati evidenziano che elevati livelli di deprivazione sociale possono avere un impatto negativo sull'esito a breve termine della schizofrenia e sottolineano l'importanza di orientare gli interventi psicosociali da fornire nelle prime fasi della malattia sulla base dei reali bisogni sociali dei pazienti.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 15.00-17.00

SALA MASACCIO

S58 - La dimensione ossessiva

COORDINATORE
C. Marchesi

Lo spettro ossessivo

R. Brugni

Sapienza Università di Roma, Seconda Facoltà, Ospedale "S. Andrea"

Un elemento fondamentale ai fini dell'ipotesi di continuum-spettro (C.O.) consiste nell'individuazione di affinità, sovrapposizioni e analogie tra diverse forme cliniche, con riferimento a un disturbo di base assunto come paradigmatico. L'ipotesi di un continuum-spettro ossessivo si basa dunque sulla presunzione di una eziopatogenesi comune fra molti disturbi che sembrano presentare significative concordanze con le ossessioni e/o le compulsioni. "Criteri di concordanza" fondamentali che sembrano alimentare l'ipotesi di un continuum-spettro OC sono elementi comuni di psicopatologia, dati di familiarità, dati di comorbidità, comune risposta ai farmaci e evidenze sperimentali di tipo biologico. Secondo Hollander è possibile inquadrare il C.O. attraverso 3 approcci: quello neuro genetico (similarità fra DOC e sindrome di Tourette); quello della dissezione farmacologica (studio dei disordini che rispondono selettivamente agli SSRI); quello neuro anatomico (postula l'esistenza di uno spettro di disturbi neurostriatali). Da un punto di vista clinico sempre secondo Hollander è possibile ipotizzare l'esistenza di 3 continuum costituiti da disturbi associati a preoccupazioni somatiche (dismorfofobia, anoressia nervosa e ipocondria); disturbi neurologici (sindrome di Tourette e autismo); disturbo del controllo degli impulsi (gioco d'azzardo patologico cleptomani e tricotillomania). Il tentativo di individuare caratteristiche cliniche comuni fra disturbi inquadrati in categorie diagnostiche molto lontane fra loro porta alla formulazione del seguente modello di C.O. disturbo del controllo degli impulsi (NAS) (tricotillomania, cleptomani, gioco d'azzardo patologico e piromania); parafilie (esibizionismo, voyerismo, feticismo e parafilie nas); disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa e bulimia nervosa); disturbi somatoformi (disturbo da dimorfismo

e ipocondria); disturbi da tic (sindrome di Tourette). In questa relazione si farà il punto sull'appropriatezza clinica di questo modello e sui suoi risvolti terapeutici.

Ossessioni e disturbi dell'umore

G. Maina

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Nei pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo è elevato il rischio di sviluppare anche un disturbo dell'umore. La prevalenza *lifetime* di depressione maggiore nei campioni di pazienti con DOC è stimata fino al 75% ed è il disturbo associato più frequente. Oltre alle depressioni unipolari, al DOC si associano con relativa frequenza (fino al 35% dei casi) i disturbi bipolari. Scarsa attenzione è stata dedicata al sottogruppo di pazienti DOC che nel corso della vita non presentano mai un disturbo dell'umore associato. Le stime epidemiologiche indicano una percentuale di pazienti che può arrivare fino al 20%.

Lo scopo di questo studio è di valutare in un ampio campione di pazienti con DOC la prevalenza di pazienti senza disturbi dell'umore associati e di individuare le caratteristiche cliniche associate.

Un campione di 411 pazienti con diagnosi principale di DOC è stato valutato con un'intervista semistrutturata già impiegata in studi precedenti per la raccolta di dati sociodemografici, per l'inquadramento diagnostico con la SCID I e II, per il rilievo delle caratteristiche cliniche del DOC.

Nel campione esaminato – rappresentativo della popolazione clinica dei pazienti con DOC – il 50,6% dei pazienti ha presentato almeno un disturbo affettivo unipolare associato, il 13,6% ha presentato un disturbo bipolare associato, il 35,8% non ha mai presentato alcun disturbo dell'umore in comorbidità.

Due sono i risultati di interesse clinico emersi dall'analisi dei

dati: 1) il rischio di complicanze depressive nei pazienti DOC aumenta con l'avanzare dell'età del soggetto e con la durata di malattia, 2) il disturbo ossessivo-compulsivo privo di complicanze affettive si caratterizza soprattutto per un ridotta associazione con eventi psicosociali stressanti. I risultati verranno presentati e discussi alla luce dei dati pregressi e dei dati clinici più recenti sull'argomento.

Dall'ossessione al delirio. La fenomenologia come continuità di senso

A. Ballerini

Clinica Psichiatrica, AOU Careggi, Firenze

In questo l'intervento io propongo dal punto di vista di una psicopatologia antro-po-fenomenologica alcune riflessioni sul problema delle relazioni fra ossessione e delirio, il problema cioè della vicinanza-distanza fra Ossessione e Rivelazione. Come è noto, il problema del rapporto delirio-ossessività è stato risolto dalla psicopatologia classica in chiave descrittiva stabilendo regole di differenze, che sono divenute anche ben note dicotomie nosografiche. Binswanger (1957) scriveva che l'antropoanalisi cerca invece di mettere in luce quello che delirio e ossessione hanno in comune e che rende comprensibile il passaggio dall'una all'altra. Il mio tentativo è riprendere il tema dei rapporti tra ossessività e delirio ponendo particolare attenzione ai processi che conducono all'attualizzarsi dei significati, della realtà, percepita o pensata. Per la indagine fenomenologica i significati si dispiegano alla coscienza quale un orizzonte possibile. Esistono peraltro dei vincoli che ci richiamano come una molla verso i significati più abituali, più maneggevoli, mentre i significati più allusivi e fisiognomici – che pure coesistono – tendono a restare alla periferia dell'orizzonte.

Le osservazioni del passaggio ossessivo-delirante ci hanno indotto a vedere la noesi ossessiva come esperienza limite verso il delirare, e tale transizione appare avvenire lungo un gradiente di coscienza di attività nel costituire i significati degli oggetti mondani. È possibile delineare un *continuum* esperienziale relativamente al parametro "coscienza di attività dell'io" vs. "coscienza di passività dell'io": la prima esasperata nella ossessione interpretativa, la seconda nell'altra figura del circolo ossessivo che è la "consapevolezza simbolica".

Più oltre, al di là delle macerie della coscienza di attività e del vissuto di passività, si pone il modo di essere del delirante, ove la passività è una constatazione dell'osservatore, non una esperienza del soggetto.

La dimensione ossessiva nella schizofrenia

M. Tonna¹, L. Ferrari², A. Monici², A. Affaticati¹, C. Marchesi^{1,2}

¹ Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL di Parma; ² Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Parma

Introduzione: il rilievo di sintomi ossessivo-compulsivi nei pazienti schizofrenici è stato da sempre motivo di riflessione psicopatologica. La loro presenza è stata classicamente considerata un fattore prognostico favorevole, ma nell'ultima decade tale concezione è stata posta in discussione ed appare problematica la validità clinica del sottotipo "schizo-ossessivo".

Obiettivo del presente studio è pertanto quello di giungere a una più approfondita valutazione psicopatologica dei fenomeni ossessivi in pazienti schizofrenici, indagandone eventuali peculiarità formali o di contenuto, e di vagliare la validità clinica (in particolare il decorso) del sottotipo "schizo-ossessivo".

Metodi: sulla base dei criteri diagnostici del DSM-IV-TR, sono stati selezionati tra i pazienti che sono stati assistiti presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Parma dal gennaio 2011 quelli affetti da schizofrenia e DOC. A tutti i pazienti sono state somministrate la *Positive and Negative Symptoms Scale* (PANSS), la *Leyton Obsessional Inventory*, la *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (YBOCS), la *Strauss-Carpenter Raiting Scale* (SCRS) e la scale per la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF).

Risultati: al momento sono inclusi nello studio 34 pazienti schizofrenici e 12 pazienti ossessivi. Nei pazienti schizofrenici il livello di funzionamento, espresso in punteggi SCRS e VGF, è risultato inversamente proporzionale alla gravità della sintomatologia ossessiva (punteggio YBOCS) (SCRS: $b = -0,31$; $p = 0,03$; VGF: $b = -0,28$; $p = 0,04$), dopo aver controllato per età, sesso, durata di malattia e gravità dei sintomi schizofrenici (punteggio totale PANSS).

Non è al momento possibile verificare se esistano diversità formali e di contenuto tra sintomi ossessivi dei pazienti schizofrenici e dei pazienti ossessivi per l'eseguita numerica di questi ultimi.

Conclusioni: i dati preliminari del presente studio sembrano contraddire la concezione che i sintomi ossessivi nella schizofrenia possano frenare o mitigare il decorso processuale del disturbo, agendo come fattore di protezione da una più profonda destrutturazione della personalità, in quanto a maggior gravità dei sintomi ossessivi corrisponde un peggior livello di funzionamento sociale.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 15.00-17.00

SALA PERUGINO

S59 - Craving in psichiatria: dimensioni e categorie

COORDINATORE

M. Pacini

Psicopatologia del craving: piacere patologico o desiderio patologico?

M. Pacini

Sapienza Università di Roma

Il "craving" è il segnale con cui si designa un atteggiamento, una cognizione e un comportamento caratteristici di situazioni in cui la persona lamenta di non avere il controllo sul modo e le conseguenze del suo ricorso a strumenti di auto-stimolazione, chimici o meno. Letteralmente traducibile come "smania" o "fame" nel senso di appetito, si tratta di un termine che non ha una solida tradizione di descrizione psicopatologica, tanto da essere spesso utilizzato come sinonimo di desiderio, in circostanze anche non patologiche, o di ricerca smaniosa di qualcosa che risolva una situazione di disagio.

Diversa è la natura psicopatologica della smania di alleviare il dolore e del desiderio della sostanza da cui si è dipendenti, cosicché mentre il terreno dell'uso anti-astinenziale corrisponde a un uso non patologico, il craving vero è quello relativo alla ricerca dell'effetto euforizzante. Anche il craving "negativo", quello che si manifesta in corso di astinenza anche con un valore di auto-medicazione, è semplicemente motivato anche dal malessere, ma sostanzialmente sussiste sempre come ricerca di un effetto "positivo" in maniera urgente e esclusiva rispetto alla sostanza. La manifestazione essenziale del craving è comportamentale, quindi riguarda non tanto il desiderio in termini emotivi o cognitivi, quanto la tendenza comportamentale, sintonica, urgente, specifica e non intenzionale. Al di là del generico piacere anticipatorio, il desiderio in termini di emozione associata al craving, o di anticipazione dell'euforia indotta dalla sostanza, possono essere presenti ma non sono essenziali. Non è essenziale neanche la motivazione ragionata, o il ragionamento strumentale sull'effetto della sostanza, anche se il craving induce un cognitivo funzionale all'attuazione del comportamento. Questi elementi caratterizzano il craving e le sue varianti fenotipiche nelle sindromi che su di esso sono impiegate, ovvero le dipendenze e alcuni disturbi del controllo degli impulsi, e nelle sindromi che lo prevedono come elemento incostante, reversibile e accessorio, ovvero in generale tutti i quadri affettivi-impulsivi.

Il craving fra nuova e vecchia psicopatologia

I. Marenmani

Clinica Psichiatrica, Università di Pisa

Le tossicodipendenze per molto tempo sono state trascurate dalla psichiatria tradizionale per il prevalere di correnti di pensiero ideologizzate, e solo recentemente sono state riconosciute come malattie mentali dotate di una propria autonomia nosografica. Nonostante tale acquisizione la loro natura, in senso psicopatologico, resta di

difficile definizione, poiché la psicopatologia tedesca, nel periodo della sua massima fioritura, non le ha considerate nel novero delle patologie di interesse psichiatrico. Il Craving rimane l'elemento centrale della tossicodipendenza rappresentando il principale responsabile del comportamento recidivante. Si qualifica come disturbo psicopatologico dell'attività, lavora in funzione del tempo e si manifesta con modalità impulsive ed istintuali nella ricaduta. Questa non sarebbe più da vedere come fenomeno incidentale, ma piuttosto come espressione finale di un processo graduale, silente e indipendente dal vissuto del soggetto. La formazione di un "nuovo impulso acquisito" nel processo tossicomane avviene nella dimensione della ricerca della gratificazione, è sottesa dalla stimolazione del sistema dopaminergico mesolimbico, e si distingue qualitativamente dallo spettro ossessivo-compulsivo, che attiene piuttosto all'evitamento del danno. Il collegamento più evidente tra il craving e la psicopatologia classica risiede nella ripetitività. Nel percorso tossicomane avviene un processo di regressione di tale ripetitività, che si sgancia dalla motivazione, dal vissuto soggettivo, dall'ambiente, e continua a esistere in quanto tale, come sistema autonomo e afinalistico. Il discontrollo degli impulsi è solo uno degli aspetti clinici del fenomeno tossicodipendenza che si caratterizza anche per un complesso di sintomi psichiatrici. Si apre l'ipotesi di un continuum entro il quale l'assetto temperamentale del soggetto viene inevitabilmente e irrimediabilmente modificato dall'impatto con la sostanza. Essa sarebbe, al pari di sesso, età e ambiente di vita, un fattore in grado di orientare in senso più prettamente patologico l'espressione delle dimensioni temperamentali che mostrano uno stretto legame col genotipo. Di particolare interesse a questo proposito è il temperamento ciclotimico-sensitivo-ansioso, che rappresenterebbe terreno fertile per lo sviluppo della tossicodipendenza. Questa impostazione teorica fornisce interessanti chiavi interpretative in ambito terapeutico. L'idea di un trattamento uniforme per i vari tipi di tossicodipendenza dovrebbe essere abbandonata, perseguendo invece quei programmi terapeutici mirati a stabilizzare nel tempo le funzioni psichiche dei singoli tossicodipendenti.

I farmaci anticraving: panoramica e specificità dell'azione cerebrale

P.P. Pani

Direzione Sociosanitaria ASL Cagliari

Tradizionalmente il craving è stato considerato l'elemento psichico che lega in maniera lineare l'esposizione a stimoli emotivamente "significativi" al processo della ricaduta. Questo modello, cosiddetto "lineare", spiega solo in parte la relazione esistente fra craving e ricaduta. Sappiamo infatti che la ricaduta non è necessariamente preceduta dal craving e che i pazienti attribuiscono la responsabilità della ricaduta a numerose altre condizioni. D'altra parte, non necessariamente la comparsa del craving è seguita

dalla assunzione di sostanze. È possibile indurre il craving in ex tossicodipendenti, esponendoli a situazioni percepite come frustranti o ansiogene. In queste condizioni il paziente sperimenta il craving, ma non ricade necessariamente nell'uso.

Per spiegare la ricaduta senza craving o il craving senza ricaduta si può fare riferimento a un altro modello, quello "parallelo". Secondo questo modello, l'esposizione a stimoli significativi può essere seguita dalla comparsa di craving in assenza di ricaduta, dalla ricaduta in assenza di craving o da entrambe le risposte. Il craving sarebbe quindi una sorta di epifenomeno cosciente del processo che lega lo stimolo significativo alla ricaduta.

La ricerca neurobiologica ha riconosciuto il ruolo nella genesi e nel mantenimento del comportamento tossicomane e del craving di un circuito cerebrale piuttosto esteso, coinvolgente aree implicate nell'associazione tra proprietà sensoriali ed affettive di uno stimolo, nell'acquisizione e nell'espressione di proprietà incentive da parte di stimoli condizionati, nelle funzioni implicate nella memoria e nell'esplicitazione a livello cosciente di stati emotivi, nel controllo degli impulsi e nelle scelte adattive a lungo termine.

I farmaci potenzialmente anticraving vengono studiati per le loro capacità di interferire con suddetti circuiti e funzioni cerebrali (in particolare i circuiti e aree libiche dello striato ventrale, amigdala, ecc., e le aree prefrontali e orbito frontali). Il craving rientra ovviamente fra i fattori da studiare nella valutazione del rischio di ricaduta.

Craving, mania e disturbi del controllo degli impulsi

G. Perugi

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

L'associazione tra disturbi affettivi e uso di sostanze è ben

documentata. Uno dei nodi di ambiguità nell'interpretazione di questa associazione è dato dal fatto che i sintomi eccitatori e depressivi possono coesistere nei disturbi bipolari, e che l'esposizione alle sostanze genera quadri misti o depressivi che possono essere il quadro di presentazione di disturbi bipolari misconosciuti. In particolare, l'associazione tra ipomania e stati misti attenuati rischia di essere sottovalutata se la storia di abuso o dipendenza da sostanze è valutata in occasione di episodi depressivi maggiori, per cui la persona giunge all'osservazione. L'uso di sostanze, spesso persistente con un vissuto depressivo di colpa, incontrollabilità e valenza autodistruttiva in fase depressiva, è tuttavia iniziato in chiave diversa durante fasi ipomaniche o miste: le supposte valenze auto terapeutiche o parasuicidarie dell'abuso costituiscono quindi piuttosto una presentazione che non una dinamica originaria e trainante. Per sostanze d'abuso diverse in qualità e status di legalità sono i temperamenti ciclotimici a essere correlati al rischio di abuso e a concentrarsi all'interno delle popolazioni cliniche. Nel contesto della ciclotimia e dello spettro bipolare sono inoltre spesso presenti quadri ansiosi (panico, fobia sociale) che sono erroneamente identificati come il movente fondamentale, autoterapico, del ricorso alle sostanze, mentre invece costituiscono un non determinate in assenza di diatesi eccitatoria. La prevenzione e il controllo delle condotte di abuso nel contesto di un disturbo psichiatrico sembra infatti rispondere meglio a strumenti di tipo antimaniacale, o antibipolare, che non a strumenti antipressivi. Questi ultimi invece condividono con le sostanze la possibilità di favorire fasi eccitatorie. Il craving associato alla mania è uno degli obiettivi delle terapie antibipolari, con effetto virtuoso sulla stabilizzazione dell'umore nei casi di abuso. Anche nel caso della tossicomania conclamata, non mancano gli esempi di proprietà antimaniacali e antibipolari dei farmaci utili nel controllo del craving tossicomane, storicamente resistente alle terapie per la depressione e il disturbo bipolare non complicati.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 15.00-17.00

SALA BERNINI

S60 - Psicopatologia nei disturbi dissociativi

COORDINATORI

P. Zeppegno, S. Vender

La storia dell'Isteria

S.Vender

Ordinario di Psichiatria, Università dell'Insubria Varese-Como

L'isteria, espulsa dalla nosografia ufficiale, spezzettata nel DSM, rientra dalla finestra della pratica clinica, attraverso i pazienti che ricordano le classiche descrizioni dell'isteria e che i clinici hanno sempre più difficoltà ad affrontare.

È difficile parlare di isteria per 2 motivi:

- uso corrente estensivo banalizzante e squalificante e uso

specialistico molto restrittivo, tanto da farle perdere il valore di struttura fondamentale;

- le osservazioni cliniche frequenti in contesti nell'urgenza.

Per molti secoli l'isteria ha dominato la clinica: nel V sec. a.C. l'utero era considerato un animale che se c'è freddo sale provocando il *globus*, per cui bisogna produrre calore nel corpo facendolo ritornare nella sua sede. Nel I sec. d.C. Celso la distingue dall'epilessia. Willis nel XVI sec. afferma: non è una malattia dell'utero e femminile, ma dei nervi. Alla fine del '700 Mesmer "scopre" il magnetismo animale. Nell'800 il chirurgo inglese Brown propone ed attua per la cura dell'isteria le re-

sezione del clitoride, per ridurre l'eccitamento sessuale come causa dell'isteria. Rimane tuttora l'idea che nell'isteria vi sia una sensibilità eccessiva o un'eccessiva sollecitazione esterna; da troppi stimoli periferici si producono sintomi a livello neurologico centrale. Alla metà dell'800 Myers "scopre" la telepatia, capacità soprannaturale afferibile al genio (sovrapponibile all'identificazione proiettiva? Meccanismo patologico per M. Klein, di normale comunicazione per Bion). Nello stesso periodo scoperta della meningoencefalite luetica, per cui i sintomi psichiatrici possono essere attribuiti a una lesione anatomopatologica.

Negli ultimi decenni dell'800 Charcot sostituisce l'idea di simulazione/imbroglio (che sempre ha accompagnato l'isteria) con la *suggestione*. Predispose alla Salpêtrière la scena delle sue lezioni sulla quale rappresentare le "isteriche" (grande crisi isterica), mediante l'ipnosi, strumento insieme terapeutico e diagnostico. Rapporto ipnotizzatore/ipnotizzato.

Freud partecipa alle lezioni di Charcot e Bernheim, torna a Vienna avendo acquisito che:

- l'isteria è un disturbo dell'immaginazione;
- un disturbo della suggestione;
- sotto ipnosi (trance) i sintomi svaniscono;
- allo stato di veglia un meccanismo è attivo inconsapevolmente.

Nasce l'idea che i sintomi sono collegati a un trauma, cancellato e rievocato sotto ipnosi. "Affermo quindi che alla base di ogni caso di isteria vi sono uno o più episodi di esperienza sessuale precoce della prima infanzia, episodi che il lavoro analitico è in grado di rievocare nonostante i decenni trascorsi. Ed è, questa, una scoperta che considero importantissima, la scoperta del *caput Nili* nella neuropatologia, anche se ancora non so bene da che parte incominciare per proseguire nell'esposizione particolareggiata di queste circostanze" ⁴.

Bibliografia

- ¹ Barbetta P. *I linguaggi dell'isteria*. Milano: Mondadori Università 2010.
- ² Ellenberger HF (1970). *La scoperta dell'Inconscio*. Torino: Boringhieri 1972.
- ³ Ferro A, Vender S. *La terra di nessuna fra psichiatria e psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri 2010.
- ⁴ Freud S (1896). *Eziologia dell'isteria*. In: *Opere*, vol. 1. Torino: Bollati Boringhieri 1968.
- ⁵ Gay P. *Freud*. Milano: Bompiani 1988.

L'isteria e l'errore diagnostico

E. Torre

SC Psichiatria, AOU Maggiore della Carità, UPO A. Avogadro, Novara

Ci si potrebbe domandare dove è finita: la grande sintomatologia isterica quella che Charcot vedeva quotidianamente. Le "grandi crisi convertive non abitano più i nostri reparti di psichiatria.

Questo significa che si è riusciti a "guarire" la nevrosi isterica? Si è sconfitta per sempre la "strega medioevale"?

Forse non è lecito essere così trionfalistici.

Ci rammenta Sartre che tipica dell'isteria è l'impersonazione, nel-

la quale il soggetto si lascia catturare da un ruolo, da un personaggio che assume ed interpreta. L'isterico impersona il ruolo del malato, identificandosi con i suoi sintomi. Egli esibisce il disturbo, utilizza il sintomo, mette in scena il conflitto. In questo modo sia lui stesso che gli altri possono comunicare attraverso un linguaggio codificato, un linguaggio simbolico accettato ed accettabile. Lo spirito del tempo viene definito da C.G. Jung come "un credo a carattere completamente irrazionale, ma con l'ingrata proprietà di volersi affermare quale criterio assoluto di verità, e pretende di avere per sé tutta la razionalità. Lo spirito del tempo si sottrae alle categorie della ragione umana. Esso agisce su basi inconscie esercitando una suggestione preponderante sugli spiriti più deboli e trascinandoli con sé. Pensare diversamente da come si pensa oggi genera sempre un senso di fastidio e dà l'impressione di una cosa non giusta; può apparire persino una scorrettezza, una morbosità, una bestemmia".

Lo spirito del tempo dotato di così tanta forza ha contribuito a modificare il linguaggio espressivo dell'isteria? In altre parole il disagio che sottendeva l'arco isterico viene oggi rappresentato attraverso una diversa sceneggiatura, che trova un pubblico più vasto, consensi più ampi.

Si vuole allora riproporre alla luce di queste considerazioni di come alcuni quadri clinici attuali soprattutto nell'ambito della depressione possano la moderna espressione della sintomatologia isterica del passato.

L'isteria disturbo di genere?

P. Zeppegno

SC Psichiatria, AOU Maggiore della Carità, UPO A. Avogadro, Novara

Fin dall'antichità l'isteria è stata identificata come un disturbo di genere. Ippocrate, infatti, la considerava una condizione patologica esclusiva del sesso femminile, un disturbo somatico senza un danno d'organo dovuto al fatto che l'utero, fluttuando all'interno del corpo, entrava in contatto con il cuore, il fegato le testa e gli arti e questi, così influenzati, dovevano. La medicina greca collegava l'isteria con la sessualità, teoria ripresa poi dall'attuale psicoanalisi.

Ma è possibile considerare davvero l'isteria solo come un disturbo di genere? Possiamo, anche, parafrasando Jaspers, considerare le manifestazioni isteriche come la voce di colui che può solo apparire ma non può essere?

Ci ricorda C.G. Jung che "quando una funzione, che normalmente dovrebbe essere cosciente, cade in preda all'inconscio, diviene preda di quest'ultimo anche l'energia specifica di questa funzione".

Divenendo inconscia la funzione inferiore la sua energia residua viene trasferita nell'inconscio, che in tal modo viene attivato in modo innaturale, "ed allora il maschile ed il femminile e le loro rispettive parti inferiori, quando sono irrigiditi e sopraffatti dallo sforzo di dominare il contesto, quando sono totalmente sbilanciati verso la propria unilateralità mettono in scena 'opere teatrali' solo apparentemente antitetiche".

Nel lavoro si cercherà quindi di proporre alcune considerazioni sia alla luce della recente letteratura scientifica internazionale sia anche della psicologia analitica di C.G. Jung attraverso l'analisi di alcuni miti e di personaggi della letteratura.

Ofelia: l'anima ed il femminile nel teatro di Shakespeare

A. Gogliani, F. Imperatori, P. Zeppego, E. Torre
Clinica Psichiatrica, Universitaria di Torino

La psicopatologia permette un'osservazione riflessiva dell'individuo, nella sua complessità, al di là della salute o patologia che lo possa riguardare.

Le osservazioni che ne scaturiscono, quindi, possono a loro volta costituirsi quali elementi di conoscenza generale dell'essere umano, se si riesce ad andare oltre il pregiudizio clinico e la necessità definitoria della scienza positiva.

Al fine di riuscire in questo compito può risultare utile approfittare delle creazioni artistiche, in particolare di quelle di profonda evocazione immaginativa (come avviene in molte delle opere di Shakespeare) per giungere a livelli di comprensione più ampi, costellanti del singolo e del collettivo.

La psicologia junghiana dispone, a questo proposito, di nume-

rose ipotesi di indagine, che ci permettono di spingere la nostra capacità di comprensione oltre quanto già confermato, con il pregio di creare nuove occasioni di discussione e confronto.

La lettura psicologica, in particolare secondo gli archetipi junghiani (soprattutto riguardanti l'Anima), del personaggio di Ofelia, nell'Amleto, permette di avvicinare il tema della pazzia, che lo stesso Shakespeare non sembra voler definire esclusivamente come tale, ad altri volti a tentare di considerare le manifestazioni anche estreme (Ofelia si ucciderà) come derivabili, quindi comprensibili, di uno stato simbolico, trasformativo.

In questo modo, la follia può non esaurirsi in una serie di sintomi, ma in qualche cosa che racconta più profondamente ed esaustivamente la dinamica psichica dell'individuo e di come calare questi diversi punti di vista nel tentativo di comprendere la relazione, porti forse a decretare come sano quanto a prima vista non pare che folle, in linea con quanto inizialmente espresso sulla complessità della psiche umana e delle sue manifestazioni, sane o malate.

SABATO 18 FEBBRAIO 2012 - ORE 15.00-17.00

SALA BORROMINI

S61 - La vagal nerve stimulation (VNS) nella depressione resistente: aspetti clinici e neurobiologici

COORDINATRICE

G. Perini

Inquadramento diagnostico della depressione resistente

A. Fagiolini, M. Nitti, B. Morana, F. Pellegrini, D. Koucouna, A. Cuomo

Dipartimento di Salute Mentale, Università di Siena

Solo un terzo delle persone affette da depressione maggiore raggiunge la remissione dopo il trattamento con il primo antidepressivo. Quando il primo farmaco non riesce ad alleviare i sintomi adeguatamente, le opzioni terapeutiche includono il passaggio a un nuovo farmaco, l'aggiunta di un secondo farmaco insieme al primo, o la scelta di un trattamento alternativo. Con il tempo e la perseveranza, quasi sette su 10 pazienti adulti con depressione maggiore riesce alla fine trovare un trattamento che funziona. Naturalmente, questo significa anche che il restante terzo delle persone affette da depressione maggiore non riesce a raggiungere la remissione anche dopo aver provato diverse opzioni.

Di fronte a un paziente con depressione resistente, è di solito necessario rivedere la diagnosi. Negli ultimi anni, è stato notato che molte persone con depressione maggiore resistente in realtà soffrono di disturbo bipolare.

È inoltre opportuno considerare la presenza di altre malattie mediche (ad esempio l'anemia, l'ipotiroidismo o l'apnea del sonno) o psichiatriche (ad esempio disturbi di personalità), per istituire il trattamento più appropriato.

Depressione resistente: aspetti clinici e farmacologici

G. Pigato^{1, 2}, G. Perini^{1, 3}

¹ Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova; ² Clinica Psichiatrica, Azienda Ospedale, Università Padova; ³ DSM ULSS7, Pieve di Soligo (Tv)

La depressione resistente al trattamento è una patologia molto frequente nei servizi psichiatrici pubblici che selezionano una popolazione di soggetti con quadri di depressione severi, ricorrenti, con comorbidità mediche e psichiatriche e tendenzialmente cronici.

La caratterizzazione clinica di questi quadri è definibile con maggior precisione se si usano criteri operazionali di stadiazione sia dell'episodio depressivo attuale che della malattia depressiva. La depressione può così esser definita resistente secondo diversi gradi di gravità che andrebbero trattati con strategie di intervento diverse come suggeriscono le linee guida internazionali. Il trattamento dei quadri resistenti può esser effettuato con interventi di potenziamento sia di tipo psicoterapico (CBT) che somatico.

Gli interventi di potenziamento somatico sono di tipo sia farmacologico che non farmacologico. Le strategie farmacologiche comprendono anzitutto l'ottimizzazione del trattamento in corso (dosi e tempi), lo *switch* (cambio di un antidepressivo con un altro, della stessa classe farmacologica o meno), la combi-

nazione di due o più antidepressivi, l'*augmentation* con altri agenti (stabilizzazione dell'umore, antipsicotici atipici, psicostimolanti).

Tutte queste strategie di intervento sono molto praticate, ma poco *evidence-based*. Saranno descritte le attuali evidenze della letteratura internazionali sull'argomento.

La vagal nerve stimulation nella depressione resistente: risposta clinica e meccanismi neurobiologici

G. Perini^{1, 2}, G. Ferri²

¹ Dipartimento di Neuroscienze Clinica Psichiatrica Azienda Ospedale Università, Padova; ² DSM ULSS7, Pieve di Soligo

Background: volumetric changes in mood-relevant distributed limbic/paralimbic neural circuit have been reported in the recent literature on the course of Major Depression (MD). A decrease in hippocampal gray matter volumes is one of the possible mechanisms involved in pathogenesis of depression (Nifosi et al. 2010). Converging evidences suggest that a reduced neurogenesis may occur in this area in recurrent depression and its positive modulation is fundamental for antidepressive action. Neurogenesis is stimulated both by plasticity-inducing stimuli (such as environmental enrichment, exercise, and electrical

stimulation) and by antidepressant treatments. In functional imaging studies, Vagal Nerve Stimulation (VNS), a novel approach for treatment resistant depression (TRD), demonstrated that its anti-depressive function may be correlated to changes in cerebral blood flow in limbic and prefrontal cortex (Zobel et al. 2005). In this study we explored volumetric changes in specific brain areas involved in depression obtained by VNS.

Methods: comparison of data on changes in brain volumes of specific regions of interest in 6 patients affected by TRD treated with VNS (VNS Therapy System™, Cyberonics, Houston, Texas – USA) and 5 TRD cases “treated as usual” (TAU) was performed. Brain MRI scans were detected before the implantation (t0) and after 12 months (t1). Psychopathology was assessed using patient self reports (BDI) and clinical evaluation (HDRS) every three months during the follow-up.

Results: three out of six VNS treated patient showed a good clinical response (reduction of depressive scores > 50% from baseline) after three months of treatment. A significant increase of 22% and 14% of Left and Right hippocampal volumes was found after one year of Vagus Nerve Stimulation. No correlation were found between clinical outcomes measures and increase in volumes. Non-responders did not showed any increase in hippocampal volumes. Preliminary findings from this case series seem to confirm the fundamental role of hippocampal remodelling as a marker for response in TRD.

POSTERS



16° CONGRESSO

della Società Italiana di Psicopatologia

Psichiatria 2012:
una nuova psicopatologia
per la clinica
e le neuroscienze

Roma, 14-18 febbraio 2012

MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 2012 – ORE 13,50-15,50

SALA: POSTERS SESSION

PRIMO GRUPPO

Schizofrenia – Disturbo Bipolare

P1. Variabilità intra-individuale delle performance cognitive in pazienti affetti da schizofrenia e loro familiari non affetti

M. Altamura¹, B. Gelao¹, D.D. Marasco¹, R. Romano², M. De Salvia¹, A. Porcelli², M. Mancini², F.A. Padalino¹, A. Petito¹, L. Fazio², G. Blasi², G. Caforio², A. Bellomo¹, A. Bertolino²

¹ Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Università di Foggia; ² Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università "Aldo Moro" di Bari

Le fluttuazioni di prestazioni ai test cognitivi (variabilità intra-individuale, IIV) è stata oggetto di ricerca in studi sulla schizofrenia. Questa variabilità è fonte di informazione importante per comprendere il funzionamento cognitivo patologico. Lo scopo dello studio è indagare la variabilità intra-individuale delle performance in diversi domini cognitivi, in pazienti con schizofrenia e nei loro familiari. 65 pazienti (50 M; età media 36,6, sd 9,5) 88 fratelli non affetti (30 M; età media 39,8; sd 11,0) e 304 controlli (154 M; età media 25,6; sd 6,3) sono stati sottoposti a una batteria di test neuropsicologici. L'analisi in componenti principali (PCA) ha consentito di individuare 5 domini cognitivi (*Span; NBack; Card Sorting; Processing Speed; Verbal Memory*). Dopo normalizzazione si è calcolato un punteggio composito (CS) per ogni dominio cognitivo. Per ogni partecipante è stata computata la IIV (st. dev. dei CS) tra domini. L'analisi della varianza (ANOVA) è stata utilizzata per i confronti multipli. Il gruppo dei pazienti mostra, rispetto ai fratelli sani e ai controlli, maggiore fluttuazione tra le performance nei domini cognitivi. I fratelli non affetti mostrano maggiore instabilità delle performance rispetto ai controlli ($p < 0,05$). I pazienti con schizofrenia presentano un'ampia variabilità intra-individuale nelle performance. La maggiore instabilità delle performance nei fratelli sani, ne suggerisce un possibile ruolo di endofenotipo della malattia.

Bibliografia

Dickinson D, Goldberg TE, Gold JM, et al. *Cognitive factor structure and invariance in people with schizophrenia, their unaffected siblings and controls*. Schizophr Bull 2011;37:1157-67.

Cole VT, Weinberger DR, Dickinson D. *Intra-individual variability across neuropsychological tasks in schizophrenia: a comparison of patients, their siblings and healthy controls*. Schizophr Res 2011;129:91-3.

P2. Anomalie spettrali nell'EEG di pazienti affetti da schizofrenia in condizioni di riposo

M. Altamura, D.D. Marasco, E. Stella, M. De Salvia, F.A. Padalino, A. Petito, A. Bellomo

Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, SPDC; Università di Foggia

Studi di analisi quantitativa dell'elettroencefalogramma (EEG) hanno riportato, nei pazienti con schizofrenia, anomalie dell'attività elettrica cerebrale in condizioni di riposo (*resting state*). Tuttavia i risultati non sono univoci. Il nostro studio ha indagato eventuali anomalie spettrali dell'EEG in pazienti con schizofrenia. 16 pazienti in remissione sintomatologica (11 M; età media = 41,0; sd = 9,8) e 16 controlli (7 M; età media = 37,31; sd: 7,9) hanno eseguito un EEG in *resting-state* (15 min occhi chiusi (OC); 15 min occhi aperti (OA)). Sono state incluse solo registrazioni prive di artefatti e della durata di 1 min. L'analisi spettrale con algoritmo FFT è stata effettuata su epoche successive di 2 sec con overlapping del 50%. È stata calcolata la potenza media per ogni banda di frequenza e per differenti regioni dello scalpo (frontale, temporale, parietale, centrale, occipitale). I dati sono stati poi sottoposti ad analisi della varianza a una via (*One Way ANOVA*). I pazienti hanno presentato, rispetto ai controlli, una maggiore potenza media della banda Delta (1-4 Hz) nelle derivazioni frontali in condizione OC ($p < 0,05$) e un aumento diffuso della banda Theta (4-7 Hz), più spiccato nelle derivazioni occipitali, nelle condizioni OC e OA ($p < 0,001$). I risultati sono in accordo con quelli riportati da altri autori che hanno dimostrato un aumento delle basse frequenze nelle aree frontali, suggerendo una disfunzione dei circuiti frontali nella schizofrenia.

Bibliografia

Sponheim SR, Clementz BA, Iacono WG, et al. *Clinical and biological concomitants of resting state EEG power abnormalities in schizophrenia*. Society of Biological Psychiatry 48:1088-97.

Venables NC, Bernat EM, Sponheim SR. *Genetic and disorder-specific aspects of resting state EEG abnormalities in schizophrenia*. Schizophr Bull doi:10.1093/schbul/sbn021

P3. Deficit di integrazione delle informazioni nella memoria di lavoro in pazienti affetti da schizofrenia

M. Altamura¹, F.A. Padalino¹, N. Mammarella^{2,3}, B. Fairfield², A. Balzotti¹, A. Di Domenico², E. Frisullo², A. Bellomo¹

¹ Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Università di Foggia; ² Dipartimento di Scienze Biomediche, Università di Chieti; ³ Università Online "L. Da Vinci", Chieti

Introduzione: la schizofrenia è caratterizzata da alterazioni cognitive che includono deficit nelle abilità di ritenere infor-

mazioni per un breve lasso di tempo (*working memory*). La *working memory* (WM) comprende una componente, il buffer episodico, responsabile dell'integrazione (*binding*), in una rappresentazione unitaria episodica, di diverse informazioni (fonologiche, visive, spaziali) distinguibili in attributi centrali (focali) e periferici (non focali) di un evento. Lo scopo del nostro studio è stato di indagare la presenza di un *deficit di binding*, centrale vs. periferico, in pazienti (pz) affetti da schizofrenia utilizzando un compito di WM.

Metodi: ai partecipanti, 18 pz con diagnosi di schizofrenia secondo il DSM-IV (SCID) e 18 controlli, è stato chiesto di tenere a mente, per un breve periodo di tempo, una parola, un colore, o la combinazione parola + colore con il compito di integrare informazioni periferiche (parola su sfondo colorato) o centrali (parola colorata).

Risultati: i pz hanno manifestato, rispetto ai controlli, una ridotta *performance* in tutte le prove di WM con una *performance* peggiore nel compito di *binding* (parola + colore) e nelle prove che richiedevano di integrare informazioni periferiche.

Conclusioni: i risultati confermano la presenza di *deficit* cognitivi in pz con schizofrenia in compiti di WM in particolare quando è richiesto di stabilire e ritenere associazioni fra più informazioni e integrare informazioni periferiche, non focali, di un evento.

Bibliografia

Burglen F, Marczewski P, Mitchell KJ, et al. *Impaired performance in a working memory binding task in patients with schizophrenia*. *Psychiatry Research* 125, 247-55.

Lyle KB, Bloise SM, Johnson MK. *Age-related binding deficits and false memories*. *Psychology and Aging* 2006;21:86-95.

P4. Profilo neurocognitivo di pazienti affetti da DB-I e DB-II in rapporto alla fase di patologia e alla presenza di sintomi psicotici

S. Ammendola, M. Apuzzo, A. Calento, A. Cervone, V. Fusco, F. Kusmann, D. Galletta, M. Casiello

Dipartimento di Neuroscienze, Divisione di Psichiatria, Università di Napoli "Federico II"

Il disturbo bipolare (DB) è associato in tutte le fasi di patologia a *deficit* cognitivi che coinvolgono funzioni esecutive, mnesiche, logico- astrattive, attenzione e concentrazione. Lo studio ha valutato le *performance* cognitive di 35 pazienti affetti da DB secondo DSM-IV TR (20 DB-I, 15 DB-II) afferenti al Servizio di Psichiatria dell'AOU Federico II di Napoli mediante la somministrazione dei test neurocognitivi MMSE, *Span* verbale (RA-VLT), Corsi, Parole di Rey, Memoria logica, Aprassia costruttiva di Milano, Raven, *Frontal Assessment Battery* (FAB) e Fluenza Verbale Fonologica (FVF). Le *performance* dei soggetti con DB sono state confrontate con quelle di 11 controlli. I pazienti mostrano ridotte *performance* nel test di Raven ($p < 0,001$) e nella FVF ($p = 0,007$) rispetto ai controlli. L'unico test che mostra una differenza nelle prestazioni tra pazienti DB-I e DB-II è il RAVLT ($p = 0,033$). Nel confronto tra i tre gruppi (DB-I, DB-II, controlli) i controlli hanno mostrato una migliore *performance* nell'esecuzione del test di Raven rispetto ai casi. L'analisi dell'impatto della fase (depressione/eutimia) e la presenza/assenza di sintomi psicotici sulle *performance* cognitive non ha mostrato differenze significative tra i soggetti con DB-I e DB-II.

I risultati sembrano suggerire una difficoltà nella descrizione di un profilo cognitivo specifico per pazienti affetti da DB-I e DB-II. Le abilità logico- astrattive sembrano essere l'unico dominio maggiormente influenzato dalla presenza di patologia

P5. Interazione del polimorfismo rs12630592 del gene GSK3β con varianti geniche del signaling D2 AMPc-indipendente sulla risposta al trattamento antipsicotico

M. Attrotto¹, G. Ursini¹, A. Rampino¹, I. Andriola¹, G. Miccolis¹, L. Colagiorgio¹, G. Maddalena¹, G. Rizzo¹, M. De Palma¹, R. Masellis¹, L. Lo Bianco^{1,3}, G. Todarello¹, A. Papazacharias¹, S. Trizio¹, M. Colizzi¹, L. Sinibaldi², A. Di Giorgio^{1,4}, M. Nardini¹, G. Blasi¹, G. Caforio¹, A. Bertolino^{1,4}

¹ *Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Bari "Aldo Moro", Bari;* ² *Mendel Laboratory, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo, Foggia;*

³ *Dipartimento di Neuroscienze, Università Politecnica delle Marche, Ancona;* ⁴ *IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo, Foggia*

Il sistema AKT/GSK3β ha un ruolo cruciale nei meccanismi di trasduzione del *signaling* dopaminergico AMPc-indipendente. Nell'ambito di tale *signaling*, la stimolazione dei recettori D2 determina inibizione di AKT con conseguente attivazione di GSK3β. Una disfunzione di tale sistema sembra rappresentare una componente della patofisiologia della schizofrenia; inoltre, gli antipsicotici atipici risultano inibire l'attività di GSK3β a livello cerebrale. Scopo dello studio è stato quello di valutare in 48 pazienti (MF = 38/10, età media ± DS = 28 ± 6.92) con diagnosi di schizofrenia, l'interazione delle varianti geniche funzionali DRD2 rs1076560, AKT1 rs1130233 e GSK3β rs12630592 sulla risposta al trattamento con olanzapina. I pazienti, liberi da antipsicotici prima di iniziare il trattamento con olanzapina per 56 giorni, sono stati sottoposti a valutazione sintomatologica ripetuta tramite PANSS e genotipizzati per gli SNP citati. I punteggi PANSS calcolati ai tempi 0 e 56 dopo trattamento mostrano tramite ANOVA fattoriale interazioni statisticamente significative tra l'rs12630592 di GSK3β e rispettivamente l'rs1076560 di DRD2 ($p = 0,007$) e l'rs1130233 di AKT1 ($p = 0,05$). All'analisi *post-hoc* i punteggi dei pazienti GSK3βGG/DRD2Tcar e dei pazienti GSK3βGG/AKT1Acar migliorano di più rispetto agli altri gruppi ($p < 0,05$). Tali dati, seppur preliminari per l'esiguità del campione, suggeriscono che l'interazione riscontrata potrebbe essere rilevante nella risposta al trattamento con olanzapina.

P6. Comorbidità mediche come predittori della risposta al trattamento nei disturbi psichiatrici

B. Balzarro, C. Andrisano, C. Fabbri, G. Carchia, L. Lia, C. Nespeca, V. Leucci, S. Gibiino, A. Drago, A. Serretti, D. De Ronchi

Institute of Psychiatry, University of Bologna

Background: medical comorbidities may be an hindrance to the treatment in psychiatric diseases. The impact of a number of medical conditions on the pharmacological treatments' efficacy is analyzed.

Methods: 515 unipolar, bipolar or schizophrenic in- or out-patients were investigated through the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), the Young Mania Rating Scale (YMRS) and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) at baseline (T0) and after one week of treatment (T1). Outcome was the tests' percent score reduction from T0 to T1. Predictors were the presence or absence of a medical comorbidity including: asthma, chronic pulmonary disease, malignancies, diabetes or metabolic syndrome or obesity, essential hypertension, thyroid disorders, and cardiovascular diseases. **RESULTS:** 218 (42%) males and 297 (57%) females were included, mean age was 48.8 ± 15.5 . Mean percent score decrease from T0 to T1 was 19 ± 31 , 31 ± 30 and 21 ± 27 for HAM-D, YMRS and PANSS respectively. 190 (36,8%) patients were affected by some medical disease. In particular, the presence of thyroid diseases was associated with a poorer treatment outcome (14% vs. 28% decrease at PANSS, $p = 0,0002$) in schizophrenic patients. No influence of other medical conditions was found.

Conclusion: this result suggests that thyroid diseases are frequent in psychiatric patients and they have a significant impact on treatment response in schizophrenic patients. Further analyses are needed to confirm this finding.

P7. Impatto dei disordini metabolici nei pazienti con disturbo bipolare

S. Belletti, N. Mosti, F. Casalini, V. Mastria, S. Rizzato, G. Ceraudo, L. Dell'Osso, G. Perugi

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

Introduzione: una mole crescente di studi indica l'esistenza di un legame fra disturbo bipolare e disordini metabolici (diabete, obesità, dislipidemie, sindrome metabolica). In questo studio è stata valutata l'eventuale correlazione tra condizioni dimetaboliche e specifiche caratteristiche cliniche del disturbo bipolare.

Metodi: il nostro campione è composto da 244 pazienti affetti da disturbi dello spettro bipolare afferenti agli ambulatori, al *Day-Hospital* e ai reparti del Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Pisa. Tutti i soggetti sono stati selezionati sulla base dei criteri del DSM-IV per disturbo bipolare I, II e NAS e sono stati valutati con SCID-I CV e SIMD-R per inquadramento diagnostico, anamnesi familiare e farmacologica, BPRS per una valutazione psicopatologica trasversale, CGI per gravità del disturbo, GAF per il funzionamento globale, briefTEMPS-M per i temperamenti affettivi. Infine tutti i pazienti sono stati accuratamente valutati riguardo le comorbidità mediche con un questionario standardizzato.

Risultati: oltre il 40% dei pazienti del nostro campione evidenziava almeno un disturbo metabolico, la cui presenza non sembrava essere influenzata dal sottotipo di disturbo bipolare. I pazienti con malattie metaboliche presentavano maggiori tassi di comorbidità con disturbi d'ansia (GAD e fobia sociale). Inoltre la presenza di malattie metaboliche sembrava non essere in relazione con l'assunzione pregressa di neurolettici tipici o atipici.

Conclusioni: i nostri risultati suggeriscono la presenza di numerosi fattori per la comorbidità tra disturbo bipolare e malattie metaboliche, oltre alla terapia farmacologica. Sono necessari altri studi per valutare il rapporto tra questi disturbi e migliorare così la pratica clinica.

P8. Un progetto personalizzato per persone con disturbo mentale severo: riduzione delle ricadute e miglioramento dell'autonomia e dell'inclusione sociale

F. Bertossi¹, M. Asquini², T. Gon², C. Bertossi³, G. Daniele⁴, D. Papanti⁵

¹ Dipartimento di Salute Mentale ASS 4 "Medio Friuli";

² Dipartimento di Salute Mentale ASS 3 "Alto Friuli"; ³ Università di Padova; ⁴ Università di Genova; ⁵ Clinica Psichiatrica di Trieste

Introduzione: per migliorare la presa in carico degli utenti con disturbo mentale severo e alta complessità di gestione nel proprio contesto di vita, sono stati attivati nel Dipartimento di Salute Mentale dell'Alto Friuli, 32 progetti personalizzati. I criteri di inclusione per il progetto sono: disturbo mentale severo, esclusione sociale od isolamento, mancanza di rete familiare o problematicità della relazioni familiari, mancanza di condizioni abitative adeguate, difficoltà di inserimento lavorativo anche protetto, risorse economiche insufficienti, uso di sostanze psicotrope, alto numero di TSO, ricoveri volontari o prolungate permanenze in strutture residenziali, dimissione da istituzioni totali (opg, carcere), rischio di grave rottura sociale o reato.

Metodi: lo studio retrospettivo ha valutato un campione di 31 pazienti ad alto carico, beneficiari di un progetto FAP dal 2008 al 2009. Sono state valutate le seguenti variabili: età, sesso, diagnosi, indicatori lungo assistito e alto utilizzatore, Quali indicatori di esito sono state considerate le seguenti variabili: tasso di ricovero in TSV nel CSM 24/h, tasso di ricovero in SPDC, tasso di ricovero in struttura residenziale, tasso di accoglimento in struttura semiresidenziale, tasso di accoglimento in *Day Hospital*, tasso di presenza in Centro Diurno, tasso di interventi complessivi (Viste psichiatriche, visite domiciliari, prestazioni infermieristiche, colloqui con i familiari, interventi di rete, colloqui strutturati) terapia farmacologica.

Risultati: il progetto personalizzato attuato nei confronti di un utenza ad alto carico permette di ridurre significativamente il numero dei soggetti che necessitano di ricovero nel CSM 24/h (-20%) e in SPDC (-13,3%), di presenza residenziale (-16,7%), e *Day Hospital* (-13,4%) e di ridurre il dosaggio della terapia antipsicotica nel 40% dei casi e mantenerla stabile nel 46%.

Conclusioni: tali dati sono suggestivi per un miglioramento clinico globale dei soggetti e una riduzione delle ricadute, favorendo un miglioramento dell'autonomia e dell'inclusione sociale.

Bibliografia

Par H, Philo C. *Rural mental health and social geographies of caring. Social & Cultural Geographies* 2003;4:471-88.

Parr H, Philo C, Burns N. *Social geographies of rural mental health: experiencing inclusions and exclusions. Trans Inst Br Geogr* 2004;29:401-19.

P9. Sintomatologia negativa al primo episodio psicotico: il valore del costrutto soggettivo

V. Bianchini, A. Di Luca, L. Verni, R. Pollice

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Scienze della Salute, Università de L'Aquila

Introduzione: nel corso degli ultimi anni, vi è stato un rinnovato interesse della comunità scientifica sulla fisiopatologica

e fenomenologica della sintomatologia negativa e sulla sua importanza come *core-symptom* dei disturbi psicotici. Sintomi negativi "attenuati" sono presenti già nella fase prodromica del disturbo psicotico e anche se aspecifici, sembrano essere dovuti alla prima espressione dell'interruzione di alcuni circuiti neurali, tra cui i meso-corticali e i limbici. In questo studio abbiamo confrontato la percezione soggettiva della sintomatologia negativa in un campione di giovani pazienti al Primo Episodio Psicotico (FEP) afferiti presso lo SMILE con pazienti affetti da schizofrenia a decorso continuo ricoverati presso l'SPUDC de L'Aquila.

Materiali e metodi: 14 giovani FEP con età media di 23,4 aa ($ds \pm 2,1$) afferiti consecutivamente presso l'ambulatorio SMILE sono stati confrontati con 21 pazienti con schizofrenia a decorso continuo ricoverati presso l'SPUDC de L'Aquila (età media 46,7 aa $ds \pm 1,5$). Tutti i pazienti sono stati sottoposti all'intervista strutturata SENS (*Subjective Experience of Negative Symptoms*) e valutati con la PANSS per il quadro psicopatologico e la VGF per il funzionamento globale.

Risultati: l'analisi del punteggio totale della SENS ha rilevato una differenza statisticamente significativa ($p < 0,04$) tra i due gruppi di studio, mostrando una maggiore percezione della sintomatologia negativa nei FEP con punteggi particolarmente elevati negli *item* "Relazioni con altri soggetti", "Cura e Igiene personale" e "Incapacità a provare emozioni". Lo studio della PANSS ha evidenziato una differenza significativa esclusivamente nella dimensione Negativa con una correlazione inversamente significativa al punteggio totale della SENS.

Conclusioni: recenti studi hanno rilevato che soggetti al *First Episode* (FEP) che manifestano già in fase prodromica sintomi negativi "attenuati", avrebbero una probabilità più elevata di sviluppare un disturbo psicotico a evoluzione continua. La nostra esperienza suggerisce che l'identificazione precoce della sintomatologia negativa sia di primaria importanza insieme alla valutazione della percezione soggettiva della stessa nei paziente al FE. Tali costrutti che sembrano integrarsi più che sovrapporsi, appaiono essere utili a migliorare e anticipare gli orientamenti diagnostici e a migliorare e prevedere l'*outcome* clinico, la risposta al trattamento e il funzionamento globale.

Bibliografia

Correll CU, Hauser M, Auther AM, et al. *Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions.* J Child Psychol Psychiatry 2010;51:390-431.

Yung AR, Nelson B. *Young people at ultra high risk for psychosis: a research update.* Early Interv Psychiatry 2011;5(Suppl 1):52-7.

P10. Psicopatologia, funzioni cognitive e consapevolezza di malattia nel disturbo schizoaffettivo: un'analisi comparativa con la schizofrenia

N. Birindelli, I. Bava, F. Berardo, F. Castagna, M. Graffino, C. Mingrone, P. Rocca

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Introduzione: è ancora dibattuto se il disturbo schizoaffettivo sia un'entità clinicamente distinta, una variante della schizofrenia, una forma atipica di disturbo dell'umore, oppure si collochi in una posizione intermedia su un *continuum* che va dalla

schizofrenia ai disturbi dell'umore nell'ambito di una psicosi unica.

Il nostro studio si propone di confrontare due gruppi di pazienti, il primo con diagnosi di schizofrenia, il secondo con diagnosi di disturbo schizoaffettivo, dal punto di vista sociodemografico, clinico, neuropsicologico e funzionale.

Metodi: sono stati inclusi nello studio 104 pazienti ambulatoriali consecutivi, 64 con diagnosi di schizofrenia e 40 con diagnosi di disturbo schizoaffettivo in fase stabile (DSM-IV-TR), afferenti alla Clinica Psichiatrica Universitaria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino e Dipartimento di Salute Mentale Interaziendale ASL 1-Molinette di Torino. Abbiamo indagato la sintomatologia (PANSS), la gravità di malattia (CGI), i sintomi depressivi (CDS), il funzionamento psico-sociale e lavorativo (GAF), la qualità di vita (QLS), la consapevolezza di malattia (SUMD). Sono state valutate inoltre le funzioni esecutive (WCST), la memoria verbale/apprendimento (CVLT) e le funzioni attentive (*Stroop Test*, TMT). Il confronto statistico dei dati relativi alle caratteristiche dei due gruppi ha compreso il *test* chi-quadro per le variabili categoriali e l'analisi della varianza (*one-way* ANOVA) per le variabili continue.

Risultati: i pazienti con diagnosi di disturbo schizoaffettivo presentavano una sintomatologia negativa ($p = ,049$) e globale ($p = ,047$) meno grave, una minore gravità di malattia ($p = ,019$), una maggiore consapevolezza del disturbo mentale ($p = ,000$) e un miglior funzionamento psicosociale ($p = ,009$). Abbiamo riscontrato migliori *performance* nei *test* di memoria verbale/apprendimento ($p = ,006$), attenzione ($p = ,006$) e funzioni esecutive ($p = ,036$).

Conclusioni: questi dati preliminari sembrano supportare l'ipotesi che il disturbo schizoaffettivo sia un'entità distinta rispetto alla schizofrenia. Ci proponiamo di valutare quanto la minore gravità della psicopatologia e della compromissione cognitiva contribuiscano a un miglior funzionamento.

Bibliografia

Cheniaux E, Landeira-Fernandez J, Lessa Telles L, et al. *Does schizo affective disorder really exist? A systematic review of the studies that compared schizo affective disorder with schizophrenia or mood disorders.* Affect Disord 2008;106:209-17.

Correll CU. *Understanding schizo affective disorder: from psychobiology to psychosocial functioning.* J Clin Psychiatry 2010;71:8-13.

P11. Alla ricerca dell'autismo schizofrenico attraverso uno studio su giovani psicotici ricoverati nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Taranto nell'anno 2011

A. Boccadamo¹, N. Vivencio Loparco¹, B. Maccacchieri¹, F. Scapati², M. Nacci¹

¹ Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, ² Dipartimento Salute Mentale, ASL TA, Taranto

È opinione ormai condivisa da molti autori che il periodo prodromico della schizofrenia preceda di alcuni anni (da 1 a 5 anni) il franco esordio psicotico che, a sua volta, spesso coincide, per la gravità del quadro psicopatologico, con il primo ricovero in ambito psichiatrico.

In questo lavoro sono stati considerati solo giovani psicotici con età compresa fra 18 e 25 anni (età media 20,5 anni) al primo ricovero in un Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC).

I dati preliminari dello studio, in fase di svolgimento, riguardano il primo semestre dell'anno 2011. Il campione preso in esame rappresenta il 3,5% dei ricoverati totali.

Si tratta di maschi valutati all'ingresso nel SPDC di Taranto attraverso la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS): gli *item* con punteggi indicativi di maggiore gravità sono quelli riguardanti il contenuto insolito del pensiero, le allucinazioni e l'ostilità. Per l'importanza del quadro clinico il 43% dei soggetti ha necessitato del trattamento sanitario obbligatorio (TSO). Le osservazioni sulla condizione psicopatologia acuta del campione considerato, tuttavia, non costituiscono il fine ultimo di questo lavoro ambiziosamente mirato, invece, e per quanto possibile, alla ricerca, attraverso più fonti e nel percorso esistenziale di ognuno dei pazienti, di tracce all'origine della frattura con il mondo comune che, al di là dell'aspecifica gravità dei sintomi, caratterizza lo spettro schizofrenico: muovendo in questa direzione si farà riferimento a ciò che studi di matrice fenomenologica indicano come autismo.

Bibliografia

Ballerini A. *Patologia di un eremitaggio. Uno studio sull'autismo schizofrenico*. Torino: Bollati Boringhieri 2002.

Popolo R, Balbi A, Vinci G. *Early psychosis. Dalla valutazione al trattamento*. Roma: Alpes Italia 2007.

Stanghellini G, Ballerini M, *Dis-socialità, ovvero la crisi schizofrenica del senso comune*. Noos 2005;2:115-40.

P12. La durata di malattia non trattata nei diversi sottotipi schizofrenici: uno studio collaborativo Milano-Mosca

M. Buoli¹, B. Dell'Osso¹, Y. Zaytseva², A.C. Altamura¹

¹ *Clinica Psichiatrica, Università di Milano, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico*; ² *Moscow Research Institute of Psychiatry, Department of Outpatient Psychiatry and the Organization of Psychiatric Care*

Introduzione: numerosi studi indicano come una maggiore durata di malattia non trattata (DUI) sia associata a peggior prognosi in pazienti schizofrenici¹. Scopo di questo studio è stato valutare eventuali differenze in termini di DUI tra i diversi sottotipi diagnostici in un campione di pazienti schizofrenici di diverse aree geografiche.

Metodi: sono stati reclutati 125 pazienti schizofrenici ricoverati presso il reparto della Clinica Psichiatrica di Milano (n = 51) e di Mosca (n = 74). A tutti i pazienti è stata somministrata la SCID-I e le informazioni riguardo la DUI sono state raccolte tramite cartelle cliniche, servizi informatici del sistema sanitario e colloqui coi pazienti/familiari. La DUI è stata definita come l'intervallo di tempo tra l'esordio del quadro clinico e la somministrazione del primo antipsicotico². Un'analisi della varianza a una via è stata effettuata per riscontrare eventuali differenze nella lunghezza della DUI tra i vari sottotipi diagnostici.

Risultati: la DUI nel campione di pazienti italiani è risultata essere di 4,14 anni (+ 4,95) mentre nei pazienti russi di 1,16 anni (+ 1,43). Nell'intero campione, una DUI più lunga è stata osservata nei pazienti con sottotipo paranoideo (3,47 anni + 4,19), mentre i soggetti catatonici presentavano la DUI più breve (0,96 anni + 0,94) (F = 3,56, p = 0,016).

Conclusioni: i risultati del presente studio mostrano come i diversi sottotipi di schizofrenia presentino una diversa DUI vero-

similmente influenzata da una diversa gravità del quadro clinico e del funzionamento sociale. Studi con un maggior numero di pazienti schizofrenici sono necessari per confermare questi risultati.

Bibliografia

¹ Altamura AC, Buoli M, Serati M. *Duration of illness and duration of untreated illness in relation to drug response in psychiatric disorders*. *Neuropsychiatry*, 2011;1:81-90.

² Dell'Osso B, Altamura AC. *Duration of untreated psychosis and duration of untreated illness: new vistas*. *CNS Spectr* 2010;15: 238-46.

P13. Insight e schizofrenia: antipsicotici a confronto

D. Cannavò, O. Bianchini, E. Battaglia, S. Magnano, F. Lio, A. Virzì, E. Aguglia

AOU Policlinico "G. Rodolico" – Vittorio Emanuele II, Catania, UOPI Psichiatria

Introduzione: l'*insight*, nel lessico psichiatrico indica il grado di consapevolezza di malattia. Se presente, nel paziente schizofrenico, consente una maggiore *compliance*, un miglior *outcome* e una migliore qualità di vita. L'uso di antipsicotici atipici permette di ottenere una migliore funzionalità cognitiva e di conseguenza un incremento dei livelli di *insight*. L'obiettivo del nostro studio è valutare quale fra i farmaci in studio (olanzapina, alogiperidolo, ziprasidone, aripiprazolo) ha una maggiore azione sull'*insight*, considerando la relazione con il quadro psicopatologico e la qualità di vita.

Materiali e metodi: lo studio, di tipo osservazionale naturalistico e della durata di 6 mesi è stato suddiviso in tre visite (0, 3 e 6 mesi). Sono stati inclusi 55 pazienti con diagnosi di schizofrenia paranoide, che hanno necessitato di uno *switch* farmacologico verso i farmaci in studio. Le scale di valutazione utilizzate sono le seguenti: SAI, PANSS e SF-36.

Risultati: lo studio ha dimostrato che l'aumento dei punteggi ottenuti alla SAI è correlato a una riduzione dei valori della PANSS in particolare per olanzapina, aripiprazolo e ziprasidone. Tale correlazione non si evidenzerebbe con la SF-36.

Conclusioni: la nostra ricerca dimostra una buona efficacia degli antipsicotici atipici sull'*insight* e che il miglioramento di quest'ultimo è importante all'interno del processo terapeutico, correlandosi con una buona *compliance* al trattamento, un miglioramento del quadro psicopatologico e una migliore qualità di vita.

P14. Trattamento con farmaci antipsicotici e prolungamento del tratto QTc: uno studio osservazionale su pazienti ricoverati in SPDC

A. Carano^{1,2}, D. De Berardis², F. Faiella¹, A. Testa¹, E. Arturo¹, E. Iommetti¹, M. Vizza¹, G. Mariani¹

¹ *Dipartimento Salute Mentale di Ascoli Piceno*; ² *Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università di Chieti*

Introduzione: il trattamento con antipsicotici è gravato da una aumentata incidenza di aritmie e morte improvvisa. Il meccanismo fisiopatologico alla base di tale evento si fonda sull'evidenza di un'alterazione dei meccanismi di ripolarizzazione

ventricolare, rilevabile all'ECG come prolungamento numerico dell'intervallo QT. In merito alla potenziale tossicità cardiaca dei farmaci antipsicotici di I e II generazione, studi controllati recenti indicano come anche questi ultimi possono indurre un prolungamento del QTc sebbene tale dato sembra non essere avvalorato dalla *clinical reality*.

Metodi: l'obiettivo dello studio proposto è quello di indagare il tratto QTc (corretto per la frequenza cardiaca) in un campione di pazienti ricoverati nel nostro SPDC dal 1 gennaio 2010 al 30 settembre 2011; sono stati reclutati 130 soggetti in trattamento con antipsicotici tipici e atipici in monoterapia che avevano ricevuto una diagnosi (secondo i criteri del DSM-IV TR) di Spettro Psicotico. Tutti i soggetti partecipanti allo studio, previo consenso informato, sono stati intervistati compilando un questionario socio-demografico e clinico, e sottoposti a monitoraggio progressivo con ECG (prendendo come riferimento specifico l'intervallo QT e calcolando il QTc).

Risultati: i valori medi dei QTc emersi dall'analisi del campione sono di 400 mms \pm 2,9 (r 330-490) senza differenze per il parametro sesso. Il 78,2% del campione presenta un QTc \leq 430 mms. Il 12% del campione presenta un QTc ai limiti della norma (QTc compreso tra 420 e 480 mms). Solo il 2,8% del campione esaminato ha un QTc \geq 480 mms. Non sono emerse differenze significative in relazione alla classe di antipsicotico utilizzato (I o II generazione) né in rapporto alla specifica molecola utilizzata.

Conclusioni: questi dati, in linea con la letteratura, indicano che la frequenza di rischio del prolungamento del tratto QTc è un effetto di classe farmacologica seppur molto basso. Pertanto, sebbene il trattamento antipsicotico si associ a un basso rischio di aritmie ventricolari e a morte improvvisa, è necessario nella clinica un accurato monitoraggio dell'ECG e della valutazione del QTc prima e durante il trattamento medesimo.

P15. Psicosi croniche e adesione al trattamento: antipsicotici tipici versus aripiprazolo

A. Carano^{1,2}, S. Giampieri², T. Damiani², F. Poletti², D. De Berardis¹, G. Di Iorio¹, M. Vizza², G. Mariani¹, M. Di Giannantonio¹

¹ Dipartimento di Neuroscienze, Università di Chieti;

² Dipartimento di Salute Mentale di Ascoli Piceno

Introduzione: l'adesione al trattamento dei pazienti affetti da psicosi cronica rappresenta uno dei problemi con i quali lo psichiatra si deve confrontare nella pratica clinica quotidiana. La mancata adesione al trattamento psicofarmacologico è spesso all'origine della riacutizzazione sintomatologica e della conseguente necessità di ripetuti ricoveri in ambito ospedaliero. I fattori in gioco sono molteplici e possono andare dalla comparsa di effetti collaterali mal tollerati, alla negazione della malattia e all'insufficiente supporto psicofarmacologico.

Scopo: il presente lavoro si pone l'obiettivo di valutare in un campione di pazienti schizofrenici ricoverati nell'SPDC di Ascoli Piceno dal febbraio 2010 a settembre 2011, la percentuale di ricoveri sostenuti da sospensione della terapia farmacologica, facendo riferimento al trattamento farmacologico in corso e individuando due gruppi sulla base dell'utilizzo di neurolettici tipici (aloperidolo, zuclopentixolo, perfenazina) e aripiprazolo.

Metodi e risultati: l'analisi dei dati preliminari a disposizione ha messo in evidenza un più alto tasso di ricoveri soprattutto nel gruppo di pazienti in trattamento con antipsicotici tipici rispetto al gruppo in terapia con aripiprazolo. In particolare è stato osservato che circa il 30% dei pazienti che assumeva neurolettici tipici è andato incontro a uno o più ricoveri nell'intervallo di tempo considerato, per il riscontro di effetti collaterali (più frequentemente acatisia, parkinsonismo e discinesie acute) e/o riacutizzazione del quadro psicopatologico dopo scarsa aderenza alla terapia farmacologica. I pazienti che assumevano aripiprazolo (15-30 mg/die) presentavano una buona adesione al trattamento rispetto al gruppo trattato con neurolettici tipici deducibile dalla scarsa percentuale di *revolving door* 2% e dalla assenza di effetti collaterali di tipo extrapiramidale.

Conclusioni: l'analisi dei nostri dati, seppur preliminari, consente di tracciare alcune considerazioni cliniche come una maggiore aderenza al trattamento psicofarmacologico nei soggetti in terapia con aripiprazolo nonché una sufficiente risposta alla stabilizzazione della fenomenica psicopatologica.

P16. Variabili legate al peso nel disturbo bipolare

A. Carano^{1,2}, L. Mancini¹, M.G. Giorgi¹, D. De Berardis², F. Cioni¹, M. Vizza¹, G. Mariani¹, P.L. Scapicchio³

¹ Dipartimento Salute Mentale di Ascoli Piceno; ² Dipartimento Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università di Chieti;

³ Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Introduzione: le variabili legate all'aumento di peso e alle complicanze plurimetaboliche a esse associate sono un problema rilevante in soggetti affetti da disturbi dell'umore. Studi compiuti nel disturbo bipolare (DB) hanno dimostrato una frequenza di obesità, intesa come *Body Mass Index* (BMI \geq 30), che va dal 24 al 35%. Inoltre, alcuni studi hanno determinato un'associazione ancora più forte fra incremento di grasso visceroadominale e disturbi dell'umore. L'obesità risente di diverse variabili, da complessi fattori genetici all'alimentazione, dall'attività fisica all'uso di farmaci; per questo motivo è utile valutarne la prevalenza nelle differenti popolazioni. Scopo del presente studio è valutare la prevalenza di obesità in un campione di pazienti italiani con DB e determinarne l'associazione con caratteristiche socio-demografiche e cliniche.

Materiali e metodi: presso il nostro SPDC, dal marzo 2010 al settembre 2011, sono stati consecutivamente reclutati 67 pazienti con diagnosi di DB I e II. È stata somministrata un'intervista semistrutturata per rilevare le caratteristiche socio-demografiche e cliniche, e misurati peso, altezza e circonferenza addominale.

Risultati: il 25,4% del campione totale presenta un BMI \geq 30; le caratteristiche socio-demografiche (età, sesso, scolarità, stato civile, occupazione) non differiscono nei pazienti obesi e non obesi. Per quanto riguarda le caratteristiche cliniche, i pazienti obesi hanno in anamnesi un maggior numero di episodi (ipo) maniacali e depressivi rispetto ai non obesi. La presenza significativa di un incremento di grasso visceroadominale si associa a maggiore durata del DB, maggiore BMI e fumo di sigaretta.

Discussione: il gruppo di pazienti indagati presenta una elevata frequenza di obesità, superiore a quella della popolazione italiana e sovrapponibile a quella dei pazienti bipolari americani indagati in altri studi. L'obesità nel nostro gruppo di pazienti

correla a caratteristiche cliniche evidenziate in altri studi, quali in particolare il numero di episodi pregressi e la durata del disturbo. Rimane da valutare il peso dei prolungati trattamenti farmacologici e delle abitudini di vita nel determinare l'obesità in questi pazienti.

Bibliografia

- Elmslie JL, Silverstone JT, Mann JJ, et al. *Prevalence of overweight and obesity in bipolar patients*. J Clin Psychiatry 2000;61:179-84.
- Fagiolini A, Kupfer DJ, Houck PR, et al. *Obesity as a correlate of outcome in patients with bipolar I disorder*. Am J Psychiatry 2003;60:112-7.
- Ahlberg AC, Ljung T, Rosmond R, et al. *Depression and anxiety symptoms in relation to anthropometry and metabolism in men*. Psychiatry Res 2002;112:101-10.

P17. Studio dimensionale dell'efficacia di paliperidone nelle psicosi affettive

A. Carano^{1,2}, M. Vizza², G. Di Iorio^{1,3}, D. De Berardis⁴, G. Mariani², S. Moschetta⁴, P.L. Scapicchio⁵, M. Di Giannantonio^{1,3}

¹ Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università di Chieti; ² Dipartimento Salute Mentale di Ascoli Piceno; ³ Dipartimento Salute Mentale di Chieti; ⁴ Dipartimento Salute Mentale di Teramo; ⁵ Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Introduzione: il paliperidone è un antipsicotico atipico con ormai una riconosciuta efficacia nel trattamento in acuto e a lungo termine della schizofrenia. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'efficacia di un trattamento con paliperidone sulle dimensioni sintomatologiche di pazienti affetti da psicosi affettiva grave.

Materiali e metodi: la ricerca multicentrica è stata condotta su una popolazione di pazienti con sindrome psicotica grave (GAF < 50) ricoverata presso gli SPDC di Ascoli Piceno, Chieti e Teramo. I pazienti sono stati reclutati dal marzo 2010 a giugno 2011, presentavano diagnosi rispettivamente di disturbo schizoaffettivo (43 soggetti) e di disturbo schizofrenico (49 soggetti). Sono state valutate le modificazioni nei punteggi degli *item* della BPRS-24 e delle subscale della PANSS al *baseline*, a due mesi e a 4 mesi dall'assunzione di paliperidone progressivamente aumentata fino a raggiungere un dosaggio di 9 mg in terza giornata.

Risultati: tutti i punteggi degli *item* della BPRS-24 e delle subscale della PANSS mostrano al primo *follow-up* (dopo due mesi) una sensibile riduzione ($p < 0,005$) sintomatologica sia nel gruppo pazienti "schizoaffettivi" che "schizofrenici". Al secondo *steep* (dopo 4 mesi dal trattamento) la valutazione complessiva dei punteggi della BPRS-24 e della PANSS mostrano una netta e significativa riduzione delle componenti psicopatologiche di rilievo in ambedue i bracci arruolati ($p < 0,001$).

Nello specifico, sia nei pazienti con diagnosi di schizofrenia che schizoaffettività si assiste a un miglioramento significativo negli *item* della BPRS-24 "depressione", "rischio suicidiario" e "appiattimento emotivo", e una sostanziale riduzione dei sintomi negativi e positivi evidenziati con le apposite subscale della PANSS.

Conclusioni: i risultati del nostro studio concordano con i dati di letteratura secondo cui il paliperidone ha una riconosciuta

efficacia nel trattamento in acuto e a lungo termine della schizofrenia, ma appare rilevante il riscontro di una efficacia sulla componente "umorale" e "emozionale" tali da ipotizzare un proficuo impiego nei disturbi dell'umore.

Bibliografia

- Hough D, Nuamah IF, Lim P, et al. *Independent effect of paliperidone extended release on social functioning beyond its effect on positive and negative symptoms of schizophrenia: a mediation analysis*. J Clin Psychopharmacol 2009;29:496-7.

P18. La prevenzione in psichiatria: analisi dei fattori di rischio precoci

G. Cauli, S. Anselmetti, E. Ermoli, R. Viganoni, E. Corbetta, M. Quartieri Bollani, E. Iapichino, C. Gala
Dipartimento di Psichiatria, UOP, AO "San Paolo", Milano

La prevenzione primaria, ovvero l'insieme di azioni atte a ridurre la probabilità che una patologia psichiatrica si manifesti, è uno degli obiettivi più ambiziosi della psichiatria moderna. L'individuazione di fattori di rischio precoci risulta a tale proposito essenziale in quanto permetterebbe un intervento puntuale e tempestivo sui soggetti a rischio. Il presente studio si propone di analizzare retrospettivamente un campione costituito da 20 pazienti affetti da disturbo bipolare dell'umore, 20 pazienti affetti da patologie psichiatriche miste a esclusione del disturbo bipolare e 20 soggetti sani. Attraverso un'intervista semi-strutturata si indagano lo stato di salute della madre in gravidanza e nel *post-partum* e i primi anni di vita, con una particolare attenzione nei confronti del rapporto mamma-bambino. Infatti, studi recenti evidenziano come un malessere materno precoce possa compromettere la relazione primaria e favorire l'insorgenza di un successivo disagio psichico. I risultati preliminari hanno mostrato un'influenza significativa ($p < ,001$) di tali fattori, che risultano maggiormente presenti nei pazienti psichiatrici rispetto al campione di controllo.

P19. Comorbidità tra disturbo da deficit di attenzione e iperattività nell'adulto e disturbo bipolare: prevalenza e caratteristiche cliniche in uno studio preliminare

G. Ceraudo, S. Rizzato, F. Casalini, M. Fornaro, A. Del Carlo, C. Toni, L. Dell'Osso, G. Perugi

Dipartimento di Psichiatria Neurobiologia Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Introduzione: allo scopo di accertare l'impatto del disturbo da deficit d'attenzione e iperattività (ADHD) nei pazienti adulti affetti da disturbo bipolare (DB) abbiamo realizzato uno studio a coorte per determinare la prevalenza e le caratteristiche cliniche e demografiche associate a questa comorbidità.

Metodi: sono stati reclutati 96 pazienti con DB. Tutti i pazienti sono stati valutati con l'*Adult ADHD Self-report Scale* (ASRS) v 1.1, la *Diagnostic, Clinical and Therapeutic Checklist* (DCTC) per la diagnosi delle patologie psichiatriche di Asse I secondo i criteri del DSM-IV e delle comorbidità, la *Clinical Global Impression Bipolar* (CGI-BP), la *Global Assessment of Functioning* (GAF) e la *Sheehan Disability Scale* (SDS).

Risultati: 19 pazienti (19,8%) soddisfacevano i criteri del DSM-IV e della ASRS per la diagnosi di ADHD. Una più alta percentuale di pazienti con ADHD presentavano un episodio misto al momento dell'osservazione. Essi riportavano punteggi medi più alti alla CGI-BP punteggi più bassi alla GAF e un peggiore adattamento familiare alla SDS. I pazienti con ADHD, inoltre, riportavano percentuali più elevate di comorbidità con il disturbo da uso di sostanze (DUS), con il disturbo del controllo degli impulsi (DCI) e con il disturbo da ansia generalizzata (DAG).

Conclusioni: i risultati dimostrano che i pazienti con ADHD hanno un più grave decorso psicopatologico e raggiungono livelli di adattamento inferiori in confronto a quelli senza ADHD. Inoltre la presenza di alte percentuali di comorbidità con DUS e DCI nei pazienti con ADHD complica il decorso e il trattamento del DB.

P20. La riabilitazione psichiatrica negli esordi schizofrenici: valutazioni preliminari per una validazione scientifica

S. Cerino¹, F. Cirulli², S. Seripa³

¹ Dipartimento RE, FISE, Roma; ² Section of Behavioural Neurosciences, Department Cell Biology and Neurosciences, Istituto Superiore di Sanità, Roma; ³ DSM ASL RM F, Roma

Gli interventi riabilitativi precoci anche non convenzionali negli esordi schizofrenici possono influenzare disfunzionalità cognitive, dimensioni affettive e Alessitimiche e cognizione sociale. Sono qui presentati dati di 2 anni di ricerca su 30 pazienti in esordio schizofrenico, la cui terapia riabilitativa ha compreso anche attività legate all'ambito equestre. I soggetti, durante il percorso riabilitativo, sono stati sottoposti a: BPRS, Panss a 8 item, TAS, VGQ, SF36, MCQ, a T/O, T1/2, T/F per valutare su quali dimensioni psicopatologiche avesse esito l'intervento, anche in funzione dell'ottimizzazione dei percorsi di reinserimento sociale. I dati qui presentati e schematizzati, analizzati con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità depongono per una serie di effetti positivi, anche in termine di diminuzione di giornate di ricovero e interventi di urgenza.

P21. Risposta alla TEC in pazienti bipolari I con depressione e stati misti, confronto in un campione di 96 pazienti

B. Ciaponi, S. Fratta, P. Medda, S. Rizzato, F. Casalini, M. Mauri, L. Dell'Osso, G. Perugi

Dipartimento di Psichiatria Neurobiologia Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Introduzione: la terapia elettroconvulsivante (TEC) è ampiamente utilizzata nel trattamento della depressione grave e resistente, tuttavia, la sua utilità nel disturbo bipolare I non è stata studiata estesamente. Abbiamo confrontato la risposta alla TEC in pazienti bipolari I affetti da depressione o stato misto resistenti ai trattamenti farmacologici.

Metodi: 96 pazienti affetti da disturbo bipolare I secondo DSM-IV (46 con episodio depressivo maggiore e 50 con stato misto) sono stati reclutati nello studio e sottoposti a TEC con un protocollo di 2 settimane. I pazienti sono stati valutati prima e una settimana dopo la TEC mediante *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D), *Mania Rating Scale* (MRS), *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) e *Clinical Global Improvement* (CGI).

Risultati: il tasso di risposta globale (CGI) è risultato simile nella depressione bipolare e SM. Non c'è differenza significativa nel tasso di remissione globale tra depressione e SM. Il tasso di risposta della sintomatologia depressiva (HAM-D) è risultato del 69,6% per la depressione bipolare e del 66,0% nei SM. Il tasso di remissione è risultato rispettivamente 26,1 e 30,0%. Alla fine del ciclo di TEC i punteggi di CGI, HAM-D, YMS, BPRS totale e *psychotic cluster* hanno mostrato una riduzione in entrambi i gruppi.

Conclusioni: la TEC dovrebbe essere considerato un valido trattamento alternativo in pazienti bipolari I con depressione o SM che non rispondono ai trattamenti farmacologici convenzionali. I pazienti con SM tendono a presentare una maggiore agitazione residua o maggiori caratteristiche psicotiche in confronto a quelli con depressione.

P22. Fumo di sigaretta e funzioni cognitive in pazienti con disturbi dell'umore

A. Citterio, S. Daccò, C. Guerra, D. Caldirola, G. Perna

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Casa di Cura Villa S. Benedetto Menni, Albese con Cassano, Como

Il consumo di tabacco sembra associato alla riduzione dei deficit cognitivi in pazienti schizofrenici. Fino a ora pochi studi hanno indagato tale effetto sulle abilità cognitive in pazienti con disturbi dell'umore. Poiché un'alta prevalenza di fumatori è stata riscontrata in pazienti bipolari e con depressione maggiore, l'obiettivo del nostro studio è quello di valutare l'effetto della nicotina sulle funzioni cognitive in queste due popolazioni. Un ampio gruppo di pazienti con depressione maggiore e disturbo bipolare (in episodio depressivo) ha effettuato una batteria di test neuropsicologici, somministrati all'inizio del ricovero presso il nostro dipartimento. I pazienti fumatori hanno presentato prestazioni significativamente migliori rispetto ai non fumatori ai test di memoria verbale (*test Anna Pesenti*) e di fluency verbale fonemica e semantica, con una relazione positiva e significativa tra i livelli di *performance* ai test e il numero di sigarette fumate nelle 24 ore precedenti. Al contrario, non emerge relazione tra la *performance* ai test e gli anni di abitudine al fumo. Non significative sono risultate le differenze tra depressi e bipolari e l'interazione tra diagnosi e fumo. Modelli animali mostrano la capacità della nicotina di aumentare i livelli di monoamine nell'ippocampo, coinvolto nei compiti di memoria e di linguaggio. L'effetto neuromodulatore positivo della nicotina sulle funzioni cognitive può spiegare l'abitudine al fumo come automedicazione nei pazienti con disturbi dell'umore.

P23. Potenziale effetto protettivo del litio sulle funzioni neurocognitive in pazienti con disturbo bipolare

C. Colletti, A. Quartini, A. Anastasia, F.S. Bersani, E. Prinziavalli, G. Bersani

Dipartimento di Scienze e Biotecnologie Medico-Chirurgiche, Sapienza Università di Roma, Facoltà Farmacia e Medicina, DSM ASL/LT-Unità di Psichiatria, Ospedale "A. Fiorini" Terracina (LT)

Introduzione: il litio è un catione monovalente utilizzato da oltre 50 anni nella cura e nella prevenzione del disturbo bipolare (DB). Evidenze neuroanatomiche e neurochimiche

crescenti sembrerebbero indicarne importanti proprietà neuroprotettive e neurotrofiche. Se e come tali proprietà possano ulteriormente tradursi in un effetto positivo sulle funzioni neurocognitive rimane a tutt'oggi oggetto di discussione.

Metodi: sono stati arruolati 45 soggetti: 30 pazienti (pz) bipolari in fase eutimica (15 pz in terapia con litio + 15 pz in terapia con altri stabilizzatori dell'umore e/o antidepressivi) e 15 soggetti sani di controllo (ctrl). La valutazione delle funzioni neurocognitive è stata effettuata tramite batteria CANTAB. I test utilizzati sono stati i seguenti: PAL, SSP, SWM, SOC, IED, RVIP, IST, e SST.

Risultati: nel confronto globale (pz vs. ctrl), i pz bipolari hanno mostrato una *performance* ridotta nei test per la valutazione delle capacità mnesiche (PAL), della memoria di lavoro (SSP e SWM), e delle capacità attentive (RVIP). Al test PAL, associato alle funzioni del lobo temporale mediale (in particolare della corteccia entorinale), solo il gruppo dei pz bipolari non in terapia con litio ha mostrato una *performance* ridotta.

Conclusioni: in accordo a precedenti lavori, i risultati ottenuti sembrerebbero indicare la possibilità di un effetto protettivo del litio sulle funzioni neurocognitive, in particolare su quelle mediate dal lobo temporale mediale.

P24. Rischio genetico di schizofrenia e attività ippocampo-paraippocampale durante *encoding* di memoria episodica

E. D'Ambrosio¹, A. Di Giorgio^{1,2}, B. Gelao¹, I. Andriola¹, A. Papazacharias¹, L. Fazio¹, P. Taurisano¹, M. Colizzi¹, G. Miccolis¹, M.A. Nettis¹, T. Popolizio², M. Nardini¹, G. Blasi¹, G. Caforio¹, A. Bertolino^{1,2}

¹ Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Bari "Aldo Moro", Bari; ² IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo, Foggia

I deficit di *encoding* di memoria episodica in pazienti con schizofrenia sono in parte geneticamente determinati e sono correlati ad alterazioni dell'attività di ippocampo (H) e paraippocampo (PH). Tuttavia, resta poco chiaro se tali alterazioni sono associate al rischio genetico di schizofrenia o meno. Scopo di questo studio è stato quello di valutare l'attività di H-PH durante *encoding* di memoria episodica nei fratelli dei pazienti, poiché questi condividono con i pazienti il 50% delle variazioni genetiche.

42 pazienti con schizofrenia, 18 fratelli non affetti, e 57 soggetti sani sono stati sottoposti a fMRI durante lo svolgimento di un compito di memoria episodica. I dati comportamentali hanno dimostrato un effetto della diagnosi tale che i pazienti mostravano *performance* ridotte rispetto ai soggetti sani, sia in termini di accuratezza che di tempo di reazione. L'ANOVA dei dati di imaging, invece, in SPM8 (pFWE = 0,05, k = 3), ha dimostrato un effetto della diagnosi sull'attività di H-PH all'*encoding* per cui i pazienti con schizofrenia così come i fratelli avevano una ridotta attività in queste aree rispetto ai controlli. I risultati di questo studio forniscono diretta evidenza che i fratelli dei pazienti a fronte di *performance* comportamentali assimilabili a quelle dei soggetti sani presentano un alterato funzionamento di H-PH durante memoria episodica e suggeriscono, pertanto, che tale alterazione è legata al rischio genetico per il disturbo.

P25. Metilazione selettiva del *promoter* del gene del BDNF nel disturbo bipolare: differenze fra i pazienti con disturbo bipolare I e II e controlli

C. D'Addario¹, B. Dell'Osso², M.C. Palazzo², B. Benatti², L. Lietti², E. Cattaneo², D. Galimberti³, C. Fenoglio³, F. Cortini³, E. Scarpini³, B. Arosio⁴, M. Di Benedetto⁵, P. Romualdi⁵, S. Candeletti⁵, D. Mari⁴, L. Bergamaschini⁶, N. Bresolin³, M. Maccarrone^{1,7}, A.C. Altamura²

¹ Dipartimento di Scienze Biomediche, Università di Teramo, Teramo; ² Università di Milano, Dipartimento di Scienze Neurologiche; Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento di Psichiatria, Milano; ³ Università di Milano, Dipartimento di Scienze Neurologiche; Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Dipartimento di Neurologia, Milano; ⁴ Unità di Geriatria, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Università di Milano; ⁵ Dipartimento di Farmacologia, Università di Bologna; ⁶ Università di Milano, ASP Pio Albergo Trivulzio, Milano; ⁷ European Center for Brain Research (CERC)/Fondazione Santa Lucia, Roma

Introduzione: l'eziopatogenesi del disturbo bipolare (DB) è ancora scarsamente compresa, coinvolgendo meccanismi genetici, epigenetici e ambientali ¹. Il nostro studio ha preso in considerazione il livello di metilazione del *promoter* del gene del *Brain Derived Neurotrophic Factor* (BDNF), il cui ruolo è stato frequentemente associato all'eziopatogenesi delle psicosi maggiori ², in un campione di pazienti con DB e in un campione di controllo.

Metodi: il DNA è stato isolato dal sangue di 94 pazienti, in trattamento stabile, affetti da DB secondo il DSM-IV-TR (DB tipo I: n = 49; DB tipo II: n = 45), e da controlli sani abbinati per sesso e per età. Sul DNA, convertito con sodio bisolfito, è stata poi effettuata una *Real-Time Methylation Specific PCR* per quantificare la metilazione dei promotori.

Risultati: è stata osservata una ipermetilazione del *promotore* BDNF nei pazienti con DB II rispetto ai controlli e ai BDI (CONT: 24,0 ± 2,1%; DBI: 20,4 ± 1,7%; DBII: 33,3 ± 3,5%, p < 0,05). Una diminuzione statisticamente significativa dell'espressione del gene del BDNF è stata coerentemente ritrovata nei pazienti con DB II (0,53 ± 0,11%; p < 0,05), ma non nei pazienti con DB I (1,13 ± 0,19%), rispetto ai controlli (1 ± 0,2%). Inoltre, livelli di metilazione del DNA a livello del *promotore* del gene del BDNF significativamente più alti sono stati osservati in soggetti con DB in trattamento farmacologico con antidepressivi e stabilizzanti dell'umore (34,6 ± 4,2%), rispetto ai pazienti che assumevano esclusivamente agenti stabilizzanti dell'umore (21,7 ± 1,8%; p < 0,01). Fra le diverse terapie farmacologiche, litio (20,1 ± 3,8%, p < 0,05) e valproato (23,6 ± 2,9%, p < 0,05) sono risultati associati a una significativa riduzione della metilazione del DNA rispetto ad altri farmaci (35,6 ± 4,6%).

Conclusioni: i risultati riportati suggeriscono cambiamenti selettivi nella metilazione del DNA del *promotore* del gene del BDNF nei soggetti con DB II, e evidenziano l'importanza dei fattori epigenetici nel mediare l'insorgenza e la suscettibilità al DB ³. Inoltre, avvalorano l'ipotesi che la regolazione dell'espressione genica del BDNF sia un target chiave nel meccanismo d'azione dei farmaci utilizzati nel trattamento del DB ⁴.

Bibliografia

- ¹ Gershon ES. *Bipolar illness and schizophrenia as oligogenic diseases: implications for the future*. *Biological Psychiatry* 2000;47:240-4.
- ² Mill J, Petronis A. *The relevance of epigenetics to major psychosis*. In: Ferguson-Smith A, Grealley J, Martienssen R, editors. *Epigenomics*. Springer 2009, pp. 411-34.
- ³ Neves-Perreira M, Mundo E, Muglia P. *The brain derived neurotrophic factor gene confers susceptibility to bipolar disorder: evidence from a family based association study*. *Am J Hum Genet* 2002;71:651-5.
- ⁴ Hunsberger J, Austin DR, Henter ID, et al. *The neurotrophic and neuroprotective effects of psychotropic agents*. *Dialogues Clin Neurosci* 2009;11:333-48.

P26. Meta-analisi dei livelli di leptina in corso di trattamento con antipsicotici

V. De Luca, F. Panariello, G. Polsinelli, C. Borlido, S. Carbone, G. Muscettola, M. Monda

Dipartimento di Neuroscienze, Università Napoli "Federico II"

Introduzione: l'uso degli antipsicotici atipici ha incrementato il rischio di sindrome metabolica nei pazienti con schizofrenia. Inoltre, l'aumento di peso durante terapia con antipsicotici è associato con una più bassa qualità della vita e rischio di ricadute per la ridotta aderenza al trattamento. Tuttavia, i meccanismi dell'aumento di peso in corso di terapia con antipsicotici non sono perfettamente compresi. Gli antipsicotici interagiscono con diversi neurotrasmettitori e neuropeptidi nell'ipotalamo dove l'azione della leptina provoca cambiamenti nella regolazione dell'equilibrio energetico e del peso corporeo. L'obesità è di solito associata ad alti livelli di leptina in relazione all'aumento della massa grassa. Tuttavia, l'aumento della leptina plasmatica non è associato con la riduzione dell'appetito o con incremento della spesa energetica, suggerendo uno stato di resistenza alla leptina. Per questo motivo, i livelli di leptina sono stati studiati in associazione con le variazioni di peso e con le variazioni dei livelli glicemici durante il trattamento con antipsicotici.

Metodi: nel presente contributo abbiamo condotto una rassegna sistematica e meta-analisi di 17 studi prospettici e 6 studi cross-sectional che hanno valutato l'effetto degli antipsicotici sui livelli di leptina.

Risultati: l'analisi dei livelli di leptina pre- e post- trattamento mostra che l'aumento è presente nella maggior parte degli studi inseriti nella meta-analisi ($p < 0,05$).

Conclusioni: l'aumento di leptina circolante nel corso di trattamento con antipsicotici sembra essere un indice predittivo dell'aumento di peso associato agli antipsicotici.

Bibliografia

- Theisen FM, Linden A, Geller F, et al. *Prevalence of obesity in adolescent and young adult patients with and without schizophrenia and in relationship to antipsychotic medication*. *J Psychiatr Res* 2001;35:339-45.
- Monteleone P, Fabrazzo M, Tortorella A, et al. *Pronounced early increase in circulating leptin predicts a lower weight gain during clozapine treatment*. *J Clin Psychopharmacol* 2002;22:424-6.

P27. Rischio suicidario nel disturbo bipolare: studio di espressione genica e caratterizzazione clinica

V. Deiana¹, M. Manchia¹, M. Pinna¹, A. Squassina¹, M. Costa¹, D. Congiu¹, G. Severino¹, C. Chillotti², M. Del Zompo^{1, 2}

¹ *Sezione di Farmacologia Clinica, Dipartimento di Neuroscienze "B.B. Brodie", Università di Cagliari;* ² *Unità Complessa di Farmacologia Clinica, Ospedale "San Giovanni di Dio", Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari*

Il suicidio rappresenta la complicanza più grave del disturbo bipolare (DB), con un tasso annuo di circa 0,4%. Il litio è il farmaco più efficace nel mantenimento del DB e nella prevenzione del suicidio. La presenza di storia familiare di comportamento suicidario è un importante predittore di rischio e diversi fattori biologici sono ritenuti implicati nella patogenesi, tra cui il gene codificante per la proteina SSAT1, enzima chiave del sistema delle poliamine. Per confermare questo dato su cellule periferiche, abbiamo valutato i livelli di espressione del gene SSAT1 in linee cellulari linfoblastoidi (LCL) di 30 pazienti (pz) BD suddivisi in base al rischio suicidario [basso rischio (BR), alto rischio (AR) e suicidio completato (SC)] e 12 controlli sani (CON). Ogni LCL è stata divisa in due linee di cui solo una trattata con litio (1,0 mmol/L). Il litio ha aumentato significativamente l'espressione del SSAT1 nelle LCL dei CON ($p < 0,001$) e dei pz BR ($p < 0,001$) e AR ($p < 0,001$), ma non SC ($p > 0,05$). Clinicamente, questi ultimi differivano dagli altri per una maggiore rappresentazione del sesso maschile, un minor numero di episodi di malattia e minor numero di familiari affetti da disturbi dell'umore. Rispetto al gruppo AR, i pz SC hanno usato più spesso dei metodi violenti e hanno effettuato un minor numero di tentativi. In conclusione i pz SC differiscono dagli altri due gruppi sia per gli effetti del litio in vitro sull'espressione del SSAT1, sia da un punto di vista clinico.

P28. Disturbo borderline e spettro bipolare: una ricerca epidemiologica

A. Del Carlo, F. Dima, M. Benvenuti, S. Rizzato, F. Casalini, G. Ceraudo, M. Fornaro, L. Dell'Osso, G. Perugi

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

Abbiamo pianificato una ricerca clinico-epidemiologica di tipo osservazionale su una casistica di pazienti con "disturbo borderline di personalità" (DSM-IV) al fine di studiarne i rapporti con i disturbi dello spettro bipolare. I soggetti ($n = 50$) sono stati sottoposti a valutazione diagnostica (DIB; MINI, SIMDr); sintomatologica (HCL-32, SCL-90-R, ALS-SF, CGI, GAF); temperamentale e personologica (*Brief TEMPS M*, ISSI, SASI); infine, è stato valutato il trauma infantile con il CTQ. Il campione comprendeva 38 (76%) femmine con un'età media di 36 anni. La maggior parte aveva una cultura media (44% diploma superiore): 1/3 era disoccupato, 1/4 impiegato nel terziario. Oltre la metà (58%) non aveva una relazione di coppia stabile. Ben il 94% dei soggetti risultava affetto da disturbo bipolare (criteri DSM-IV), prevalentemente di tipo II ($n = 33,66\%$). L'84% riportava un punteggio all'HSRS superiore a 14, indicativo di una storia di episodi espansivi. Al momento dell'osservazione 2

soggetti soddisfacevano i criteri per l'ipomania, 11 per depressione (2 con caratteristiche atipiche, 9 malincoliche). Oltre il 90% presentava episodi depressivi maggiori pregressi. La polarità all'esordio era di tipo depressivo nel 74% dei casi. Nel 20% veniva obiettivamente rapida ciclicità; tentativi di suicidio in anamnesi erano riportati nella metà della casistica. Il 72% dei soggetti presentava comorbidità con disturbo da panico, il 38% con abuso di sostanze. I criteri per il disturbo *borderline* di personalità erano ampiamente rappresentati, solo l'ideazione paranoide e gli stati dissociativi transitori venivano riferiti da poco più di 1/3 dei soggetti.

P29. Stagionalità e temperamento nei disturbi della condotta alimentare e comorbidità con il disturbo bipolare

A. Di Cerbo, R. Ferrara, D. Perillo, A. Tortorella, P. Monteleone, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Nonostante la letteratura evidenzia chiaramente la presenza di elementi psicopatologici in comune tra il disturbo bipolare (DB) e i disturbi della condotta alimentare (DCA), la ricerca nel campo è ancora in parte ferma a una generica definizione di comorbidità.

Nel nostro studio, abbiamo esplorato, alcuni dei possibili fattori alla base di tale comorbidità in un campione composto da 40 soggetti con DCA, 20 con DB tipo I e 11 con DB tipo II.

I risultati hanno rilevato una maggiore prevalenza del temperamento ciclotimico e depressivo nei soggetti con DB, rispetto a quelli con DCA; una maggiore frequenza dell'aspetto temperamentale della persistenza nel gruppo dei soggetti con DCA rispetto ai soggetti con DB. Risulta evidente, inoltre, una maggiore stagionalità della sintomatologia nei soggetti con DB rispetto ai soggetti con DCA. Tale stagionalità nei DCA è più marcata in relazione alle variazioni di peso e dell'appetito mentre nei DB in relazione all'umore, alle attività relazionali, ai livelli di energia e alla durata del sonno. Altro dato importante è il rilievo di una stagionalità dei sintomi più marcata nei disturbi con spettro bulimico, rispetto a quelli con spettro anoressico e la presenza di sintomi maniacali sottosoglia in entrambi i gruppi diagnostici. I nostri risultati sembrano confermare le recenti ipotesi della letteratura secondo cui i DCA, in particolare quelli con spettro bulimico, sono caratterizzati da aspetti clinici che rientrano nello spettro bipolare.

P30. Quetiapina a rilascio prolungato vs. risperidone nel trattamento dei sintomi depressivi in pazienti con schizofrenia o disturbo schizoaffettivo

M. Di Fiorino¹, G. Montagnani², G. Trespi² on behalf of Ex Attitude Study Group

¹ Ospedale della Versilia-Lido di Camaiore; ² Direzione Medica AstraZeneca Italia

I sintomi depressivi, in pazienti con schizofrenia o disturbo schizoaffettivo, sono associati a un *outcome* negativo¹. Obiettivo di questo studio, comparativo, randomizzato in aperto per gruppi paralleli (NCT00640562), è stato valutare se QTP-RP fosse non inferiore a risperidone nel trattamento dei sintomi

depressivi (QTP-RP 2,7 punti non inferiore a risperidone). Variabile primaria: variazione dal basale alla 12^a settimana dello score totale della *Calgary Depression Scale for Schizophrenia* (CDSS)². Dosaggio 400-800 mg per QTP-RP (dose media 581, DS 134,8) e 4-6 mg per risperidone (dose media 4,58, DS 1,04). Sono stati randomizzati un totale di 216 pazienti; 210 valutati per sicurezza e 171 per PP (86 QTP-RP e 85 risperidone). La riduzione dello score di CDSS per QTP-RP è stato di 2,24 punti maggiore vs. risperidone (8,42 vs. 6,17); poiché l'IC al 95% è stato superiore a zero, QTP-RP si è dimostrata superiore a risperidone con un effetto significativo del trattamento sia per PP, $p = 0,0029$ sia per ITT, $p = 0,0107$ (QTP-RP 7,31, risperidone 5,53; 1,77 maggiore vs. risperidone). Questo dato è stato confermato, in una *post-hoc* analisi, anche per il sottogruppo pazienti con schizofrenia, 110 pt valutati per sicurezza (59 QTP-RP e 51 risperidone) e 90 per PP (49 QTP-RP e 41 risperidone). La riduzione dello score CDSS è stato di 2,44 punti maggiore per QTP-RP vs. risperidone (7,20 vs. 4,76), con un effetto significativo del trattamento di QTP-RP sia per PP ($p = 0,034$) sia per ITT ($p = 0,024$). Gli EA riportati nel $\geq 3\%$ dei pazienti sono stati: sonnolenza, sedazione e secchezza alle fauci per QTP-RP e ansia, insonnia, iperprolattinemia e sonnolenza per risperidone. Sono deceduti 2 pazienti trattati con QTP-RP (non correlati al trattamento).

Conclusioni: QTP-RP è stata superiore a risperidone nel ridurre i sintomi depressivi, in pazienti con schizofrenia, in accordo con CDSS score.

Bibliografia

¹ Siris SG, et al. *Depression and schizophrenia*. In: Hirsch SR, Weinberger DR, eds. *Schizophrenia*. Oxford, UK: Blackwell Science 1995, pp. 128-145.

² Addington D, Addington J, Schissel B. *A depression rating scale for schizophrenics*. *Schizophr Res* 1990;3:247-51.

Studio sponsorizzato da AstraZeneca

P31. Neurological soft signs in pazienti psichiatrici: correlazioni con diagnosi, psicopatologia e trattamento

G. Dimitri, S. Rigucci, G. Mandarelli, G. Manfredi, A. Comparelli, S. Ferracuti, P. Girardi

Unità di Psichiatria; Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso; Sapienza Università di Roma

Introduzione: i *Neurological Soft Signs* (NSS) sono segni neurologici minori che indicano una diffusa disfunzione del Sistema Nervoso Centrale (SNC) la cui presenza è ampiamente dimostrata in popolazioni di pazienti con schizofrenia.

Scopo: valutare la presenza di NSS in popolazioni di pazienti con schizofrenia e con disturbo bipolare, la loro relazione con le valutazioni psicopatologiche e con la terapia farmacologica.

Metodi: abbiamo utilizzato la *Neurological Evaluation Scale* (NES) per la valutazione dei NSS in un gruppo di 67 pazienti con diagnosi di schizofrenia, 69 con diagnosi di disturbo bipolare e 50 controlli sani. La dimensione psicopatologica è stata valutata tramite PANSS. Le differenze di gruppo sono state calcolate tramite l'*Independent samples Student's t-test* e il *Post Hoc Test*, mentre le correlazioni tra NSS, terapia farmacologica e punteggi PANSS tramite il Coefficiente di correlazione di Pearson.

Risultati: differenze statisticamente significative sono state riscontrate tra pazienti e controlli sia al punteggio totale della NES ($p < 0,001$), che al punteggio di ogni sottoscala ($p < 0,001$), come anche tra pazienti con schizofrenia e pazienti con disturbo bipolare ($p < 0,001$). Nessuna correlazione è stata invece riscontrata tra punteggi della NES e terapia, che al contrario correla positivamente con il punteggio totale della PANSS ($p < 0,05$).

Conclusioni: questi risultati confermano i dati già dimostrati in precedenti studi di una maggiore prevalenza di NSS in popolazioni di pazienti psichiatrici rispetto a una popolazione sana e supportano l'ipotesi di una loro indipendenza dalla terapia antipsicotica in atto.

È stato inoltre dimostrato come i NSS siano presenti in alta prevalenza sia in pazienti psicotici che bipolari, facendo intravedere la possibilità di supporre un unico endofenotipo.

P32. Dieta e alterazioni metaboliche nei pazienti schizofrenici: dati preliminari

S. Dipasquale¹, I. Distefano¹, S. De Vivo^{1,2}, M. Mancuso¹, A. Ventimiglia², E. Aguglia¹

¹ Università di Catania, AOU "Policlinico Gaspare Rodolico – Vittorio Emanuele", UOPI di Psichiatria; ² Casa di Cura "Villa dei Gerani", Catania

Introduzione: i pazienti schizofrenici presentano un'elevata incidenza di sindrome metabolica. Questo studio si propone di valutare l'influenza della dieta sui parametri metabolici e i fattori che influenzano la dieta di questi pazienti.

Metodi: 30 pazienti schizofrenici, di età compresa tra 18 e 40 anni, con sintomi psicotici in atto, sono stati confrontati con 30 controlli. Sono stati rilevati i seguenti parametri (glicemia, LDL, HDL, trigliceridi, BMI e WHR) e somministrate le seguenti scale: DINE per le abitudini alimentari, PSS per lo stress percepito, IPAQ per l'attività fisica e PANSS. La terapia antipsicotica è stata valutata in equivalenti di clorpromazina.

Risultati: i pazienti presentano valori maggiori di BMI e WHR ($p < 0,001$) e valori minori di colesterolo HDL ($p < 0,05$); maggior consumo di grassi e minor consumo di fibre ($p < 0,05$); livelli minori di attività fisica ($p < 0,001$). Nei pazienti, l'assunzione di cibi ricchi in grassi saturi è correlata positivamente ($p < 0,05$) con il colesterolo LDL ($r = 0,43$), BMI ($r = 0,71$), livelli di stress percepito ($r = 0,53$) e con i punteggi dei sintomi negativi della PANSS ($r = 0,49$). Non è stata osservata alcuna correlazione tra dieta e terapia con antipsicotici.

Conclusioni: la dieta può contribuire alla genesi delle anomalie metaboliche dei pazienti schizofrenici e sembra essere influenzata dai livelli di stress percepito e dai sintomi negativi. La terapia antipsicotica non sembra influenzare qualitativamente l'apporto di macronutrienti.

Bibliografia

De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D, R VANW. *Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review*. World Psychiatry 2009;8:15-22.

Warne JP. *Shaping the stress response: interplay of palatable food choices, glucocorticoids, insulin and abdominal obesity*. Mol Cell Endocrinol 2009;300:137-46.

Henderson DC, Sharma B, Fan X, et al. *Dietary saturated fat intake and glucose metabolism impairments in nondiabetic, nonobese patients with schizophrenia on clozapine or risperidone*. Ann Clin Psychiatry 2010;22:33-42.

P33. Valutazione dell'impatto sulla funzione cognitiva giornaliera di quetiapina fumarato a rilascio prolungato (QTP-RP) e quetiapina fumarato a rilascio immediato (QTP-IR) in pazienti con schizofrenia stabile: disegno dello studio

L. Ferrannini¹, V. Alfano², M. Riedel³, G. Montagnani⁴, G. Trespi⁴ on behalf of eXtRa study group

¹ Dipartimento di Salute Mentale, ASL 3 Genovese;

² Dipartimento Salute Mentale, ASLNA 3 Sud, Torre Annunziata;

³ Vinzenz von Paul Hospital Rottweil Germany; ⁴ Direzione Medica AstraZeneca, Italia

È stato riportato, in studi pubblicati, che la performance neurocognitiva nei pazienti con schizofrenia è strettamente correlata agli esiti sui domini chiave cognitivi che costituiscono pertanto un fattore limitante per un trattamento riabilitativo di successo^{1,2}. Recentemente è stato osservato un miglioramento significativo della funzionalità per tutti i domini cognitivi nei pazienti con schizofrenia in fase acuta trattati con antipsicotici di seconda generazione rispetto a quelli trattati con antipsicotici di prima generazione³. L'obiettivo primario dello studio è dimostrare, utilizzando il *CogState Test Domain*, che i pazienti affetti da schizofrenia stabile mostrano una miglior performance cognitiva quotidiana quando assumono QTP-RP una volta al giorno rispetto a quelli che assumono QTP-IR due volte al giorno. Metodo: studio di fase IV internazionale, multicentrico, prospettico, randomizzato in doppio cieco, double-dummy, e crossover. I pazienti arruolati allo studio venivano randomizzati continuando ad assumere per 5-8 giorni la stessa dose QTP-RP o QTP-IR che prendevano prima dell'arruolamento, quindi sottoposti a *CogState Test* tre volte durante i successivi 5-8 giorni (senza interrompere il trattamento). In seguito i pazienti passavano all'altro braccio di trattamento per 5-8 giorni e risottoposti al *CogState Test* nei successivi 5-8 giorni. Allo studio sono stati arruolati un totale di 76 pazienti e 67 randomizzati (in Italia 32 randomizzati su 35 arruolati). Al momento della sottomissione dell'abstract l'analisi dei dati è ancora in corso.

Bibliografia

1 Kirkpatrick B, Fenton WS, Carpenter WT Jr, et al. *The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms*. Schizophr Bull 2006;32:214-9.

2 Riedel M, Schennach-Wolff R, Musil R, et al. *Neurocognition and its influencing factors in the treatment of schizophrenia-effects of aripiprazole, olanzapine, quetiapine and risperidone*. Hum Psychopharmacol Clin Exp 2010;25:116-25.

3 Velligan DI, Newcomer J, Pultz J, et al. *Does cognitive function improve with quetiapine in comparison to haloperidol?* Schizophr Res 2002;53:239-48

Studio sponsorizzato da AstraZeneca

P34. Attività della corteccia prefrontale durante *working memory* in pazienti con schizofrenia, nei loro fratelli non affetti e nei soggetti sani

L. Ferranti^{1,2}, L. Fazio¹, P. Taurisano¹, B. Gelao¹, A. Porcelli¹, M. Mancini¹, R. Romano¹, G. Ursini¹, A. Rampino¹, A. Di Giorgio¹, A. Incampo¹, A. Tomasicchio¹, G. Caforio¹, G. Blasi¹, A. Bertolino¹

¹ Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Bari "Aldo Moro"; ² Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione Psichiatrica, Università di Perugia

La schizofrenia è una malattia complessa con origine multifattoriale, nella quale sia fattori genetici che ambientali svolgono un ruolo. L'eterogeneità del fenotipo clinico rende difficile lo studio di fattori genetici di rischio con il linkage. Una strategia alternativa è data dall'uso di "fenotipi intermedi", tratti quantitativi ed ereditabili, più vicini alle basi biologiche della malattia rispetto ai sintomi clinici. Molti studi mostrano che l'attività della corteccia prefrontale dorsolaterale durante *working memory* rappresenta un rilevante fenotipo intermedio nella schizofrenia: i pazienti mostrano un'anomala attività di questa area rispetto ai soggetti sani in vari stadi della malattia e una compromessa funzionalità appare inoltre nei familiari non affetti.

Obiettivo: replicare tali dati, studiando la risposta della DLPFC durante un compito di WM in pazienti affetti da schizofrenia, nei loro fratelli non affetti e in un gruppo di controllo composto da soggetti sani. 30 pazienti, 30 fratelli non affetti, 30 controlli sani sono sottoposti a fMRI durante WM. L'analisi dei dati con SPM8 ha mostrato un significativo effetto della diagnosi sull'attività della DLPFC di destra durante WM. In particolare i fratelli mostravano un'attività maggiore rispetto ai controlli sani, mentre i pazienti riportavano una attività intermedia tra i gruppi. Tali dati replicano precedenti studi di fMRI, confermando che la risposta funzionale in DLPFC durante WM sia un valido fenotipo intermedio della schizofrenia.

P35. Efficacia del risperidone nella prevenzione delle recidive degli episodi psicotici nel disturbo bipolare I

R. Ficociello, M. Aloe
ASP CS

Introduzione: il DBI presenta una fenomenica psicotica importante per il trattamento e la stabilizzazione del disturbo. Gli autori hanno trattato nel CSM una ristretta casistica clinica di 10 pazienti con età: 25-35.

I pazienti sono stati trattati con 25-43,5 mg di RLAI per 52 settimane.

Metodi: il trattamento dei disturbi psicotici nel DBI è stato condotto con impiego di RLAI a partire da 25 mg/2 week, incrementata a 31-37 mg dalla 3^a settimana e sino 43,5 mg per il rimanente periodo indice di trattamento.

Il disegno di valutazione sperimentale del trattamento è stato validato con l'impiego di RS denominata HCL-32 utile per la valutazione delle dimensioni sintomatologiche ipomania vs. mania. Al *follow-up* alla 52^a settimana di trattamento i pazienti, rivalutati con la stessa RS, hanno ottenuto punteggi nel *range* indicativo di una significativa e progressiva riduzione della sintomatologia indice della fase di eccitamento.

Risultati: riduzione della fase di eccitamento produttiva maniacale dalla 4^a settimana con dosaggio di 37,5 mg con stabilizzazione clinica per tutto il periodo di trattamento osservazionale.

Conclusioni: il dosaggio *responder* alla sintomatologia psicotica nel DBI è risultato 37,5 mg a partire dalla 4^a settimana.

Bibliografia

Gaebel W. Neuropsychopharmacology 2010.

P36. Il laboratorio teatrale e la valutazione dello stato di benessere del paziente psichiatrico

A. Francomano, E. Baimonte, M. Dazzo, M. Di Fiore, C. Di Fresco, V. Di Giorgio, S. Gambino, A. Giammona, A. Guarcello, M. La Placa, N. Lo Duca, M. Messina, R. Mortillaro, A. Rizza, S. Pitruzzella, D. La Barbera

Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Sezione Psichiatria, Università di Palermo, Centro Diurno "La Zebra" e CTA 2a e 2b del MDSM 2 dell'ASP 6 di Palermo

Introduzione: il laboratorio di teatroterapia, attivo dal 2006 a Palermo e costituito da utenti psicotici e operatori afferenti a UO operanti presso diverse Aziende Sanitarie (CD "La Zebra", CTA 2a e 2b e Gruppo "Albatros" del Policlinico Universitario), si avvale di tecniche di drammaterapia, arte-terapia e della partecipazione di un Coro Polifonico. Tali tecniche vengono utilizzate in assetto integrato con la finalità di migliorare le autonomie degli utenti in termini di socializzazione, integrazione, improvvisazione, stimolo dei processi creativi e della cognitivà sociale. Scopo dello studio è valutare l'efficacia del laboratorio teatrale in parallelo alla valutazione dei percorsi trattamenti farmacologici e dello stato di benessere bio-psico-sociale percepito.

Materiali e metodi: lo studio prende in esame una popolazione di 40 soggetti con diagnosi di disturbo schizofrenico di cui 20 partecipanti al laboratorio teatrale e 20 soggetti non usufruenti di interventi riabilitativi. Sono stati somministrati in 3 tempi, a intervallo bimestrale, i seguenti strumenti di valutazione clinici, riabilitativi e sociali: BPRS, PANSS, CGI, GAF, Q-LES-Q, LSP, sociogramma di Moreno e griglia di osservazione sulle abilità drammatiche individuali.

Conclusioni: i risultati a oggi ottenuti forniscono indicazioni sugli effetti terapeutici riabilitativi e sulle implicazioni sulla qualità della vita degli utenti e suggeriscono spunti di riflessione per affrontare percorsi riabilitativi futuri e per il modellamento gestionale dei gruppi di lavoro in ambito riabilitativo.

Bibliografia

La Barbera D, Francomano A., La Cascia C. *Cento fiori nel giardino – Apporti teorici, interventi terapeutici e nuove prospettive nella riabilitazione psico-sociale*. Milano: Franco Angeli 2007.

Come avvenne che il cerchio mise le ali. Palermo: Edizioni Publisicula 2008.

Barone R, Bellia V, Bruschetta S. *Psichiatria di Comunità*. Roma: Franco Angeli 2011.

P37. Pazienti schizofrenici farmaco-resistenti: esplorazione delle funzioni cognitive e confronto con pazienti responders

S. Giordano, R. Balletta, G. Latte, V. Gilardi, E.F. Buonaguro, A. de Bartolomeis

Unità per lo Studio delle Farmacoresistenze, Area Funzionale di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Comportamento, Università "Federico II" di Napoli

Il trattamento dei disturbi psicotici è caratterizzato da differenti livelli di efficacia; il 30% dei pazienti presenta una parziale o nulla risposta clinica, associata a cronicizzazione del quadro sintomatologico e peggior outcome. Scopo dello studio è stato confrontare le performance cognitive dei soggetti con diagnosi DSM-IV-TR di schizofrenia e disturbo schizoaffettivo farmaco-resistenti (*Non Responders*, NR) (APA 2004) rispetto a *Responders* (R) e controlli.

La performance cognitiva di 17 pazienti NR è stata confrontata mediante BACS con quella di 17 pazienti R e 19 controlli. Sono state valutate possibili correlazioni con quadro clinico (PANSS), aderenza (DAI-10) e grado di benessere percepito (SWN-20).

Lo score PANSS, in tutte le sue sottoscale, è significativamente maggiore nei NR rispetto ai R; lo score SWN-20 è significativamente inferiore nei NR rispetto ai R; il *Verbal Memory equivalent score* è significativamente inferiore nei NR rispetto ai R. Il *Symbol Coding subtest* e lo score SWN-20 correlano inversamente con lo score PANSS totale. Il *Working Memory subtest* correla direttamente con lo score DAI-10.

La condizione di NR è associata a più grave sintomatologia clinica, ridotta performance di *Verbal Memory* e ridotto benessere soggettivo. La performance di *Symbol Coding* e il benessere percepito sono inversamente correlati alla gravità della condizione psicopatologica, mentre la performance di *Working memory* è direttamente correlata alla compliance.

P38. Metacognizione e funzionamento sociale nella schizofrenia: un'indagine con strumenti efficaci e gestibili per la pratica clinica

L. Giusti, M. Mazza, R. Pollice, R. Roncone
Dipartimento di Scienze della Salute, Università de L'Aquila

Introduzione: la significativa ma modesta relazione tra psicopatologia, neurocognizione e funzionamento sociale osservata nel disturbo schizofrenico, ha condotto la ricerca clinica e sperimentale a spostare il focus di interesse verso nuovi potenziali predittori dell'outcome sociale¹⁻³. Recentemente la ricerca ha suggerito che i soggetti affetti da schizofrenia mostrano un deficit nella funzione metacognitiva intesa come difficoltà a riconoscere i propri pensieri e quelli altrui includendo sia le intenzioni che le emozioni⁴⁻⁷. Nel presente studio è stato esplorato in che misura la capacità meta-cognitiva possa assumere un ruolo cruciale nel funzionamento sociale dei soggetti schizofrenici, rispetto ad altre variabili tradizionalmente indagate, quali la psicopatologia, la neurocognizione e la cognizione sociale.

Materiali e metodi: su 20 pazienti schizofrenici e 17 soggetti sani è stata condotta una valutazione multidimensionale che includeva misure cliniche, neuropsicologiche e del funzionamento; alcune di queste inusuali, ma più adatte alle esigenze del contesto clinico come la *Beck Cognitive Insight Scale* (BCIS)

che valuta l'insight cognitivo e il *Cognitive Failure Questionnaire* (CFQ) che valuta il funzionamento metacognitivo.

Risultati: le analisi hanno evidenziato che i punteggi metacognitivi ottenuti dalla BCIS e dal CFQ correlano in modo significativamente maggiore rispetto alle altre con i punteggi della *Global Assessment Scale* (GAF) ($p < 0,01$; $p < 0,05$, rispettivamente). Inoltre, dall'analisi di regressione lineare (curve estimation), il deficit nell'autoriflessività (BCIS), implicata nella rivalutazione e correzione dei propri biases o interpretazioni erronee della realtà, è emerso, nei pazienti schizofrenici, come il maggiore predittore di un basso funzionamento sociale ($R^2 = 0,585$, $p < 0,001$).

Conclusioni: i nostri risultati sono in linea con le ricerche più recenti, confermando come il deficit metacognitivo rappresenti una caratteristica nucleare della schizofrenia e ostacolo a un adeguato funzionamento sociale. Tale disfunzione risulta essere un utile indicatore di soggetti a rischio schizofrenia o con forme, già manifeste, più gravi. La metacognizione si configura efficace target nell'orientare programmi di intervento terapeutici e preventivi: una nuova frontiera nell'approccio riabilitativo-psichiatrico. Pertanto, l'inserimento nella pratica clinica di misure metacognitive efficaci, seppur di facile e rapida somministrazione, contribuisce alla stesura del profilo clinico e neuropsicologico del paziente, nonché all'ottimizzazione del tempo e delle risorse nella pratica clinica.

Bibliografia

- Mazza M, De Risio A, Surian L, et al. *Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia*. Schizophr Res 2001;47:299-308.
- Roncone R, Falloon I, Mazza M, et al. *Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social function than with neurocognitive deficit?* Psychopathology 2002;35:280-8.
- Lysaker P, Carcione A, Dimaggio G, et al. *Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life*. Acta Psychiatr Scand 2005;112:64-71.
- Lysaker PH, Dimaggio G, Buck KD, et al. *Metacognition within narratives of schizophrenia: associations with multiple domains of neurocognition*. Schizophr Res 2007;93:278-87.
- Lysaker PH, Buck KD. *Metacognition in schizophrenia spectrum disorders: methods of assessing metacognition within narrative and links with neurocognition*. Giorn Ital Psicopat 2009;15:2-12.
- Lysaker PH, Shea AM, Buck KD, et al. *Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in schizophrenia spectrum disorders*. Acta Psychiatr Scand 2010;122:405-13.
- Lysaker PH, Olessek KL, Warman DM, et al. *Metacognition in schizophrenia: correlates and stability of deficits in theory of mind and self-reflectivity*. Psychiatry Res 2011;190:18-22.

P39. Impiego di escitalopram in un campione di pazienti bipolari: efficacia e tollerabilità

A. Litta, N. Bartolommei, L. Cosentino, F. Luchini, F. Casamassima, L. Lattanzi
Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia e Biotecnologie Università di Pisa

Introduzione: i dati riguardanti l'impiego di antidepressivi nella depressione bipolare sono scarsi e insufficienti per guidare le

Follow-up	T0	2 sett	4 sett	8 sett	16 sett	1 anno
Totale pazienti	18,5	10,4	8,2	6,7	8,7	5,5
Pazienti che hanno completato il follow-up	17,3	8,8	6,8	5	6,3	3,6
Pazienti che hanno interrotto il follow-up	19,4	12,8	11	10	13,3	9,3

scelte terapeutiche nella pratica clinica quotidiana. Scopo del nostro contributo è valutare l'efficacia e la tollerabilità dell'escitalopram nel trattamento della depressione bipolare.

Metodi: il campione è composto dai 15 pazienti con disturbo bipolare trattati con escitalopram in combinazione con stabilizzanti, seguiti in un follow-up della durata di un anno presso gli Ambulatori della II UO Psichiatria dell'AOU Pisana.

Risultati: l'83,3% dei sei pazienti che hanno completato il periodo di assunzione di 1 anno del farmaco può essere considerato in remissione, con punteggio totale all'HAM-D inferiore a sette.

L'83,3% dei pazienti (N = 5) ha presentato effetti collaterali lievi e tollerabili quali ipersudorazione (N = 3; 50%) e aumento di appetito e del peso corporeo (N = 2; 33,3%) senza interruzione del farmaco.

Conclusioni: i nostri risultati suggeriscono l'efficacia e la tollerabilità dell'escitalopram nei pazienti bipolari.

Bibliografia

Fonseca M, Soares JC, Hatch JP, et al. *An open trial of adjunctive escitalopram in bipolar depression.* J Clin Psychiatry 2006;67:81-6.

P40. Caratteristiche demografiche e cliniche di pazienti con esordio psicotico al primo ricovero

A. Litta, T. Miccolis, M. Morreale, E. Ferilli, F. Colizzi, G. Di Bella

Dipartimento di Salute Mentale ASL Brindisi

Introduzione: diversi studi sottolineano l'importanza di interventi precoci nella psicosi: una accurata identificazione dei quadri clinici all'esordio potrebbe migliorare la prognosi e la risposta al trattamento antipsicotico.

Metodi: analisi descrittiva della sottopopolazione di pazienti con esordi psicotici (n = 15) di età compresa tra 18 e 30 anni, ospedalizzati presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) di Ceglie Messapica dal gennaio 2010 all'agosto 2011.

Risultati: i ricoveri con esordio psicotico rappresentano il 2,6% dei ricoveri totali. L'età media è di 25,5 anni (DS = 3,1). La media della durata di psicosi non trattata (DUP) è risultata essere mediamente di 24,5 mesi (DS = 17,5; mediana = 15). Nella Tabella I sono riportate le caratteristiche della popolazione considerata.

Conclusioni: dalla nostra analisi emerge che il ricovero in acuzie in SPDC rappresenta spesso il primo contatto con i Servizi di Salute Mentale: i CSM raramente sono coinvolti mentre più consistente è il ricorso a specialisti privati.

	N	%
Sesso		
M	10	66,7
F	5	33,3
Istruzione		
Medie Inferiori	6	40
Medie Superiori	9	60
Coniugato	2	13,3
Occupazione		
Disoccupato	9	60
Studente	3	20
Occupato (operaio)	3	20
TSO	5	33
Precedente contatto		
CSM	1	6,7
Specialisti privati	6	40
Familiarità positiva	7	46,7
Storia di sofferenza perinatale	2	13,3
Comorbidità		
Disturbi organici	4	26,7
Abuso di cannabinoidi	5	33,3
Eventi vitali stressanti negli ultimi 6 mesi	5	33,3

Bibliografia

McGorry PD, Killackey E, Yung A. *Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions.* World Psychiatry 2008;7:148-56.

P41. Il ruolo della storia migratoria nei casi di esordio psicotico a Bologna

M. Marseglia¹, M. Ferretti², I. Tarricone^{1,3}, L. Chiri^{1,2}, M. Braca¹, T. Marcacci¹, M. de Gregorio¹, D. Berardi^{1,4}

¹ Bologna Transcultural Psychiatric Team Università di Bologna;

² Bologna Transcultural Psychiatric Team dell'Università di Bologna, Alma Mater Studiorum Università di Bologna;

³ Centro Studi Ricerche, Bologna Transcultural Psychiatric Team Università di Bologna, CSM Scalo DSM, Ausl Bologna;

⁴ Bologna Transcultural Psychiatric Team Università di Bologna, Direttore CSM Ovest Ausl Bologna

Introduzione: la maggior morbilità psichica riscontrata tra i migranti può essere riconducibile a caratteristiche presenti nel-

la storia migratoria. Il *Bologna Transcultural Psychiatric Team* ha sviluppato l'intervista *Bologna Migration History and Social Integration* al fine di analizzare le informazioni sulla storia migratoria e di aiutare i clinici nella pianificazione dell'intervento psico-sociale.

Metodi: 163 pazienti con esordio psicotico, tra i 18 e i 64 anni, dal 2002 al 2009, sono stati inclusi nello studio. I migranti cui è stata somministrata l'intervista formano il 24% del campione.

Risultati: nel campione analizzato l'incidenza di psicosi, soprattutto schizofrenia, è maggiore di quasi il doppio nei migranti rispetto ai nativi. L'esordio e il contatto con i servizi da parte degli immigrati avviene in media 6 anni dopo l'arrivo in Italia e l'accesso ai CSM si verifica con maggiore probabilità dopo il ricovero psichiatrico. Nonostante ciò, essi sembrano avere un più alto livello di funzionamento sociale e una percentuale maggiore lavora e vive al di fuori della famiglia d'origine.

Conclusioni: l'analisi delle storie migratorie mette in luce i fattori di resilienza e vulnerabilità di questa popolazione clinica e migliora la comprensione dell'effetto della migrazione sulla comparazione cross-culturale degli esordi psicotici, aiutando a fare chiarezza sull'eziopatogenesi della patologia.

P42. Risposta alla TEC nei vari sottotipi di depressione e negli stati misti

P. Medda, S. Rizzato, F. Casalini, S. Fratta, B. Ciaponi, M. Mauri, L. Dell'Osso, G. Perugi

Dipartimento di Psichiatria Neurobiologia Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Introduzione: abbiamo indagato le differenze di risposta alla TEC in un campione di pazienti affetti da depressione unipolare (UP), bipolare I (BPI), bipolare II (BPII), e stato misto (SM) resistenti ai trattamenti farmacologici.

Metodi: sono stati inclusi nello studio 130 pazienti depressi (17 con UP, 67 con BPII, 46 con BPI e 50 con SM) e sono stati trattati con un protocollo di 2 settimane di TEC bilaterale. I pazienti sono stati valutati prima della TEC e una settimana dopo usando l'*Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D), *Young Mania Rating Scale* (YMRS), *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), e il *Clinical Global Improvement* (CGI).

Risultati: i 4 gruppi hanno ottenuto un miglioramento significativo dopo TEC con tassi di risposta comparabili. Il tasso di remissione, valutato tramite le scale CGI e HAM-D, è risultato significativamente più alto nei UP rispetto agli altri 3 gruppi. BPI e SM hanno riportato tassi di risposta completa, misurati con CGI e HAM-D, più bassi e una maggiore sintomatologia residua con BPRS.

Conclusioni: i pazienti con UP hanno riportato la risposta migliore e quelli con SM e BPI la peggiore in termini di remissione completa e presenza di sintomi psicotici residui. La TEC non dovrebbe essere ignorato come opzione terapeutica efficace per il trattamento della depressione e degli stati misti resistenti ai trattamenti farmacologici.

P43. Interazione di varianti geniche del signaling D1/D2 AMPc-dipendente sulla risposta neurocognitiva al trattamento antipsicotico

G. Miccolis¹, M. Attrotto¹, G. Ursini^{1,2}, I. Andriola¹, E. Dambrosio¹, M. Colizzi¹, S. Trizio¹, M. de Palma¹, A. Porcelli¹, M. Mancini¹, B. Gelao¹, R. Romano¹, R. Masellis¹, L. Fazio¹, P. Taurisano¹, L. Lo Bianco¹, A. Papazacharias¹, A. Di Giorgio^{1,3}, G. Blasi¹, M. Nardini¹, G. Caforio¹, A. Bertolino^{1,3}

¹ Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Bari "Aldo Moro"; ² Mendel Lab, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo; ³ IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo

Gli antipsicotici (AP) agiscono sul signaling DAergico, che modula le performance di Working Memory (WM) e di attenzione sostenuta (AS). Nell'ambito del signaling AMPc-dipendente il legame della DA ai recettori D1 attiva la protein-fofosfasi DARPP32, mentre il legame ai recettori D2 la inattiva.

Obiettivo dello studio è valutare l'interazione tra gli SNP *DARPP32* rs879606, *DRD2* rs1076560 e *DRD1* rs686 nell'influenzare la risposta agli AP su AS e WM. 46 pazienti con schizofrenia, liberi da AP prima di iniziare il trattamento con olanzapina per 56 giorni, sono stati genotipizzati per gli SNP citati e sottoposti a *N-Back* per valutare la WM e *Continuous Performance Test* per valutare l'AS, a 7 e 56 giorni. L'ANOVA a misure ripetute mostra un'interazione significativa tra *DRD2* rs1076560 e *DARPP32* rs879606 sui punteggi al *CPT* tra i tempi T7 e T56 per gli indici DPS e DPCS ($p < 0,01$). L'analisi *post-hoc* mostra come i punteggi dei soggetti *DRD2*Tcar/*DARPP32*Acar migliorano di più rispetto agli altri. L'ANOVA a misure ripetute mostra inoltre un'interazione significativa tra *DRD1* rs686 e *DARPP32* rs879606 sulle variazioni delle performance di WM ($p = 0,05$) tra T7 e T56. Alla *post-hoc* si evidenzia come, in presenza di eterozigosi per *DARPP32*, i punteggi dei soggetti *DRD1* Gcar migliorano di più rispetto agli AA. Questo studio indica come varianti di geni che regolano il signaling DAergico AMPc-dipendente possano interagire nell'influenzare la risposta al trattamento AP in termini di performance neuropsicologiche.

P44. L'ossido nitrico in pazienti schizofrenici in trattamento farmacologico

G. Minutolo, M. Marino, E. Aguglia

UOPI Psichiatria, AOU Policlinico "G. Rodolico", Catania

Introduzione: l'ipotesi che l'ossido nitrico (NO) possa esercitare un ruolo eziopatogenetico nei disturbi psichiatrici è stata supportata da diverse evidenze scientifiche, anche se a oggi non sono state ancora ben chiarite le modalità secondo cui attribuire valore diagnostico e terapeutico al riscontro di tali alterazioni.

Materiali e metodi: lo studio osservazionale naturalistico ha coinvolto 25 pazienti affetti da schizofrenia: 9 pazienti con olanzapina (OLA) (5-15 mg/die); 8 pazienti con alogperidolo (ALO) (3-10 mg/die); 8 pazienti con risperidone (RSP) (2-6 mg/die) e 25 controlli sani, di entrambi i sessi. Sono state somministrate la SCID-II per la valutazione della personalità, la PANSS per la valutazione delle dimensioni positiva, negativa e generale della schizofrenia ed è stato effettuato il dosaggio ematico dei nitriti e dei nitrati.

Risultati: i valori medi dei nitrati nel campione totale dei pazienti schizofrenici risultavano di $30,92 \pm 6,05 \mu\text{M}$, rispetto a quelli dei controlli sani che erano di $26,78 \pm 6,31 \mu\text{M}$ ($p = 0,025$).

Conclusioni: l'ipotesi che i livelli dell'NO fossero correlati alla presenza di schizofrenia è stata confermata dalla nostra ricerca, che nel confronto tra pazienti e controlli sani ha messo in evidenza una differenza statisticamente significativa ($p = 0,025$) dei livelli ematici dei nitrati. Alcuni trattamenti farmacologici sembrano normalizzare tali alterazioni, con una maggiore evidenza per gli antipsicotici di seconda generazione.

P45. Disturbo bipolare e malattie disreattive: una relazione complessa

N. Mosti, F. Casalini, S. Belletti, V. Mastria, S. Rizzato, A. Del Carlo, M. Fornaro, L. Dell'Osso, G. Perugi

Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

Introduzione: letteratura scientifica e pratica medica quotidiana evidenziano una frequente associazione tra disturbo bipolare e condizioni mediche generali (CMG). L'ipotesi che tali disturbi possano condividere un terreno etiopatogenetico comune ci ha spinto a esplorare sistematicamente tale relazione.

Metodi: il nostro campione è composto da 244 pazienti affetti da disturbi dello spettro bipolare afferenti agli ambulatori, al *Day-Hospital* e ai reparti del Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Pisa. Tutti i soggetti sono stati selezionati sulla base dei criteri del DSM-IV per disturbo bipolare I, II e NAS e sono stati valutati con SCID-I CV e SIMD-R per inquadramento diagnostico, anamnesi familiare e farmacologica, BPRS per una valutazione psicopatologica trasversale, CGI per gravità del disturbo, GAF per il funzionamento globale, BriefTEMPS-M per i temperamenti affettivi. Infine tutti i pazienti sono stati accuratamente valutati riguardo le comorbidità mediche con un questionario specifico standardizzato.

Risultati: nel nostro campione, circa il 45% dei pazienti presentavano malattie disreattive (autoimmuni-allergiche). La prevalenza era indipendente dal sesso e non c'era una relazione con il tipo di disturbo bipolare né con la severità dello stesso. Agli *item* della BPRS, i pazienti con malattie autoimmuni-allergiche risultavano più ansiosi e con un maggior grado di eccitamento. Inoltre vi era una correlazione significativa tra questi pazienti e i temperamenti ciclotimico e ansioso.

Conclusioni: i nostri risultati suggeriscono l'esistenza di sottotipi specifici del disturbo bipolare sulla base delle comorbidità con malattie autoimmuni-allergiche. Ulteriori studi sono necessari per valutare l'entità e la natura di questa associazione.

P46. Implicazioni dell'aderenza alla terapia farmacologica ed esiti del disturbo schizoaffettivo rispetto al disturbo bipolare I

A. Murru, I. Pacchiarotti, A. Nivoli, F. Colom, E. Vieta.

Bipolar Disorders Program, Hospital Clínic, IDIBAPS CIBERSAM, Barcelona

Introduction: Bipolar (BD) and Schizoaffective disorder (SAD) are chronic, severe and disabling illnesses consisting respectively of the presentation of affective (BD) and mixed affective - purely psychotic (SAD) symptoms. Poor adherence to treatment

is especially common in these illnesses and may negatively affect their course and outcome. Predominant polarity is a recently introduced concept that bears important clinical implications in the course of illness of patients affected by BD.

Aim: to evaluate differences in course and outcome of adherent vs. poorly adherent patients with BD type I and SAD bipolar type. To evaluate differences between BD and SAD according to predominant polarity.

Methods: 78 BD type I patients and 78 SAD, bipolar type patients, enrolled in the Bipolar Disorders Program in Hospital Clínic, Barcelona, were prospectively followed up. Outcome of illness were evaluated in terms of acute recurrences. Bipolar sample was further divided into undetermined PP (UPP), manic PP (PPM) and depressive PP (PPD). Adherence to treatment was assessed by means of a triple evaluation: 1. An adherence-focused interview with the patients, 2. An adherence treated interview with the care-giver, 3. Where possible, control of mood stabilizers blood levels. Differences in illness outcome were analyzed by using one-way ANOVA for continuous variables and Tukey's post-hoc comparison.

Results: Patients were divided into adherent and poorly adherent on the basis of the three assessments. If only one of the assessment was negative, they were defined "poorly adherent". Poorly adherent-BD patients had significantly more total and manic recurrences than adherent SAD, and more hypomanias than adherent and poorly adherent SAD patients. Poorly adherent-PPM had significant more manic recurrences than any other adherent group, and more hypomanic recurrences than any SAD patient. Poorly adherent PPD had significantly more depressions than adherent PPM or SAD of any type. Adherent-PPM had significantly fewer depressions than A- or PA-PPD.

Conclusions: Adherence to treatment has a key role in recurrence prevention in BD and SAD, especially in those patients with a clear tendency to relapsing into a certain polarity.

P47. Antipsicotici atipici e metabolismo: dati preliminari di uno studio sperimentale

L. Nastro¹, B. Bonanno¹, M.C. Morgante², I.D. Trovato³, M. Averna², D. La Barbera¹

¹ *Università di Palermo, Dipartimento di Biomedicina sperimentale e Neuroscienze cliniche, Sezione di Psichiatria;* ² *Università di Palermo, Dipartimento di Medicina Interna e Specialistica, Centro di riferimento Regionale delle malattie rare del metabolismo;* ³ *CTA "Cristo Pantocratore", Borgetto (PA)*

Introduzione: il proposito di questo lavoro è indagare l'incidenza della sindrome metabolica in un campione di pz in trattamento con antipsicotici atipici. Lo studio si propone, inoltre, di valutare la possibilità di prevenzione terziaria rispetto alla sindrome metabolica in tali soggetti.

Metodi: sono stati reclutati 20 pz distinti in 2 gruppi: il 1° costituito da soggetti afferenti all'UO di Psichiatria dell'AOUP "P. Giaccone" di Palermo, il 2° costituito da pz inseriti presso la CTA "Cristo Pantocratore" di Borgetto. A T0 è stato prescritto un antipsicotico atipico, sono state effettuate misurazioni antropometriche (peso, altezza, BMI), sono stati valutati parametri vitali (PAO, FC), è stato effettuato un prelievo per il rilievo di: trigliceridemia, colesterolemia totale, HDL, glicemia, AST, ALT, GGT. È stato somministrato un questionario sugli stili di vita e sono stati indagati fattori di rischio sia personali che familiari.

Queste valutazioni sono state ripetute per 3 volte a distanza di 3 mesi l'una dall'altra.

Risultati: i parametri metabolici a distanza di 3 e 6 mesi dalla prima valutazione hanno presentato degli incrementi medi: la colesterolemia a T2 ha presentato un incremento medio di circa 13 mg/dl giungendo a valori di circa 226 ($226, 44 \pm ds = 60,90$), a T1 la trigliceridemia ha mostrato un incremento mantenutosi pressoché costante a T2 ($172,87 \pm ds = 108$ a T1; $167,11 \pm ds = 68,4$). La presenza di almeno un fattore di rischio per sindrome metabolica correla positivamente con ipercolesterolemia totale valutata a T1 ($Rho = 0,389, p = 0,003$) e a T2 ($Rho = 0,375, p = 0,005$).

Conclusioni: i risultati ottenuti mostrano come la presenza di fattori di rischio personali e/o familiari favoriscono, nel paziente sottoposto a terapia con antipsicotici atipici, l'incremento dei parametri metabolici. Questo dato confermerebbe la genesi multifattoriale della sindrome metabolica, in cui intervengono fattori genetici, comportamentali e anche farmacologici. Lo studio conferma, inoltre, l'importanza della dieta e dell'attività fisica per non incorrere nella sindrome metabolica.

Bibliografia

Sicras-Mainar A, Blanca Tamayo M, Rejas Gutiérrez J, et al. *Metabolic syndrome in outpatients receiving antipsychotic therapy in routine clinical practice: a cross-sectional assessment of a primary health care database.* Eur Psychiatry 2008;23:100-8.

Newcomer JW. *Comparing the safety and efficacy of atypical antipsychotics in psychiatric patients with comorbid mental illnesses.* Clin psychiatry 2009;70(Suppl 3):30-6.

P48. Funzionamento, capacità decisionale e psicopatologia in soggetti al first episode: efficacia di un intervento di problem solving training di gruppo

R. Orteni, D. Ussorio, I. De Lauretis, R. Pollice

Dipartimento di Scienze della Salute, Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università de L'Aquila

Introduzione: scopo di questo studio è stato quello di sottoporre, all'interno di un più ampio e articolato programma multimodale per persone a un primo episodi psicotico afferenti presso il servizio SMILE, un modulo di intervento di *Problem Solving Training*, allo scopo di valutarne l'efficacia in particolare sulle variabili di funzionamento globale e sul quadro psicopatologico.

Materiali e metodi: sono stati valutati 60 soggetti afferenti al servizio SMILE tra gennaio 2010-luglio 2011. Per la valutazione di efficacia di questo singolo modulo d'intervento, il campione è stato sottoposto prima e dopo il *Problem Solving Training* ai seguenti strumenti di valutazione: SCL-90 (*Symptom Checklist-90-Revised* di L.R. Derogatis), FPS (Morosini et al., 2000), TMT A e B (*Trial Making Test* di Reitan 1958). L'intervento ha avuto durata di 20 settimane per ciascun gruppo di persone inserite nel modulo di intervento.

Risultati: l'analisi dei dati al T0 ha evidenziato all'interno del campione oggetto di studio una sintomatologia caratterizzata prevalentemente da psicoticismo, sensibilità interpersonale, ansia e depressione con un funzionamento personale e sociale, notevolmente compromesso.

La *performance* al TMT A risultava ai limiti della norma (82 sec, ds 1,23) mentre quella al TMT B (290 sec, ds 1,52) al TMT

A-B (208 sec, ds 1,36), risultavano notevolmente compromesse. Al termine dell'intervento di PST, le dimensioni psicopatologiche suddette sono risultate tutta nella norma, al contrario dello Psicoticismo che seppur diminuito, supera comunque i valori limiti di riferimento (0,90 ds 0,98). Abbiamo riscontrato un significativo miglioramento nei rapporti sociali, ($p = 0,04$) e nella *performance* al TMT B (262 sec, $p = 0,04$). La *performance* al TMT A è rimasta invariata, mentre i risultati al TMT A-B sono passati da deficitari a nelle norma, seppur con una tendenza al limite del *cut-off* negativo (180 sec, ds 2,34), dimostrando un incremento della capacità attentiva.

Conclusioni: i risultati ottenuti sottolineano l'importanza dell'acquisizione di strategie efficaci di risoluzione dei problemi e del perfezionamento delle capacità di pianificazione, in quanto sembrano incidere in maniera significativamente positiva sulla riduzione della sintomatologia clinica e sul funzionamento globale.

Bibliografia

Rodewald K, Rentrop M, Holt DV, et al. *Planning and problem-solving training for patients with schizophrenia: a randomized controlled trial.* BMC Psychiatry 2011;11:73.

Kim KR, Park JY, Song DH, et al. *Neurocognitive performance in subjects at ultrahigh risk for schizophrenia: a comparison with first-episode schizophrenia.* Compr Psychiatry 2011;52:33-40.

P49. Esiste un deficit cognitivo residuo nei paziente con disturbo bipolare in fase eutimica? Una valutazione tramite Risonanza Magnetica funzionale

M.C. Palazzo¹, M. Cristoffanini², C. Dobrea¹, C. Cinnante², S. Avignone², C. Sina², L. Cremaschi¹, A. Sillani², B. Dell'Osso¹, F.M. Triulzi², A.C. Altamura¹

¹ Università di Milano; Fondazione IRRCs Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento di Psichiatria, Milano; ² Università di Milano, Dipartimento di Scienze Neurologiche; Fondazione IRRCs Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Dipartimento di Neuroradiologia, Milano

Introduzione: il disturbo bipolare è un disturbo dell'umore cronico con prevalenza stimata all'1-2. I pazienti affetti possono presentare un disfunzionamento socio-lavorativo residuale anche durante l'eutimia. Inoltre tale disturbo può essere associato a specifici deficit cognitivi, in particolare a carico della memoria di lavoro ¹⁻⁴ (*working memory*, WM). Scopo della presente ricerca è stato valutare la possibile presenza di differenze cognitivo-funzionali tra soggetti bipolari in fase eutimica vs. controlli sani.

Metodi: un campione di 30 soggetti di età compresa tra i 20 e i 45 anni (15 affetti da disturbo bipolare e 15 controlli) è stato sottoposto a esame fMRI a 3 Tesla con *task* di *working memory (n-back)*. La diagnosi di disturbo bipolare è stata effettuata tramite colloquio psichiatrico e somministrazione di una scala di valutazione diagnostica semistrutturata (SCID). Tutti i partecipanti sono stati sottoposti a una valutazione neuropsicologica mirata e a MRI encefalo su apparecchiatura a 3 Tesla con studio morfologico e fMRI. Una volta acquisiti i dati dell'intero campione, sono state svolte le analisi di confronto tra le due popolazioni utilizzando i software statistici SPM5 e SPSS.

Risultati: le *performance* del gruppo di controllo sono state si-

gnificativamente superiori sia nell'*n-back* che in alcuni dei test neuropsicologici somministrati. L'analisi full-factorial dei dati fMRI ha mostrato nei pazienti bipolari un'ipoattivazione in particolare a livello ippocampale e talamico, associata a un maggior coinvolgimento di aree fronto-parietali esterne ai *network* classicamente associati alla WM.

Conclusioni: i risultati sembrano confermare l'esistenza di disfunzionalità residue dei pazienti bipolari in fase eutimica, suggerendo due distinti *pattern* di attivazione nei gruppi studiati sia dal punto di vista neuropsicologico che del *neuroimaging*.

Bibliografia

- Thermenos HW, Goldstein JM, Milanovic SM, et al. *An fMRI study of working memory in persons with bipolar disorder or at genetic risk for bipolar disorder*. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2010;153:120-31.
- Hamilton LS, Altshuler LL, Townsend J, et al. *Alterations in functional activation in euthymic bipolar disorder and schizophrenia during a working memory task*. Hum Brain Mapp 2009;30:3958-69.
- Drapier D, Surguladze S, Marshall N, et al. *Genetic liability for bipolar disorder is characterized by excess frontal activation in response to a working memory task*. Biol Psychiatry 2008;64:513-20.
- Lagopoulos J, Ivanovski B, Malhi GS. *An event-related functional MRI study of working memory in euthymic bipolar disorder*. J Psychiatry Neurosci 2007;32:174-84.

P50. Aspetti neuromorfologici della schizofrenia: i pazienti farmacoresistenti presentano una maggiore atrofia corticale?

O. Palladino¹, M. Quarantelli², A. Prinster², V. Schiavone¹, G. Muscettola¹, M. Salvatore³, A. de Bartolomeis¹

¹ Area Funzionale di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Comportamento, Università "Federico II" di Napoli; ² Institute of Biostructure and Bioimaging, National Research Council, Napoli; ³ Dipartimento di Diagnostica per Immagini, Università "Federico II" di Napoli

Numerosi studi di *neuroimaging* su pazienti schizofrenici (SC) hanno suggerito che la resistenza al trattamento farmacologico si associa ad alterazioni morfologiche cerebrali, tuttavia non sono stati trovati endofenotipi specifici di pazienti non rispondenti rispetto a pazienti che hanno una buona risposta al trattamento.

Il nostro studio si avvale di tecniche di *Voxel Based Morphometry* (VBM) applicate a Risonanza Magnetica cerebrale per valutare le differenze tra i gruppi *Non-Responder* (NR-SC) e *Responder* (R-SC) a livello della sostanza grigia (GM).

Il nostro campione consiste in: 20 pazienti schizofrenici NR-SC secondo i criteri di farmacoresistenza APA e NICE; 15 pazienti schizofrenici R-SC in buon compenso in seguito a trattamento antipsicotico; 16 volontari sani (NV) *matched* per sesso ed età. La GM si presenta significativamente ridotta nel gruppo NR-SC rispetto al gruppo R-SC soprattutto a livello dei lobi frontali bilaterali, i giri pre e post-centrali a sinistra e il giro frontale medio e l'insula a destra.

I nostri risultati mostrano quindi un *pattern* di atrofia corticale maggiore nei pazienti *Non-Responder*, suggerendo un possibile coinvolgimento della corteccia frontale bilaterale (giri frontali superiore e medio) nell'insorgenza della farmacoresistenza.

P51. Bipolar Depression Rating Scale (BDRS): risultati preliminari della validazione della versione italiana di una scala psicometrica per la depressione bipolare

C. Palumbo, S. Calò, M. Tyropani, G. Di Sciascio, M. Nardini

Dipartimento di Psichiatria, Università di Bari

Le differenze epidemiologiche, neurobiologiche e cliniche tra depressione unipolare e bipolare rendono necessaria l'adozione di strumenti valutativi in grado di differenziare i due quadri psicopatologici. Tuttavia, molti degli strumenti psicometrici disponibili sono disegnati per valutare la depressione unipolare e potrebbero non rendere a pieno le sfumature diagnostiche delle forme bipolari. Recentemente, è stata realizzata una scala etero-somministrata, a 20 *item*, volta a valutare specificamente la depressione bipolare (*Bipolar Depression Rating Scale*, BDRS). Il nostro gruppo ha avviato la validazione della scala in lingua italiana attraverso la somministrazione, oltre che della BDRS, anche della HAM-D, della MADRS e della YMRS, in un campione di pazienti affetti da depressione unipolare e bipolare di età compresa tra i 18 e i 65 anni. Oltre ai dati clinici, sono stati raccolti i dati relativi all'aderenza al trattamento mediante la DAI-10 e alle caratteristiche temperamentalistiche (attraverso il TCI-R). In questo contributo vengono presentati i risultati preliminari relativi al progetto di validazione dello strumento tradotto in italiano, ottenuti analizzando la consistenza interna della versione italiana della BDRS e le correlazioni con i punteggi ottenuti alle altre scale psicometriche. I risultati di tali analisi supportano la validità della versione italiana della BDRS, la cui utilità viene discussa nell'ambito della valutazione psicometrica della depressione bipolare.

P52. Proposta di un protocollo italiano per la valutazione neuropsicologica del paziente bipolare

R.A. Paoli, E. Caletti, E. Zugno, A. Caldiroli, M. Cigliobianco, S. Ponton, L. Paganelli, A.C. Altamura

Università di Milano, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Dipartimento di Salute Mentale, UO Psichiatria

Introduzione: stante la *Battery for assessment of Neurocognition* (ISBD-BANC) internazionalmente riconosciuta per indagare il *pattern* neurocognitivo del paziente (pz) BD, abbiamo proposto un protocollo valutativo equivalente con *test* tarati su campioni italiani.

Metodi: abbiamo eseguito valutazioni su pz BD con *test* precedentemente utilizzati scegliendo quelli in cui i pz BD risultano statisticamente più deficitari.

Risultati: dalle analisi statistiche sono emersi tali *test*: BACS *Symbol coding* e *Verbal Fluency*, *Trail Making Test* (TMT-A); BACS *digit sequencing*, *Span* di Cubi; Matrici Attentive, TMT; Figura Complessa di Rey-Osterrieth; *Test di Stroop* (opzionali: BACS *Tower of London*, *Frontal Assessment Battery*, *Stime Cognitive*); BACS *Verbal Memory*.

Conclusioni: è risultata una composizione di *test* che hanno ampia validazione in Italia, sono ripetibili e hanno una standardizzazione dei risultati, sebbene manchi una validazione del protocollo in toto.

Bibliografia

Yatham LN, Torres JJ, Mahli GS, et al. *The International Society for Bipolar Disorders Battery for Assessment of Neurocognition (ISBD-BANC)*. *Bipolar Disord* 2010;12:351-463

Anselmetti S, Poletti S, Ermoli E, et al. *The brief assessment of cognition in schizophrenia. Normative data for the Italian population*. *Neurol Sci* 2008;29:85-92.

P53. Miglioramento dei sintomi e del funzionamento nei pazienti in terapia a lungo termine con olanzapina iniettabile a lunga durata d'azione

J. Peuskens¹, V. Porsdal², J. Pecena³, P. Handest⁴, Y. Dyachkova², R. Brouil², M. Casillas², W. Deberdt², A. Bitossi⁵

¹ University Leuven, Kortenberg, Belgium; ² Eli Lilly Europe (Denmark, Austria, Czech Republic, Spain, Belgium); ³ Martin Comenius University, Bratislava, Slovakia; ⁴ University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; ⁵ Eli Lilly Italia

Introduzione, obiettivi e scopi: valutare l'*outcome* di pazienti affetti da schizofrenia durante la terapia di mantenimento con OLAI.

Metodi: sono stati riuniti i dati relativi a tre studi con OLAI e si è proceduto alla classificazione dei pazienti in base a un'analisi dei *cluster* in cinque categorie in funzione della gravità dei sintomi psichiatrici (sint) e della compromissione funzionale (comp): A (sint minimi/comp lieve), B (sint minimi/comp moderata), C (sint moderati/comp da lieve a moderata), D (sint moderati/comp grave), E (sint da moderati a gravi/comp grave). Il miglioramento è stato definito come un cambiamento da B o C ad A, oppure da D o E ad A, B o C. Sono stati analizzati i cambiamenti osservati a 6 mesi. Per definire i fattori associati al miglioramento è stato utilizzato un modello di regressione logistica *stepwise*.

Risultati: sono stati classificati 1,182 pazienti. I soggetti rimasti negli studi per 6 mesi presentavano un punteggio CGI-S al basale inferiore (3,04 vs. 3,28; $p < 0,001$), un punteggio alla scala PANSS inferiore (61,38 vs. 64,05; $p = 0,012$) e un punteggio di QLS superiore (1,76 vs. 1,39; $p = 0,001$). Premesso che i pazienti della categoria A non potevano migliorare e i soggetti inclusi nelle categorie D ed E non avevano possibilità di peggioramento, è stato registrato un miglioramento in 261 pazienti (28%) appartenenti alle categorie B, C, D ed E e un peggioramento per soli 55 pazienti (7%) nelle categorie A, B e C nel corso dei 6 mesi. I fattori al basale associati al miglioramento includevano: categoria ($p < 0,001$), punteggio CGI-S ($p = 0,001$) e PANSS positiva ($p < 0,001$).

Conclusioni: la maggioranza dei pazienti affetti da schizofrenia, durante la terapia di mantenimento con OLAI per 6 mesi, migliora o presenta una sintomatologia e un livello di funzionalità stabili. Il fattore più fortemente associato a una maggiore probabilità di miglioramento è risultato essere l'appartenenza a una categoria sfavorevole al basale.

P54. Compromissione del funzionamento sociale in pazienti con schizofrenia: relazione tra psicopatologia e deficit cognitivi

G. Piegari, S. De Simone, E. Ardizio, T. Campana, A. Mucci, S. Galderisi, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Nei pazienti affetti da schizofrenia cronica è spesso presente una compromissione del funzionamento sociale che contribuisce all'esito sfavorevole della malattia. Non è ancora chiaro quanto di tale compromissione possa essere attribuito alla sintomatologia e quanto ai *deficit* cognitivi, ampiamente riportati nei pazienti con schizofrenia. Nel presente studio, la relazione tra funzionamento sociale, remissione sintomatologica e *deficit* cognitivi è stata indagata in 148 pazienti affetti da schizofrenia o disturbo schizoaffettivo.

È stata utilizzata una batteria di *test* neuropsicologici per valutare l'attenzione, la memoria secondaria verbale e visuo-spaziale e le funzioni esecutive. Sono stati esaminati 4 indici di funzionamento: globale, relazioni interpersonali, funzioni intrapsichiche e funzionamento lavorativo. La remissione sintomatologica è stata valutata sulla base dei criteri proposti da Andreasen.

L'indice di memoria verbale spiegava 10,6% della varianza dell'indice globale, 8% di quella delle funzioni intrapsichiche, 5,8% delle relazioni interpersonali e 4% del funzionamento lavorativo; l'attenzione spiegava 2,6% della varianza dell'indice globale; lo stato di remissione spiegava 4,6% della varianza delle funzioni intrapsichiche.

I nostri risultati suggeriscono che la compromissione delle funzioni cognitive è un'importante caratteristica della schizofrenia, che si associa al funzionamento sociale in maniera indipendente e più stretta rispetto alla psicopatologia.

P55. Effetti terapeutici dell'attività sportiva in psichiatria: confronto tra nuoto ed equitazione

C. Pitto, G. Mangiarotti, C. Masala, G. Nuvoli

DSM ASL 3 Genovese

Proponiamo l'ipotesi che nell'ambito della riconosciuta importanza della riabilitazione sportiva in psichiatria ci siano differenze d'efficacia tra le attività proposte. Partendo dall'osservazione di materiale videofotografico relativo a sedute di riabilitazione equestre, che evidenziava una maggiore variabilità delle espressioni facciali, abbiamo ipotizzato una specifica efficacia di tale attività sull'appiattimento affettivo, uno dei sintomi deficitari della schizofrenia più difficile da affrontare con la sola farmacoterapia. Abbiamo confrontato due gruppi di persone con disturbi dello spettro schizofrenico, in trattamento integrato presso il DSM dell'ASL 3 Genovese. A dieci soggetti abbiamo proposto l'attività equestre, ad altri dieci il nuoto, con sessioni settimanali. Abbiamo somministrato le scale BPRS e PANSS all'inizio dell'attività e dopo 1 anno. Tutti hanno avuto una diminuzione dei punteggi totali, ma mentre nel gruppo del nuoto i punteggi degli *item* 16 (appiattimento affettivo) e 17 (isolamento emotivo) della BPRS hanno avuto al T1 una diminuzione media di 0,6 nell'*item* 16 e 0,3 nell'*item* 17, nel gruppo dell'equitazione la variazione dei punteggi è stata più consistente, con una media di 1,3

per l'item 16 e 1,9 per l'item 17. Nella scala PANSS R l'item 4 (appiattimento affettivo) ha avuto una variazione media di -0,8 per il gruppo nuoto e di -2,2 per il gruppo equitazione. Il gruppo nuoto ha registrato miglioramenti più consistenti nelle aree delle preoccupazioni somatiche, dei disturbi allucinatori, dei sintomi maniacali. Nel gruppo equitazione, il miglioramento dei sintomi negativi e la stimolazione dell'area affettiva si accompagnano a un lieve peggioramento (variazione media + 0,50) dei problemi allucinatori e dei pensieri di grandiosità (variazione media + 0,2).

P56. Studio sul rischio di insorgenza di nefropatia subclinica da litio

R. Poli, B. Copercini, E. Agrimi

Azienda Istituti Ospitalieri di Cremona

Introduzione: la terapia con litio, di prima scelta nel trattamento del disturbo bipolare¹, è un trattamento a lungo termine essendo la sospensione del litio correlata a un elevato rischio di recidive e di peggioramento del disturbo.

Gli effetti collaterali a livello renale si correlano al tempo di esposizione al farmaco:

- a insorgenza precoce l'acidosi metabolica e il diabete insipido nefrogeno (NDI) con poliuria e polidipsia: interessa sino al 40% dei pazienti².
- a esposizione protratta l'ipercalcemia e la nefrite tubulo-interstiziale cronica (CTIN), evento meno comune, grave e progressiva, porta all'insufficienza renale, *end-stage renal disease* (ESRD).

Metodi: pazienti in trattamento con litio da oltre 12 mesi con almeno uno dei seguenti sintomi/reperti: poliuria-polidipsia, PS urine < 1005, GFR < 90 ml/min/1,73 mq, proteinuria, ipertensione arteriosa.

Sono stati eseguiti emocromo, elettroliti, funzionalità renale, litiemia, esami urine, compresa lipocalina NGAL urinaria; ecografia renale e *color-doppler*. RM se cisti renali.

Risultati: su 26 pazienti reclutati, 10 presentavano cisti renali, ma solo 5 microcisti con un indice di resistenza > 0,65, caratteristica patognomica della nefropatia da litio.

Conclusioni: in conclusione, non emergono fattori fortemente predittivi del rischio di nefropatia.

Non sempre l'interruzione del litio determina regressione/arresto del danno renale, esiste probabilmente un punto di non ritorno oltre il quale la fibrosi renale continua a progredire nonostante la rimozione dell'agente lesivo

Bibliografia

- ¹ Muller-Oerlinghausen B, Berghofer A, Bauer M. *Bipolar disorder*. Lancet 2002;359:241-7.
- ² Stone KA. *Lithium-induced nephrogenic diabetes insipidus*. J Am Board Fam Pract 1999;12:43-7.

P57. La relazione tra il temperamento affettivo e il riconoscimento delle espressioni facciali delle emozioni con i sintomi di depersonalizzazione e derealizzazione in un campione di pazienti con disturbo bipolare

M. Preve¹, M. Mula², S. Calugi¹, A. Cardini¹, L. Lari¹, L. Di Paolo¹, S. Pini¹, M. Mauri¹

¹ Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologie, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa; ² Dipartimento di Neurologia, Università del Piemonte Orientale A. Avogadro, Novara

Introduzione: lo scopo del nostro studio è di determinare, in un campione di pazienti con diagnosi di disturbo bipolare (BD), l'associazione tra sintomi di depersonalizzazione, temperamenti affettivi e riconoscimento delle espressioni facciali delle emozioni.

Metodi: 95 pazienti bipolari (tipo I e tipo II) in fase di eutimia (confermata dalla YMRS e HDRS) sono stati valutati con: SCID-P, TEMPS, SCI-DER¹ e POFA (test di riconoscimento delle espressioni facciali delle emozioni da Ekman e Friesen).

Risultati: attraverso un'analisi di regressione lineare abbiamo evidenziato che, indipendentemente dalla presenza del disturbo di panico, la presenza di un temperamento ipertimico si associa a: maggiore riconoscimento dell'emozione felicità ($p < 0,001$; $\beta = -4,483$) e minore riconoscimento dell'emozione rabbia ($p = 0,005$; $\beta = 3,202$) nei pazienti BD con alti punteggi al dominio depersonalizzazione auto psichica; maggiore riconoscimento dell'emozione tristezza ($p = 0,001$; $\beta = -3,944$) e minore riconoscimento dell'emozione rabbia ($p = 0,005$; $\beta = 3,181$) nei pazienti BD con alti punteggi al dominio depersonalizzazione affettiva.

Inoltre, la presenza di un temperamento ciclotimico si associa a: maggiore riconoscimento dell'emozione sorpresa ($p = 0,004$; $\beta = -3,233$) e felicità ($p = 0,044$; $\beta = -2,124$) nei pazienti BD con alti punteggi di derealizzazione (DER-TOT); maggiore riconoscimento dell'emozione sorpresa ($p = 0,001$; $\beta = -3,792$) e felicità ($p = 0,018$; $\beta = -2,532$) nei pazienti BD con alti punteggi al dominio depersonalizzazione somatopsichica.

Conclusioni: questo studio evidenzia che la presenza di derealizzazione e depersonalizzazione si associa a un selettivo deficit nel riconoscimento di alcune emozioni che è differente, nei pazienti BD, a seconda del tipo di temperamento. Ulteriori studi sono necessari per meglio comprendere questa associazione.

Bibliografia

- ¹ Mula M, et al. *Neuropsych Dis Treat* 2008.

P58. Durata di psicosi non trattata e deterioramento neuro-cognitivo nei disturbi dello spettro schizofrenico

D. Primavera, R. Carta, L. Sanna, C. Bandecchi, T. Lepori, L. Campus, A.C. Loi, B. Carpinello

Dipartimento di Sanità Pubblica, Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari

Introduzione: è ormai acclarato che l'esito dei disturbi dello spettro schizofrenico risulta essere correlato con la latenza al trattamento del primo episodio di psicosi che è tanto peggiore

quanto è il divario tra l'insorgenza della malattia e il primo trattamento farmacologico. Pochi studi hanno però focalizzato la loro attenzione sul ruolo della durata di psicosi non trattata e il deterioramento cognitivo.

Obiettivi: il nostro studio si propone di analizzare eventuali correlazioni tra una lunga durata di psicosi non trattata al primo episodio e il deterioramento cognitivo nel lungo termine.

Materiali e metodi: il nostro campione è costituito da 41 soggetti (27 M e 14 F) di età media di 48,6 anni (DS = 11,91) con un'età di esordio media di 23,4 anni (DS = 7,68) e una durata di malattia media di 22,1 anni (DS = 14,8) a cui è stata posta diagnosi di schizofrenia secondo i criteri del DSM-IV TR attraverso la SCID-I. A ciascun paziente è stata somministrata la *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS) per studiare il profilo neuro-cognitivo.

Risultati: una lunga durata di psicosi non trattata è associata a una ridotta *performance* nella sottoscala di *performance* dell'associazione simboli a numero ($p = 0,04$) e nel QI di *performance* ($p = 0,04$) indipendentemente dalla durata di malattia.

Conclusioni: questo studio conferma alcuni dati presenti in letteratura che hanno trovato un'associazione tra lunga durata della psicosi non trattata e il deterioramento cognitivo. Le prestazioni ridotte suggeriscono un *deficit* di memoria, attenzione e concentrazione, velocità di esecuzione, coordinazione, abilità e un *deficit* complessivo nella capacità non verbale nel campione con la durata di psicosi non trattata più lunga.

P59. La terapia farmacologica del disturbo bipolare I: uno studio in 30 CSM italiani

V. Prisco, M. Luciano, L. Del Gaudio, G. Sampogna, V. Del Vecchio, D. Giacco, C. De Rosa, A. Fiorillo
Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Il disturbo bipolare è la sesta causa di disabilità al mondo e uno dei disturbi mentali con più alti costi personali, familiari e sociali, il cui trattamento, a seconda delle fasi, prevede l'utilizzo di farmaci stabilizzatori, antipsicotici e antidepressivi. Nella maggior parte delle linee-guida il litio viene indicato come trattamento di prima scelta per gli stati maniacali e come terapia di mantenimento. Tuttavia è stata segnalata una riduzione nell'utilizzo di questo farmaco, a favore di altri farmaci, ritenuti più maneggevoli. Questo studio, coordinato dal Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN e condotto in 30 centri di salute mentale, randomizzati e stratificati per area geografica e densità di popolazione, si è proposto di valutare i principali trattamenti farmacologici ricevuti di routine da un campione di 342 pazienti affetti da disturbo bipolare tipo I. 137 (40,1%) pazienti assumono il litio, 96 (28,1%) l'acido valproico, 26 (7,6%) la carbamazepina 23 (6,7%) la lamotrigina. Ventisette (8%) pazienti ricevono un solo stabilizzatore dell'umore, 28 pazienti (8,3%) ricevono almeno due stabilizzatori, mentre 56 (16,6%) non ricevono stabilizzatore, 4 pazienti (1,2%) non ricevono alcuna terapia, mentre 29 pazienti (8,6%) ricevono 5 o più farmaci contemporaneamente. I risultati di questo studio mostrano che il litio è ancora lo stabilizzatore prescritto più di frequente, e che raramente i pazienti vengono trattati con un solo stabilizzatore.

P60. Deficit del linguaggio dell'emisfero destro: confronto tra pazienti con schizofrenia e con cerebrolesione destra

M.C. Quattropiani, R. Famulari, S. La Foresta

Dipartimento di Scienze Pedagogiche e Psicologiche, Università di Messina

Evidenze empiriche hanno dimostrato l'importanza delle funzioni linguistiche dell'emisfero destro per garantire l'efficacia della comunicazione sociale. Evidenze comportamentali indicano che nella schizofrenia si riscontrano difficoltà a integrare atti linguistici, extra e paralinguistici, essenziali per un'efficace relazione comunicativa². L'emisfero destro è coinvolto nella pragmatica della comunicazione e sembrerebbe che la sua funzione sia di comprendere le intenzioni comunicative degli altri¹. Dal momento che i *deficit* mostrati dai pazienti con schizofrenia riguardano soprattutto un fallimento nella loro interazione sociale, identificare i *deficit* di linguaggio, legati all'attività dell'emisfero destro, è utile per poter intervenire in modo appropriato e specifico sia nella fase prodromica o precoce della schizofrenia, sia nella fase conclamata. Il nostro studio ha lo scopo di verificare l'ipotizzata riduzione della lateralizzazione del linguaggio nella schizofrenia³. Sono stati reclutati 7 pazienti (DSM-ASP Messina) diagnosticati secondo il DSM-IV. I singoli aspetti del linguaggio sono stati valutati mediante una batteria ecologica, BLED-Santa Lucia, composta da sei *subtest*: Metafore Figurate; Metafore Scritte; Richieste; Inferenze; Umorismo; Prosodia. Le medie dei punteggi totali dei pazienti schizofrenici (38,88) sono sovrapponibili a quelle del gruppo di pazienti cerebrolesi destri (36,68), confermando la presenza di *deficit* nei pazienti schizofrenici (*cut-off* ≥ 44). Differenze emergono alle singole prove: nel *subtest* Metafore Figurate, si evidenzia maggiore scarto tra le medie dei due gruppi: i pazienti psichiatrici mostrano una migliore *performance* sia nella comprensione di Metafore Figurate che di Metafore Scritte. I pazienti neurologici ottengono punteggi più alti nei compiti di Prosodia e Umorismo.

Bibliografia

- 1 Champagne-Lavau M, Stip E, Joannette Y. *Language functions in right-hemisphere damage and schizophrenia: apparently similar pragmatic deficits may hide profound differences*. Brain 2007;130:E67.
- 2 Joannette Y, Ansaldo AI, Kahlaoui K, et al. *The impact of lesions in the right hemisphere on linguistic skills: theoretical and clinical perspectives*. Rev Neurol 2008;46:481-8.
- 3 Mitchell RLC, Crow TJ. *Right hemisphere language functions and schizophrenia: the forgotten hemisphere?* Brain 2005;128:963-78.

P61. Effetti avversi degli antipsicotici: sondaggio tra i pazienti in terapia orale o in terapia long-acting. Il parere dei medici e dei pazienti

M.P. Rapagnani, M. Nosè, F. Girlanda, M.A. Mazzi, C. Barbui

Section of Psychiatry and Clinical Psychology, Department of Public Health and Community Medicine, University of Verona

Aims Almost few data are available on whether patients and doctors have similar or dissimilar opinions on the presence and level of distress due to antipsychotic adverse effects. Still few data are available on drug tolerability in patients on oral

vs. long-acting therapy, particularly considering patients' perspective. The aim of this survey is to compare patients' on oral therapy vs. patients' on long-acting therapy and their doctors' perspective on the presence and level of distress due to antipsychotic adverse effects in a sample of patients under the care of the South-Verona mental health services.

Methods: all patients exposed to antipsychotic drugs during a census period of 6 months were identified. For each included subject, socio-demographic, clinical and treatment data were extracted. Patients' perspective on antipsychotic adverse effects was measured by means of the Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale (LUNSERS). The LUNSERS was similarly employed to measure doctors' perspective on antipsychotic adverse effects. The data obtained were compared to detect difference between patients' on oral therapy vs. patients' on long-acting therapy perspective and their doctors' perspective.

Results: during the recruitment period, 247 patients taking antipsychotic drugs were enrolled. On average, patients perceived more adverse effects and with a significant higher distress than doctors. Unlike literature's data, patients on long-acting therapy seem to have a better drug tolerability and side effects seem to have less impact on daily life, compared to patients receiving oral therapy. Multivariate analyses found that some factors, such as being female, diagnosis of "affective disorder" and using oral antipsychotic, were associated with worse drug tolerability by patients' view, while drug dose was associated to doctors' ratings of adverse effects.

Conclusion: our study suggests that doctors, researchers and health care providers should increasingly consider patient and doctor perspectives as two complementary dimensions that may provide different insights in the evaluation of antipsychotic drugs. In addition, from the data obtained, long-acting therapy, often regarded as a therapy burdened by significant side effects, seems to be considered by patients as no worse in terms of tolerability, compared to oral antipsychotic therapy. Integrating different points of view may represent a way to develop a better therapeutic alliance that might decrease the likelihood of non-adherence.

P62. Prevalenza di condizioni mediche generali nel disturbo bipolare: differenze tra tipo I e II

S. Rigardetto, E. Bechon, V. Salvi, F. Bogetto, G. Maina
Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: numerosi studi hanno confermato come nei pazienti con gravi disturbi mentali quali schizofrenia, disturbo bipolare e disturbo depressivo maggiore vi sia una prevalenza particolarmente elevata di condizioni mediche generali (CMG)^{1,2}. Tale aumentata frequenza di CMG conduce ad aumento di mortalità: pazienti con disturbi mentali gravi hanno una riduzione dell'aspettativa di vita del 30% rispetto alla popolazione generale³.

Per quanto riguarda il disturbo bipolare (DB), è stata riscontrata nei pazienti che ne soffrono una forte associazione con malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie, cancro della prostata e del polmone, ulcera peptica, epatopatie, artrite, alterazioni della tiroide⁴.

Gli studi pubblicati hanno indagato la comorbidità con CMG principalmente in campioni di pazienti con DB di tipo I. Scopo

del nostro studio è rilevare la prevalenza di CMG in un campione di pazienti italiani con DB I e II, valutando le eventuali differenti distribuzioni in relazione alla diagnosi.

Metodi: in questo studio sono state analizzate le cartelle cliniche di pazienti ambulatoriali con disturbo bipolare di tipo I e II (DSM-IV-TR), afferiti al nostro centro dal 2003 al 2011. Le CMG individuate sono state classificate attraverso l'ICD-10 e raggruppate nei seguenti macrogruppi identificati dalla *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS): cardiaco; vascolare; ematopoietico; respiratorio; occhi/orecchie/naso/gola; gastrointestinale superiore; gastrointestinale inferiore; epatico; renale; genitourinario; muscoloscheletrico; neurologico; endocrino/metabolico.

Risultati: 309 pazienti sono stati inclusi, 100 (32%) con DB di tipo I, 209 (68%) di tipo II. L'età media era 50.1 anni, il 63% era di sesso femminile. 170 pazienti (55%) erano affetti da almeno una CMG in comorbidità. Le CMG più frequenti sono risultate le patologie vascolari (21%) e i disturbi endocrino-metabolici quali principalmente diabete, dislipidemie e ipotiroidismo (23%). In ordine di frequenza si sono quindi riscontrate malattie muscolo-osteocutanee (11,3%), neurologiche (11%) e genitourinarie (7,4%), seguite dagli altri disturbi. Non vi sono differenze di distribuzione delle CMG in pazienti con DB di tipo I o II.

Conclusioni: i risultati della nostra ricerca sono concordanti con i dati esistenti in letteratura: nel campione in studio, infatti, si evidenzia un'elevata prevalenza di comorbidità mediche, per lo più patologie cardiovascolari ed endocrino/metaboliche. Dal nostro studio emerge, inoltre, come il sottotipo di disturbo bipolare non determini un profilo di rischio per determinate CMG, con una distribuzione di comorbidità mediche pressoché sovrapponibile tra i due tipi di disturbo. Sebbene il DB di tipo I sia clinicamente più grave rispetto al tipo II, quest'ultimo è gravato da intervalli liberi da sintomi più brevi e, spesso, da una maggior comorbidità con disturbi d'ansia, fattori che potrebbero anch'essi determinare un'elevata prevalenza di patologie metaboliche e cardiovascolari.

Bibliografia

- Osby U, Brandt L, Correia N, et al. *Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden*. Arch Gen Psychiatry 2001;58:844-850.
- Viron MJ, Stern TA. *The impact of serious mental illness on health and healthcare*. Psychosomatics 2010;51:458-65.
- Colton CW, Manderscheid RW. *Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states*. Prev Chronic Dis 2006;3:A42.
- Perron BE, Howard MO, Nienhuis JK, et al. *Prevalence and burden of general medical conditions among adults with bipolar disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions*. J Clin Psychiatry 2009;70:1407-15.

P63. Esiste una correlazione tra il tipo di ciclo bipolare e la polarità degli episodi post-partum?

G. Rosso, A. Aguglia, D.F. Chiodelli, F. Bogetto, G. Maina
Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: la prevalenza del disturbo bipolare (DB) nella popolazione generale è dell'1-2% circa¹ e il carico di malattia è particolarmente importante nel genere femminile: le ricorrenze affettive, infatti, si verificano frequentemente durante l'età fertile.

In particolare il *post-partum* è un periodo ad alto rischio per gli episodi di alterazione timica^{2,3}. Nonostante sia nota la rilevanza del periodo *post-partum* nel DB, in letteratura gli studi a riguardo sono ancora pochi. Pertanto, gli obiettivi di questo studio sono: a) valutare la frequenza degli episodi *post-partum* in un ampio campione di pazienti bipolari; b) stabilire una eventuale correlazione tra il tipo di ciclo bipolare e gli episodi *post-partum*.

Metodi: questo studio retrospettivo è stato condotto mediante la revisione delle cartelle cliniche di 276 pazienti di sesso femminile con figli, affette da DB e ricoverate presso il nostro centro in un periodo compreso tra il 1995 e il 2009. La diagnosi di DB è stata effettuata mediante SCID-I. Inoltre, sono state rilevate le caratteristiche socio-demografiche e cliniche (età d'esordio, informazioni sul ciclo bipolare e sugli eventi riproduttivi) tramite un'intervista semi-strutturata impiegata in altri studi.

Risultati: l'età media d'esordio del DB nel campione è di $28,0 \pm 7,8$ anni. Il 53,3% delle pazienti è affetto da disturbo bipolare di tipo II mentre il restante 46,7% da disturbo bipolare I. Il tipo di ciclo bipolare predominante è quello irregolare ($n = 128, 46,4\%$) seguito dal ciclo DMI ($n = 84, 30,4\%$) e da quello MDI ($n = 64, 23,2\%$). Il 75% delle pazienti ha avuto almeno una ricorrenza affettiva durante il *post-partum*. Infine, il ciclo MDI è associato a un più alto rischio di episodi *post-partum* di natura (ipo) maniacale o misto e a una maggiore frequenza di tentativi di suicidio.

Conclusioni: il tipo di ciclo bipolare dovrebbe essere preso in considerazione come fattore predittivo di polarità negli episodi *post-partum*.

Bibliografia

- 1 Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994;51: 8-19.
- 2 Freeman MP, Gelenberg AJ. Bipolar disorder in women: reproductive events and treatment considerations. Acta Psychiatr Scand 2005;112:88-96.
- 3 Sharma V, Khan M, Corpse C, et al. Missed bipolarity and psychiatric comorbidity in women with post-partum depression. Bipolar Disord 2008;10:742-7.

P64. Gli stati misti farmaco-indotti: studio su 98 pazienti bipolari

G. Rosso, N. Bertetto, F. Bogetto, G. Maina
Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: l'impiego di antidepressivi in pazienti bipolari è correlato a un elevato rischio di insorgenza di sintomatologia di tipo maniacale e in particolare di stati misti¹. Gli stati misti rappresentano un'entità clinica frequente ma spesso non riconosciuta, a causa dei criteri diagnostici restrittivi del DSM-IV-TR per l'episodio misto². Scopo dello studio è quello di valutare se l'esordio degli stati misti è correlato all'utilizzo di antidepressivi.

Metodi: sono stati inclusi i seguenti pazienti: diagnosi principale di disturbo bipolare I o II secondo il DSM-IV-TR; episodio affettivo in corso con almeno 3 sintomi della sfera maniacale.

I pazienti inclusi sono stati suddivisi, secondo le caratteristiche dell'episodio affettivo in corso, in:

- pazienti con episodi "puri": ipomania, mania, episodio misto secondo il DSM-IV-TR;
- pazienti con "stato misto": ipomania, mania o depressione maggiore con almeno tre elementi di polarità opposta.

Per ciascun paziente è stata determinata la data di insorgenza dell'episodio in corso ed è stata ricostruita retrospettivamente la terapia farmacologica assunta nel mese precedente l'esordio dei sintomi.

Risultati: sono stati inclusi 98 pazienti (51 bipolari I, 47 bipolari II). Dei pazienti inclusi, il 37,8% presentava un "episodio puro" mentre il 62,2% uno "stato misto".

Gli "stati misti" erano più frequenti nei pazienti con diagnosi di bipolare II rispetto agli I (65,6% vs. 34,4%; $p < 0,001$); inoltre, rispetto agli episodi "puri" l'assunzione di terapie antidepressive nel mese precedente all'esordio è stata riscontrata in una percentuale di pazienti significativamente più elevata (72,1% vs. 32,4%; $p < 0,001$).

Conclusioni: l'impiego di antidepressivi nel disturbo bipolare si associa frequentemente allo sviluppo di stati misti, che non sono inquadrabili all'interno delle categorie diagnostiche attuali. Al contrario, l'insorgenza di episodi affettivi "puri" sembra essere nella maggior parte dei casi spontanea.

Bibliografia

- 1 Rosa AR, Cruz N, Franco C, et al. Why do clinicians maintain antidepressants in some patients with acute mania? Hints from the European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM), a large naturalistic study. J Clin Psychiatry 2010;71:1000-6.
- 2 Vieta E, Morralla C. Prevalence of mixed mania using 3 definitions. J Affect Disord 2010;124:22-8.

P65. Differenze di genere ed esordio psicotico: caratteristiche e fattori di rischio di un campione di soggetti al primo episodio psicotico

M.V. Rumeo¹, A. Mulè², V. Alabastro¹, V. Di Giorgio¹, R. Grassia¹, G. Grillo¹, C. La Cascia¹, M. Pomar¹, G. Tripoli¹, D. La Barbera¹

¹ Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo (BioNec); ² AOUP "Paolo Giaccone", Palermo

Introduzione: dati di letteratura descrivono differenze di genere in merito a fattori di rischio, sintomatologia, aderenza ai trattamenti e outcome in pazienti affetti da psicosi. In particolare le donne mostrano miglior funzionamento sociale e maggiore compliance, mentre gli uomini peggiori sintomi negativi e più alta prevalenze di condotte di abuso di sostanze^{1,2}. In questo lavoro intendiamo valutare le differenti caratteristiche in termini di manifestazioni cliniche, uso di sostanze, eventi traumatici infantili, familiarità di un campione di pazienti al primo episodio psicotico.

Metodi: il campione reclutato è composto da 109 pazienti ($M = 67,9\%$) affetti da psicosi all'esordio afferenti ai Servizi di Salute Mentale di Palermo. Gli strumenti utilizzati sono: Nottingham Onset Schedule (NOS-DUP), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Social Data Schedule, Cannabis Experience Questionnaire (CEQ), Scale for Clinical Assessment in Neuropsychiatry Interview, WAIS-R.

Risultati: dall'analisi dei dati è emerso che l'età media d'esordio è inferiore nei maschi (26 anni) rispetto alle femmine (31 anni) in modo statisticamente significativo ($p = 0,009$).

Considerando il consumo di cannabis *lifetime*, più della metà dei soggetti di sesso maschile ha fatto uso di cannabis e i maschi hanno utilizzato cannabis più delle femmine ($p = 0,001$). Tuttavia considerando il consumo attuale (al momento dell'esordio) non emergono differenze di genere rispetto al consumo di cannabis. Inoltre, il 33% dei soggetti di sesso maschile utilizza altre sostanze (stimolanti, oppioidi, allucinogeni) e vi è una differenza statisticamente significativa rispetto al consumo nel sesso femminile ($p = 0,002$). Infine, un'anamnesi familiare positiva per disturbi psicotici è più frequente nei soggetti di sesso femminile ($p = 0,02$).

Non c'è differenza tra la gravità dei sintomi all'esordio tra maschi e femmine in relazione al consumo di cannabis né rispetto alla frequenza delle esperienze traumatiche in età infantile.

Conclusioni: in linea con i dati di letteratura, nel nostro campione si evidenziano differenze per quanto riguarda i fattori di rischio e l'età di esordio, nessuna differenza per le caratteristiche socio-demografiche.

Bibliografia

- 1 Koster A, Lajer M, Lindhardt A, et al. *Gender differences in first episode psychosis*. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008;43:940-6.
- 2 Fisher H, Morgan C, Dazzan P, et al. *Gender differences in the association between childhood abuse and psychosis*. BJP 2009, 194:319-25.

P66. Fattori che influenzano la durata di psicosi non trattata in un gruppo di pazienti all'esordio psicotico

M.V. Rumeo¹, A. Mulè², A. Bruno¹, V. Di Giorgio¹, C. La Cascia¹, M. La Placa¹, C. Sartorio¹, A. Trotta¹, F. Seminerio¹, D. La Barbera¹

¹ Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo (BioNec);
² AOUP "Paolo Giaccone", Palermo

Introduzione: la durata di psicosi non trattata (DUP) è considerata da diversi autori come un indice di prognosi, di risposta ai trattamenti e di ricaduta nei soggetti al primo episodio psicotico^{1,2}. Una maggiore durata della DUP è stata riscontrata in pazienti che mostrano all'esordio una prevalenza di sintomatologia negativa³. Pochi e controversi sono ancora i dati di letteratura che valutano le variazioni di lunghezza della DUP in relazione al consumo di sostanze. Nel nostro lavoro viene analizzato il rapporto tra DUP ed età di esordio, consumo di cannabis e gravità dei sintomi in un campione di pazienti al primo episodio psicotico, reclutati nell'ambito dello studio SGAP, svolto in collaborazione con l'*Institute of Psychiatry, King's College of London*.

Metodi: abbiamo reclutato sinora 109 pazienti di età compresa tra 18 e 65 anni (età media = 27,44 ds 10,11), afferenti presso i Servizi di Salute Mentale di Palermo. Gli strumenti utilizzati per l'*assessment* sono: *Nottingham Onset Schedule* (NOS-DUP), *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS), *Social Data Schedule*, *Cannabis Experience Questionnaire* (CEQ).

Risultati: dall'analisi dei dati emerge che la durata media di psicosi non trattata è di circa 9 mesi (ds = 20,67). I pazienti che hanno fatto uso di cannabis *lifetime* hanno un'età di esordio più

precoce, intorno ai 23 anni ($p = 0,002$) e una DUP più breve, di circa 4 mesi ($p = 0,03$). Inoltre è emersa una correlazione significativa tra DUP più lunga e gravità dei sintomi negativi valutati attraverso la PANSS ($p = 0,009$).

Conclusioni: nel nostro campione i pazienti con sintomatologia negativa più marcata mostrano una maggiore durata di psicosi non trattata. Ciò potrebbe dipendere da un ritardo nell'accesso alle cure per una sintomatologia meno manifesta. Tuttavia è opportuno effettuare interventi di diagnosi precoce per ridurre la DUP e migliorare l'*outcome*.

Bibliografia

- 1 Marshall M, Lewis S, Lockwood A, et al. *Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review*. Arch Gen Psychiatry 2005;62:975-83.
- 2 Farooq S, Large M, Niessen O, et al. *The relationship between the duration of untreated psychosis and outcome in low-and-middle income countries: a systematic review and meta analysis*. Schizophr Res 2009;109:15-23.
- 3 Granö N, Lindsberg J, Karjalainen M, et al. *Duration of untreated psychosis is associated with more negative schizophrenia symptoms after acute treatment for first-episode psychosis*. Clinical Psychologist 2010;14:10-3.

P67. La MINI-ICF-P per la valutazione del funzionamento psicosociale e per l'assessment delle disabilità in pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico

I. Santini, I. De Lauretis, R. Pollice¹, R. Ortenzi, D. Ussorio
Scuola di Specializzazione in Psichiatria; ¹ Dipartimento di Scienze della Salute, Università de L'Aquila

Introduzione: la schizofrenia è considerata un disturbo con alto tasso di recidiva ed elevato rischio di cronicità. Specialmente in corso di trattamento a lungo termine, le alterazioni delle capacità di relazione risultano importanti, aumentando il rischio di emarginazione e povertà come conseguenza delle scarse competenze sociali e della disoccupazione. Scopo dello studio è stato di valutare le capacità di relazione sociale di soggetti affetti da patologie mentali gravi, misurando quale dimensione risulti maggiormente compromessa, verificando l'esistenza di una differenza tra il livello di disabilità tra i pazienti ricoverati e quelli ambulatoriali e di una correlazione tra compromissione funzionale e gravità psicopatologica.

Materiali e metodi: novantasei pazienti, con età media di 41,89 aa (+11,85), inclusi nello studio, sono stati valutati mediante la *Mini-ICF-Rating for Mental Disorders* (Mini-ICF-P) al fine di conoscere il grado di disabilità nel funzionamento sociale, la PANSS per la valutazione del quadro psicopatologico e la VGF.

Risultati: il 51,3% dei soggetti aveva una diagnosi di schizofrenia, il 18,2% di disturbo schizoaffettivo, e il 30,5% di psicosi NAS. Il punteggio medio alla PANSS è stato 70,4 (ds+15), con rispettivamente il punteggio di 18,2 (+5,7) alla scala positiva, di 16,1 (+6,6) alla scala negativa, di 36 (+7,6) alla scala generale. Il punteggio medio alla VGF è stato 50 (+13,7). Il punteggio medio alla Mini-ICF-P è stato 1,91 (+0,7). Le dimensioni maggiormente compromesse risultano "Durata", "Giudizio" e "Contatti con altre persone". I pazienti ricoverati presentano un valore medio alla Mini-ICF-P maggiore rispetto a quelli visitati in regime ambulatoriale (2,11 +0,7 vs. 1,56 +0,5; $p < 0,005$).

Con un campione di circa 100 pazienti, è stata evidenziata una correlazione inversa, statisticamente significativa, tra i punteggi della Mini-ICF-P e quelli ottenuti nella valutazione del funzionamento globale effettuata tramite la VGF ($r = -0,534$, $p = 0,000$). Emerge inoltre una correlazione diretta, statisticamente significativa, tra i punteggi della Mini-ICF-P e quelli della PANSS ($r = 0,604$, $p = 0,000$), correlazione riscontrata anche nella scala dei sintomi positivi ($r = 0,446$, $p < 0,005$), dei sintomi negativi ($r = 0,509$, $p < 0,005$), e dei sintomi generali ($r = 0,443$, $p < 0,005$).

Conclusioni: la "gravità" della patologia non può essere definita solamente in base alla "gravità" dei sintomi, ma deve prendere in considerazione anche la qualità della vita e l'impatto sul funzionamento globale del soggetto. Nel nostro studio la Mini-ICF-P si è rivelata essere uno strumento agevole e utile nella pratica clinica, per una valutazione approfondita e adeguata della disabilità e per fornire informazioni specifiche sul funzionamento delle persone affette da disturbi mentali.

Bibliografia

Schaub D, Brüne M, Jaspen E, et al. *The illness and everyday living: close interplay of psychopathological syndromes and psychosocial functioning in chronic schizophrenia*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2011;261:85-93.

Linden M, Baron S. *Analyzing the Effectiveness of Inpatient Psychosomatic Rehabilitation Using the Mini-ICF-APP [Article in German]*. Rehabilitation 2009;48:145-53.

P68. Funzionamento sociale e lavorativo in pazienti ricoverati con patologie mentali gravi

I. Santini, I. De Lauretis, A.L. Di Loreto¹, R. Pollice, R. Roncone

Scuola di Specializzazione in Psichiatria; ¹ Corso di Laurea in Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica; Dipartimento di Scienze della Salute, Università de L'Aquila

Introduzione: i disturbi mentali costituiscono un importante problema di sanità pubblica perché presentano un'elevata frequenza nella popolazione generale e sono associati a significativi livelli di menomazione del funzionamento psicosociale. Questi elementi costituiscono un ostacolo all'inserimento lavorativo di persone affette da disturbo mentale: un peso rilevante hanno le difficoltà a focalizzare l'attenzione, a concentrarsi, la mancanza di persistenza e continuità nei compiti, i limiti nello svolgere compiti multipli e nel lavorare con ritmi predefiniti, i problemi di relazione con gli altri, quelli di accettare le critiche e la supervisione, la scarsa flessibilità e la difficoltà a cambiare procedure e mansioni.

Materiali e metodi: scopo dello studio è stato quello di valutare il funzionamento socio-lavorativo di soggetti ricoverati presso il SPUDC dell'Ospedale Civile S. Salvatore de L'Aquila. Quarantanove utenti, 26 maschi e 23 femmine, con età media di 45,17 aa (+14,1) sono stati inclusi nel campione. Tutti i pazienti sono stati valutati mediante la Mini-ICF-P, la PSP, la BPRS.

Risultati: il punteggio medio alla BPRS è risultato 60 (+11,3), quello alla PSP 49 (+11,9) e quello alla Mini-ICF-P 1,23 (+0,5). Il 28,6% degli utenti era disoccupato, il 22,4% invalido e il 49% aveva un lavoro. Il 44,7% dei soggetti hanno riferito una durata dell'ultimo impiego inferiore a 1 anno. I soggetti con un

lavoro hanno mostrato sia alla PSP che alla Mini-ICF-P punteggi statisticamente differenti da quelli disoccupati ($p = 0,007$; $p = 0,018$), e in particolare negli *item* "Flessibilità" ($p = 0,03$), "Durata" ($p = 0,03$) e "Capacità negli spostamenti" ($p = 0,02$).

Conclusioni: i nostri risultati preliminari sottolineano come alcune abilità personali siano importanti per consentire l'integrazione nel mercato del lavoro. Tale considerazione non può prescindere dalla pianificazione di interventi riabilitativi che prevedano il potenziamento di abilità sociali, necessarie affinché la persona possa interagire correttamente con l'ambiente circostante.

Bibliografia

Baron S, Linden M. *Disorders of functions and disorders of capacity in relation to sick leave in mental disorders*. Int J Soc Psychiatry 2009;55:57-63.

Carpiniello B. *Funzionamento sociale e schizofrenia*. Giorn Ital Psicopat 2010;16:227-30.

P69. Aumento dei livelli sierici di Dickkopf-1 nei pazienti psicotici che abusano di droghe

D. Serata^{1,2}, G.D. Kotzalidis^{1,3}, B. Rizzo⁴, M. Storto⁴, I. Panaccione^{1,3}, S. Romano^{1,3}, B. Casolla^{1,3}, M. Curto^{1,3}, M. Caloro¹, N. Girardi^{1,3}, V. Savoja¹, C. Rapinesi^{1,2}, A. Del Casale¹, F. Nicoletti^{3,4}, R. Tatarelli¹, P. Girardi^{1,2}

¹ NESMOS Department (Neurosciences, Mental Health and Sensory Organs), School of Medicine and Psychology, Sapienza University, Rome, Sant'Andrea Hospital, Rome, Italy; ² Department of Neuropsychiatry, Villa Rosa, Suore Hospitaliere of the Sacred Heart of Jesus, Viterbo, Italy; ³ Department of Physiology and Pharmacology, School of Medicine and Psychology, Sapienza University, Rome, Sant'Andrea Hospital, Rome, Italy; ⁴ NeuroMed, Pozzilli, Isernia, Italy

Background: dickkopf-1 (DKK1) is an inhibitor of the canonical Wnt pathway, which is known to be impaired in both psychotic and neurodegenerative disorders. Here, we examined serum DKK1 levels as an indicator of ongoing neurodegeneration in psychotic patients, with or without a recent or current history of drug abuse.

Methods: we measured serum DKK1 levels by ELISA in 22 inpatients with psychosis and no history of drug abuse, and 22 with psychosis and drug abuse. We rated psychopathology using the following rating scales: the Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS); the Clinical Global Impressions (CGI) severity scale; and the Global Assessment of Functioning (GAF) scale. Extrapyrimal motor symptoms were assessed by the Simpson-Angus Neurological Rating Scale (NRS).

Results: inpatients with psychosis and comorbid substance abuse showed significantly higher serum DKK1 levels. These patients were also characterized by earlier age at onset and longer duration of psychosis, and more severe extrapyramidal motor symptoms. However, we did not find any significant correlation between DKK1 levels and rating scale scores.

Conclusion: substance abuse leads to increased serum DKK1 levels in psychotic patients. Knowing that there is a correlation between brain and blood levels of DKK1, we speculate that the observed increase in DKK1 levels reflects drug-induced neurotoxicity in our patients.

P70. Diabete insipido in corso di trattamento cronico con carbonato di litio

N. Serroni¹, L. Olivieri¹, A.M. Pizzorno¹, L. Serroni¹, D. Campanella¹, D. De Berardis¹, A. D'Agostino¹, A. Serroni¹, M. Plebani, T. Acciavatti^{1,3}, A. Carano², F.S. Moschetta¹, G. Di Iorio³, M. Di Giannantonio³

¹ Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "G. Mazzini", Azienda Sanitaria Locale, Teramo; ² Dipartimento Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "C.G. Mazzoni", Ascoli Piceno; ³ Dipartimento di Neuroscienze e Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" di Chieti

Gli autori in questo lavoro vogliono focalizzare l'attenzione su due casi di diabete insipido nefrogenico riscontrati in una loro casistica sugli effetti collaterali in corso di trattamento cronico con litio.

Caso A: paziente donna, di 56 anni, coniugata senza prole in trattamento da 15 anni con carbonato di litio alla posologia giornaliera di 900 mg in associazione con aloperidolo 3 mg e ricoverata più volte presso il nostro SPDC per disturbo bipolare. Nel giugno 2009 ha iniziato a presentare una sintomatologia caratterizzata da: a) aumento della diuresi; b) aumento della sete (polidipsia); c) secchezza e perdita di elasticità della pelle, aridità della lingua e delle mucose e perdita di tonicità dei bulbi oculari; d) difficoltà di coordinamento e rallentamento psicomotorio. Ricoverata presso l'UO di Medicina Generale veniva sottoposta a *screening* diagnostico che evidenziava: volume urinario di 6000 cc nelle 24 h con ps di 1001 (nelle urine nelle 24 h) con una osmolalità urinaria di 209 mOsm/L, assenza di proteinuria e glicosuria e con valori di azotemia (42) e creatinemia nella norma e livelli plasmatici di Na lievemente superiori alla norma (151), era presente leucocitosi (15540) con neutrofilia (86,3%), i valori di litiemia erano nella norma (0,58). Alla luce delle condizioni psichiche della paziente non veniva eseguito il test dell'assetamento.

Un'anamnesi accurata su eventuali precedenti familiari, interventi chirurgici, traumi cranici o sull'uso di farmaci indirizzava la diagnosi di diabete insipido nefrogenico acquisito in corso di trattamento cronico con litio. Veniva sottoposta a terapia con desmopressina (DDAVP), un analogo sintetico dell'ormone antidiuretico, somministrato per via nasale (10 µg) ogni 12 ore con progressivo miglioramento delle condizioni cliniche e riduzione del volume urinario a 2000 cc nelle 24 h e riduzione progressiva della polidipsia.

Caso B: paziente uomo, di 54 anni, coniugato con prole, in trattamento da 10 anni con carbonato di litio alla posologia giornaliera di 900 mg in associazione con antidepressivi triciclici (clorimipramina 50 mg /die) e benzodiazepine (lorazepam 4,5 mg/die) e ricoverato 3 volte presso il nostro SPDC per depressione maggiore ricorrente con idee di suicidio e vari TS. Nel mese di gennaio 2009 ha iniziato a presentare poliuria e polidipsia con un quadro ematochimico negativo. Nel mese di novembre dello stesso anno presentando dolorabilità diffusa al fianco dx associata alla sintomatologia presentata già in precedenza, si ricoverava presso l'UO di Medicina Generale, dove fu immediatamente sospesa la terapia con il litio e fu sottoposto a uno *screening* diagnostico che evidenziò: volume urinario di 10700 cc, azotemia di 53, creatinina di 2,8 esame urine con PH 7, ps 1002 e osmolalità di 280 mOsm/kg e assenza di proteinuria e glicosuria e presenza di rare emazie,

i livelli plasmatici di sodio lievemente superiori alla norma (152,3) e gli altri elettroliti normali. Era presente lieve anemia (GR. 3,720 Hb 33,6 VGM 91,2 PT 371000) e leucocitosi (GB 16.020) e neutrofilia (72,7%), litiemia 0,7. Eseguita anche ECO reni che evidenziava: volume e rapporto corticomidollari ridotti bilateralmente. Veniva sottoposto a terapia con desmopressina (DDAVP) al dosaggio di 4 mcg in fl im per 2 volte al giorno con riduzione del volume urinario alla dimissione a circa 4000 cc al giorno e diminuzione anche della polidipsia. La diagnosi alla dimissione fu: diabete insipido nefrogenico acquisito con lieve insufficienza renale cronica in corso di trattamento cronico con litio.

Conclusioni: gli autori in questo lavoro hanno voluto riportare due casi di diabete insipido nefrogenico acquisito in corso di trattamento cronico con litio e tutto ciò per evidenziare l'importanza di uno *screening* della funzionalità del rene in corso di trattamento con litio prima e durante la terapia.

Gli esami specifici da eseguire dovrebbero essere i seguenti: azotemia, creatinina, clearance della creatinina, es. urine completo e urinocultura, pH urinario, osmolarità urinaria, sodiemia e sodiuria, bicarbonaturia, test di concentrazione urinaria, proteinuria e se questa > 150 mg/24 h elettroforesi delle proteine urinarie e in presenza di proteine urinarie con PM > 70000 (albumina e globulina) si potrà parlare di sofferenza glomerulare, se con PM < 50000 (beta2 globulina e lisozima) di sicura sofferenza tubulare, ECO reni.

P71. Predittori di benessere soggettivo nel disturbo bipolare

P. Staffa, M. Reale, P. Rizza, P. Gentile, R. Gaetano, F. Giannini, P. De Fazio

UO e Scuola di Specializzazione in Psichiatria Dipartimento di Scienze della Salute, Università "Magna Graecia" di Catanzaro

Introduzione: il benessere soggettivo (BS) è riconosciuto come moderno indicatore di funzionamento del paziente psicotico, utile per comprenderne aderenza alla terapia e qualità della vita. Nel presente studio, condotto su un campione di pazienti affetti da disturbo bipolare, il BS viene valutato in relazione a: capacità emozionale, condizione clinica, eventi di vita e terapia del paziente.

Metodi: il disegno dello studio ha previsto oltre alla raccolta di informazioni clinico-anamnestiche la somministrazione dei seguenti strumenti: BPRS, CGI-BP e *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20). Modelli di regressione lineare multipla con metodologia *stepwise* sono stati costruiti per identificare possibili predittori di BS valutato con SWN (*Subjective Well - Being Under Neuroleptic Treatment*).

Risultati: i risultati, relativi a 33 pazienti ambulatoriali con diagnosi di disturbo bipolare (DSM-IV-TR), indicano come predittori di BS l'associazione terapeutica tra antipsicotico atipico e stabilizzante dell'umore rispetto alla sola terapia antipsicotica, l'assenza di ideazione suicidaria, una minore difficoltà a esprimere le proprie emozioni e un peggior adattamento familiare. Inoltre tra i modelli relativi alle sottoscale del SWN è possibile evidenziare come un miglior funzionamento fisico sia associato oltre che all'assenza di ideazione suicidaria anche al sesso maschile, all'esordio acuto e a un miglior funzionamento interepisodico.

Conclusioni: sono ipotizzabili molteplici predittori di BS non solo relativi alle caratteristiche cliniche ma anche a quelle di tipo adattativo e relazionale.

Bibliografia

Altamura AC, Marinaccio PM, Nocito EP, et al. *Subjective well-being nel disturbo bipolare: uno studio prospettico preliminare*. Giorn It Psicopatol 2011;1:48-53.

Gutiérrez-Rojas L, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, et al. *Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample*. Bipolar Disord 2008;10:625-34.

Lambert M, Schimmelmann BG. *Prediction of remission as a combination of symptomatic and functional remission and adequate subjective well-being in 2960 patients with schizophrenia*. J Clin Psychiatry 2006;67:1690-7.

P72. Studio osservazionale con valutazione a medio e lungo termine (due anni) dell'esito dei trattamenti farmacologici. Percorsi terapeutici e aspetti farmacologici economici

A. Strati, A.F. Buchignani, D. D'Epiro, M. Falcone, M. Strati, A. Filippo, G. Lupi

Dipartimento Salute Mentale, ASP Cosenza, SPDC PO "Beato Angelo", Aciri (CS)

Introduzione: in questo studio di natura osservazionale sono stati seguiti in SPDC 50 pazienti ricoverati, di cui 29 maschi età media 44 anni e 21 femmine età media 49 anni omogeni per età e gravità delle patologie. Scopo dello studio è stato quello di verificare oltre l'efficacia dei trattamenti farmacologici, le ricadute in termini di costi/benefici rapportate come riferimento al tasso di riospedalizzazione.

Metodi: l'osservazione è stata condotta per un periodo di due anni, attraverso la valutazione clinica e la somministrazione periodica delle scale MOAS, BPRS (S WN-BSI-DAI- 30) I farmaci usati sono stati gli antipsicotici atipici risperidone, olanzapina, quetiapina, aripiprazolo e in alcuni casi la clozapina.

Risultati: la valutazione nel medio e lungo termine di questi pazienti conferma il progressivo miglioramento del quadro clinico espresso in termini di buon compenso fisico e ridotto tasso di ricadute.

Conclusioni: la nuova strategia d'intervento attraverso una faticosa e costante opera di monitoraggio e di presenza diretta sul territorio, in stretta collaborazione con i servizi, hanno garantito un netto miglioramento in termini economici e riqualificata la rete di liason psichiatrica pubblica.

Bibliografia

Amaddeo F, Bonizzato P, Tansanella M, *Valutare i costi in psichiatria*, Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2002.

Cipriani A, Gddes JR. *Comparison of systematic and narrative reviews; the example of the atypical antipsychotics*. Epidem Psichiatri Soc 2003;12:146-53.

P73. Il modello interazione gene-ambiente nello sviluppo delle psicosi: risultati preliminari dello studio europeo EU-GEI (European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions) a Bologna

I. Tarricone¹, M. de Gregorio², M. Marseglia², L. Chiri³, T. Marcacci⁴, D. Berardi⁵

¹ Ricercatrice in Psichiatria, responsabile Centro Studi Ricerche Bologna Transcultural Psychiatric Team Università di Bologna, Dirigente medico CSM Scalo DSM, Ausl Bologna1; ² Laureanda in Medicina e Chirurgia, Bologna Transcultural Psychiatric Team, Università di Bologna, ³ Assegnista di Ricerca, Bologna Transcultural Psychiatric Team dell'Università di Bologna, Alma Mater Studiorum Università di Bologna; ⁴ Psicologo psicoterapeuta, Bologna Transcultural Psychiatric Team Università di Bologna; ⁵ Professore Ordinario di Psichiatria, Bologna Transcultural Psychiatric Team Università di Bologna, Direttore CSM Ovest Ausl Bologna

Introduzione: il modello interazione gene-ambiente nello sviluppo delle psicosi prevede che fattori genetici e fattori psicosociali (traumi infantili, migrazione, abuso di cannabis) convergano nel determinare la suscettibilità alla psicosi. Lo studio EU-GEI ha l'obiettivo di studiare queste interazioni.

Metodi: a Bologna lo studio è iniziato il 1 gennaio 2011. Tutti i pazienti giunti ai servizi con esordio (assenza di precedente trattamento per psicosi e diagnosi ICD-10 F20-F29, F30-F33) sono stati indicizzati con scheda PEP (Progetto Esordio Psicotico) e valutati per l'inserimento nel progetto.

Risultati: dai primi risultati l'incidenza stimata per i migranti è circa il doppio che nei nativi. Circa un quarto dei pazienti fa uso di sostanze, in particolare cannabis. Circa un quinto dei pazienti ha subito la morte o separazione dei genitori e quasi la metà del campione riporta conflitti familiari e problemi economici durante l'infanzia e più di ¼ dei pazienti riferisce la mancanza di figure di riferimento.

Conclusioni: la realizzazione del progetto EU-GEI contribuirà a meglio disvelare i meccanismi di interazione tra fattori genetici, biologici e sociali nello sviluppo delle psicosi. Da un punto di vista clinico, consentirà la formulazione di una "carta del rischio", di facile applicazione clinica, per la mappatura dei fattori ambientali di vulnerabilità, sui quali saranno costruiti interventi precoci mirati ed efficaci.

P74. Correlati neuropsicologici del disturbo bipolare, focus sulle funzioni esecutive e sul legame con rabbia e impulsività

D. Tedeschi, M. Di Nicola, G. Martinotti, A. Bruschi, C. Battaglia, O. De Vita, G. Pozzi, L. Janiri

Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

I disturbi della sfera bipolare rappresentano una delle sfide metodologico-cliniche più significative in termini di predizione dell'*outcome* e dell'andamento di malattia.

Diversi studi si sono occupati di delineare i *deficit* cognitivi maggiormente presenti in questa popolazione clinica, con risultati dibattuti. La ricerca sul funzionamento cognitivo e sulle variabili psicopatologiche a esso associate è complicata dal

fatto che il disturbo bipolare presenta elevate percentuali di comorbidità con altri disturbi, primi fra tutti i disturbi da uso di sostanze e i disturbi di personalità.

Obiettivo principale del presente studio è stato quello di delineare il profilo neuropsicologico di un gruppo di pazienti con disturbo bipolare (n = 30) in fase di remissione di malattia che non presentavano comorbidità con altri disturbi di Asse I e II (DSM-IV-TR). Per lo scopo, sono stati confrontati con 30 soggetti non clinici omogenei al gruppo sperimentale per caratteristiche socio-demografiche. La nostra attenzione si è focalizzata sulle funzioni esecutive e sull'eventuale associazione con due variabili psicopatologiche, l'impulsività e la rabbia. Queste ultime dimensioni, che caratterizzano il quadro clinico del disturbo bipolare, sembrano essere modulate proprio dal sistema esecutivo. Per la valutazione neuropsicologica sono state somministrate una serie di prove selezionate in seguito a una accurata rassegna in letteratura degli strumenti di maggiore impiego. La BIS-11 e la STAXI sono state utilizzate per indagare i livelli di impulsività e di rabbia.

P75. Uso di cannabis e cortisolo salivare in soggetti all'esordio psicotico

A. Tomassini^{1,2}, F. Rotella¹, M. Casacchia^{1,2,3}, R. Pollice^{1,2,3}

¹ Dottorato di Ricerca in Medicina Traslazionale, Dipartimento di Medicina della Salute, ² "Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per le Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani" (SMILE), ³ Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura a Direzione Universitaria, Dipartimento di Medicina della Salute, Università de L'Aquila

Introduzione: l'uso di cannabis sembra determinare un aumento dose-dipendente dei livelli plasmatici di cortisolo¹. Alti livelli di cortisolo ematico sono stati rilevati anche in soggetti all'esordio psicotico e in quelli con un alto rischio di psicosi^{2,3}. Nei soggetti di sesso maschile all'esordio è stata osservata una moderata risposta del cortisolo al risveglio. Lo scopo dello studio è valutare, in una popolazione all'esordio psicotico, le implicazioni dell'uso di cannabis sulle concentrazioni di cortisolo salivare, tenendo conto di quadro psicopatologico, gravità del disturbo e grado di funzionamento globale.

Metodi: i soggetti afferenti consecutivamente al Servizio SMILE con esordio psicotico o Stato Mentale a Rischio (SMR) sono stati valutati con la *Symptom Checklist-90*, la *Clinical Global Impression Severity* e la scala di Valutazione del Funzionamento Globale. È stata determinata la presenza dell'uso di cannabis nel mese precedente. La valutazione del cortisolo salivare è stata effettuata in tre tempi: al mattino prima di alzarsi dal letto, 30 minuti dopo essersi svegliati e alle ore 20.00.

Risultati: sono stati reclutati 20 soggetti all'esordio psicotico o con SMR. Al momento attuale non sono disponibili risultati preliminari in quanto è ancora in corso l'analisi del cortisolo salivare.

Conclusioni: in base ai dati di letteratura si prevedono differenze significative per le variabili studiate nei soggetti all'esordio psicotico che utilizzano cannabis rispetto ai non utilizzatori. Lo studio permetterà, quindi, di migliorare le conoscenze sulla relazione tra iperattivazione dell'asse HPA e uso di cannabis in soggetti all'esordio.

Bibliografia

- ¹ Ranganathan M, Braley G, Pittman B, et al. *The effects of cannabinoids on serum cortisol and prolactin in humans*. *Psychopharmacology* 2009;203:737-44.
- ² Thompson KN, Phillips LJ, Komesaroff P, et al. *Stress and HPA-axis functioning in young people at ultra high risk for psychosis*. *J Psychiatry Res* 2007;41:561-9.
- ³ Pruessner M, Boekestyn L, Bécharde-Evans L, et al. *Sex differences in the cortisol response to awakening in recent onset psychosis*. *Psychoneuroendocrinology* 2008;33:1151-4.

P76. Il vissuto soggettivo del recovery

A. Tosone, C. Di Venanzio, R. Pollice, R. Roncone

Scuola di Specializzazione in Psichiatria; ¹ Dipartimento di Scienze della Salute, Università de L'Aquila

Introduzione: la de-istituzionalizzazione e lo sviluppo di un sistema di supporto comunitario hanno condotto alla formulazione del concetto *recovery*: modo di vivere una vita soddisfacente, di speranza e partecipazione anche in presenza di malattia. Il *recovery* riconosce in sé caratteristiche fondamentali quali fiducia in se stessi e speranza, disponibilità a chiedere aiuto, orientamento a obiettivi e al successo, fiducia negli altri, la capacità di non sentirsi dominati dai sintomi. Scopo del nostro lavoro era quello di indagare le attitudini al *recovery* e le correlazioni con il funzionamento sociale, e l'*insight*.

Materiali e metodi: 20 utenti affetti da malattia mentale grave ricoverati presso lo SPUDC de L'Aquila sono stati sottoposti a valutazione psicopatologica attraverso PANSS, BPRS e a valutazione del funzionamento sociale attraverso VGF, PSP, LSP. La dimensione soggettiva è stata indagata attraverso scale *self-report*: *insight*, DAI, e le attitudini al *recovery* con la RAS.

Risultati: più alti punteggi alla RAS vengono riportati nella dimensione "obiettivi e orientamento al successo" e "disponibilità a chiedere aiuto"; mentre "la capacità di non sentirsi dominati dai sintomi", meno rappresentata, correla negativamente con la consapevolezza di malattia e il ri-etichettamento dei sintomi. Non emergono correlazioni fra le dimensioni del *recovery* indagate con la RAS né con le dimensioni psicopatologiche né con quelle del funzionamento.

Conclusioni: lo sguardo soggettivo al *recovery* evidenzia un atteggiamento di speranza e di disponibilità a ricevere aiuto, mentre la consapevolezza di malattia sembrerebbe un ostacolo alla "capacità di non sentirsi dominati dai sintomi". Il *recovery* è da considerare una potenzialità del soggetto che deve trovare il contesto in cui esprimersi; si rendono necessari ulteriori studi su come l'atteggiamento del singolo si inserisca in quello sociale.

Bibliografia

- Anthony WA. *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s*. *Innovations and Research* 1993;2:17-24.
- Roe D. *The subjective experience of people with severe mental illness: a potentially crucial piece of the puzzle*. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2005;42:223-30.

P77. Clozapina e incremento ponderale: un binomio scindibile?

A. Tridente, A. Iannone, A. La Rocca, A. Mirabella, M. Petrosino, A. Siciliano, G. Fiore

UO Salute Mentale DS67, Dipartimento Salute Mentale, ASL Salerno

La clozapina è riconosciuta come antipsicotico di elevata efficacia nella schizofrenia farmacoresistente tuttavia il suo utilizzo appare frequentemente limitato da gravosi effetti collaterali (neutropenia, miocardite, incremento ponderale, sindrome metabolica). Alcuni autori hanno recentemente evidenziato che un numero significativo di pazienti (pz) non subisce un incremento ponderale e alcuni addirittura dimagriscono. Al fine di verificare tale ipotesi in maniera naturalistica, 21 pz (M 12, F 9) in trattamento con clozapina a dosaggi terapeutici (300-600 mg.) sono stati sottoposti a misurazione del peso corporeo e della circonferenza vita con cadenza mensile per il primo anno di terapia. Durante tale periodo il peso corporeo è rimasto immutato in 1 pz, è aumentato in 7, mentre in 13 casi si è osservata una diminuzione. Si è inoltre riscontrata una differenza media ponderale di -0,6 kg in assenza di sensibili variazioni della circonferenza vita. Tali evidenze suggeriscono che: i) monitorare il peso corporeo in maniera regolare insieme a un intervento psicoeducativo può limitare l'incremento ponderale; ii) i pz che rispondono meglio alla terapia (data la correlazione tra obesità-funzionamento sociale-sintomi negativi), tendano a condurre uno "stile di vita" più salubre; iii) vista l'elevata efficacia nei pazienti farmacoresistenti, il possibile aumento di peso per se non va preventivamente considerato determinante nella scelta della clozapina come trattamento.

P78. Alterazioni volumetriche di sostanza grigia in pazienti affetti da schizofrenia e fratelli non affetti rispetto a controlli sani, valutate mediante VBM: un probabile effetto della suscettibilità genetica alla malattia

S. Trizio¹, A. Di Giorgio^{1,2}, E. D'Ambrosio¹, B. Gelao¹, I. Andriola¹, P. Taurisano¹, L. Fazio¹, T. Quarto¹, T. Popolizio², G. Caforio¹, G. Blasi¹, M. Nardini¹, A. Bertolino^{1,2}

¹ Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Bari; ² IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo (FG)

Non è chiaro se le anomalie strutturali cerebrali nella schizofrenia siano causate da fattori genetici e/o da fattori correlati alla malattia. Scopo del presente studio è stato quello di valutare se esistono alterazioni del volume di sostanza grigia attribuibili alla suscettibilità genetica alla schizofrenia. A tal proposito abbiamo studiato 65 pazienti con schizofrenia (DSM-IV-TR), 45 fratelli non affetti e 69 soggetti sani, di comparabili caratteristiche socio-demografiche, con risonanza magnetica strutturale (magnete 3T; sequenza T1 SPGR, 124 fette sagittali di 1,3 mm di spessore). L'analisi di morfometria basata sul voxel è stata effettuata in SPM8 utilizzando l'algoritmo DARTEL. I risultati hanno dimostrato un effetto della diagnosi sul volume di sostanza grigia tale che i pazienti con schizofrenia hanno ridotto volume nel talamo, nel cervelletto, nella corteccia prefrontale e nell'insula rispetto ai soggetti sani. I fratelli non affetti, come

i pazienti, mostrano ridotto volume di sostanza grigia nel cervelletto e nell'insula, mentre hanno volume intermedio rispetto ai pazienti e ai soggetti sani in corteccia prefrontale (rischio relativo: s 1.1-2.3). Nel complesso questi dati suggeriscono che alcune variazioni volumetriche di sostanza grigia nei pazienti con schizofrenia potrebbero essere legate alla suscettibilità genetica alla malattia, mentre altre sono alterazioni correlate allo stato di malattia.

P79. Traumi infantili e psicosi. Studio sulla prevalenza del bullismo in un campione di soggetti al primo episodio psicotico e controlli sani

A. Trotta^{1,5}, M. Di Forti¹, C. Morgan², P. Dazzan¹, C. Pariante¹, A. Mulè³, C. La Cascia³, D. La Barbera³, R.M. Murray¹, H.L. Fisher⁴

¹ Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, King's College London, UK; ² Health Services and Population Research, Institute of Psychiatry, King's College London, UK; ³ Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo; ⁴ MRC Social, Genetic and Developmental Psychiatry Centre, Institute of Psychiatry, King's College London, UK; ⁵ Dipartimento di Scienze Pedagogiche e Psicologiche, Università di Messina

Introduzione: numerose evidenze in letteratura suggeriscono un'associazione significativa tra traumi infantili e psicosi, tuttavia lo specifico ruolo del bullismo nell'eziopatogenesi di tali disturbi è tuttora controverso¹⁻³. Obiettivo dello studio è esaminare la prevalenza di esperienze di bullismo tra pazienti al primo esordio psicotico e un campione di soggetti sani.

Metodi: il campione è composto da 227 pazienti reclutati al primo accesso per episodio psicotico presso *South London e Maudley Mental Health NHS Foundation Trust* (London, UK) e 215 controlli provenienti dalla stessa area geografica. Le informazioni relative alle esperienze di bullismo sono state raccolte con la *Brief Life Events schedule*. Le analisi statistiche sono state effettuate utilizzando la regressione lineare.

Risultati: nei soggetti al primo episodio psicotico la probabilità di aver vissuto esperienze di bullismo è due volte più elevata rispetto ai controlli sani (OR 2,55; $p < 0,001$). Si evidenzia altresì un'associazione significativa tra bullismo e assenza di familiarità per patologie psichiatriche (OR 5,58; $p < 0,001$). È possibile rilevare un trend, seppur non statisticamente significativo, tra esperienze di bullismo e diagnosi di disturbo della condotta tra i casi e presenza di almeno un sintomo simil-psicotico tra i controlli.

Conclusioni: i nostri risultati depongono a favore di un'associazione tra esperienze di bullismo e psicosi. Data la rilevanza transculturale di tale fenomeno, tali analisi verranno replicate successivamente su un campione italiano.

Bibliografia

- Arseneault L, et al. *Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study*. Am J Psychiatry 2011;168:65-72.
- Fisher HL, et al. *The varying impact of type, timing, and frequency of exposure to childhood adversity on its association with adult psychotic disorder*. Psychological Medicine 2010;40:1967-78.
- Kelleher I, et al. *Associations between childhood trauma, bullying, and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample*. Br J Psychiatry 2008;193:378-82.

P80. Attività fisica nel paziente psichiatrico

N. Vaccargiu, D. Primavera, B. Carpinello

Dipartimento di Sanità Pubblica, Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari

Introduzione: sempre più dati in letteratura mostrano i benefici dell'attività fisica sulla salute dei pazienti psichiatrici. Il nostro studio si propone di valutare preferenze, grado di impegno fisico, livello di motivazione e ostacoli percepiti che impediscono lo svolgimento di un'attività fisica maggiormente regolare nei pazienti affetti da patologia psichiatrica.

Materiali e metodi: il nostro campione è costituito da 131 pazienti randomizzati dai registri della Clinica Psichiatrica dell'Università di Cagliari. Sono stati raccolti dati clinici e anagrafici di ciascun paziente ed è stato loro somministrato un questionario di 15 domande. Il campione è stato diviso in macroaree diagnostiche; la prima area (n = 81; 60,9%) comprende pazienti affetti da disturbo bipolare e disturbi psicotici. La seconda area comprende pazienti affetti da depressione, ansia, DCA e abuso/dipendenze (n = 52; 39,1%).

Risultati: il 52,7% del campione (n = 69) è risultato avere un indice di massa corporea superiore a 25, a conferma della tendenza al sovrappeso e all'obesità nella popolazione psichiatrica che è risultato essere secondario sia alle terapie praticate che a un generale scarso impegno fisico per via di un basso livello di motivazione, sebbene la maggioranza dei pazienti riconosca l'importanza dell'attività fisica per la propria salute fisica e mentale.

Conclusioni: risultano perciò opportuni interventi di tipo psicoeducativo volti a motivare l'adozione di stili di vita salutari compresa la cura della attività fisica. La natura stessa del disturbo e le terapie praticate spiegano i principali ostacoli percepiti dai pazienti per lo svolgimento dell'attività fisica, per cui in ambito terapeutico è importante garantire il più possibile una condizione di eutimia e limitare l'uso di farmaci che diano maggiore astenia e sedazione.

P81. Strumenti di assessment clinico nei pazienti con disturbi dell'umore: divergenze tra auto ed eterovalutazione

G. Vanni, M. Grassi, E. Folliero, D. Caldirola, G. Perna

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Casa di Cura Villa S. Benedetto Menni, Albese con Cassano, Como

L'utilizzo di strumenti psicometrici per la valutazione della gravità sintomatologica e del funzionamento psicosociale dei soggetti sono particolarmente diffusi in psichiatria sia in ambito clinico sia in ambito di ricerca. Alcuni strumenti si basano su di un'auto-valutazione soggettiva operata direttamente dal paziente, mentre altri si basano su di un giudizio esterno compiuto dall'osservatore-valutatore. Lo scopo di questo studio è quello di indagare il grado di convergenza di quattro valutazioni cliniche, effettuate all'inizio del ricovero presso il nostro dipartimento, in una popolazione di soggetti con disturbo depressivo maggiore e con disturbo bipolare (episodio depressivo in atto). Due strumenti valutativi sono di tipo auto-somministrato (WHOQOL-Breve: Questionario sulla Qualità di Vita e *Beck Depression Inventory*) e altri due si basano su punteggi attribuiti da un clinico valutatore (Valutazione Globale del Funzionamento e *Brief Psychiatric Rating Scale*). Le analisi mostrano una

correlazione significativa nei punteggi di entrambe le coppie di strumenti che condividono la medesima modalità. Al contrario, non emerge nessuna correlazione significativa quando si indagano le relazioni tra strumenti auto-somministrati e strumenti basati su una valutazione effettuata da parte del clinico.

Questi risultati suggeriscono l'importanza di utilizzare entrambe le modalità di valutazione clinica per ottenere un più completo *assessment* che prenda in considerazione anche le dimensioni soggettive di auto percezione di ogni paziente.

P82. Livelli dei peptidi beta-amiloidei plasmatici nei pazienti depressi bipolari

A. Veltri, C. Vizzaccaro, I. Moroni, M. Cecchini, C. Cerliani, I. Di Noi, M. Corsi, I. Pergentini, A. Piccinni

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

Introduction: patients with mood disorders present greater risk of dementia and of cognitive decline. Low levels of A β 42 and an elevated A β 40/A β 42 ratio have been associated with the risk of cognitive decline and dementia and have been reported also in geriatric patients suffering from depression. The present study proposes to compare plasmatic levels of β -amyloid in a sample of patients with bipolar depression and a sample of healthy subjects, and to correlate the characteristics of the course of patients' illness with levels of β -amyloid.

Methods: levels of A β 40 and A β 42 were measured using specific ELISA kits in 16 patients with bipolar depression and in 16 healthy control subjects.

Results: the patients presented significantly lower plasmatic A β 42 levels compared to the controls and a higher A β 40/A β 42 ratio. Moreover, a statistically significant negative correlation emerged between average A β 42 plasmatic levels and the duration of the illness, and a positive correlation emerged between the A β 40/A β 42 ratio and number of affective episodes. The subgroup of depressed subjects with MMSE < 24 presented significantly higher A β 40/A β 42 and A β 40 values as well as higher HRSD score and number of affective episodes.

Conclusions: further research is necessary to understand whether A β -mediated neurotoxicity has a physiological role in mood disorders that may influence the increased risk of dementia and cognitive decline found in bipolar patients.

P83. Benessere percepito e risposta al trattamento: studio di confronto fra utenti al primo episodio psicotico e con decorso continuo

L. Verni, R. Roncone, A. Tomassini, R. Pollice

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Scienze della Salute, Università de L'Aquila

Introduzione: negli ultimi anni gli studi relativi al legame fra miglioramento del benessere percepito ed efficacia clinica degli interventi precoci, riportano risultati convergenti, suggerendo l'importanza di ottenere una aderenza alla terapia farmacologica come variabile fondamentale di esito positivo, con il ricorso all'impiego di farmaci antipsicotici di nuova generazione^{1,2}. Lo scopo dello studio è quello di valutare la risposta al trattamento farmacologico con antipsicotici atipici (ATPsA), in termini di

efficacia clinica e di benessere percepito soggettivamente, in un campione di soggetti all'esordio di un disturbo schizofrenico e in un campione di soggetti schizofrenici con decorso continuo. Lo studio si propone inoltre di individuare variabili correlate a una migliore percezione del benessere soggettivo.

Metodi: sono stati valutati 56 soggetti (29 maschi e 27 femmine) di età compresa tra 18 e 40 anni, afferenti consecutivamente presso il Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani (SMILE) e presso l'ambulatorio di Psichiatria Generale del PO "S. Salvatore" di L'Aquila, rispettivamente al primo episodio di un disturbo schizofrenico e con decorso continuo. I soggetti appartenenti al campione in esame hanno assunto un trattamento con ATPsA in monoterapia e a dosaggi equivalenti. Sono stati utilizzati i seguenti strumenti di valutazione al *baseline* (T0): scheda di valutazione dei dati anamnestici; PANSS; PSP; CGI-S; DAI-10. Al *follow-up* semestrale (T1) sono state ripetute le valutazioni cliniche e funzionali ed è stata somministrata la scala SWN-20.

Risultati: il campione totale è stato suddiviso in due gruppi, ambedue costituiti di 28 soggetti, in base alla condizione di primo episodio schizofrenico (FEP) o di decorso continuo (EP+). Al termine dei 6 mesi sono stati valutati gli esiti, verificando la presenza del miglioramento psicopatologico nei due gruppi in esame, più significativo nel gruppo FEP per la dimensione negativa, per gli indici di gravità e per quelli di funzionamento. In merito alla risposta al trattamento in termini di benessere percepito, è emerso che i soggetti al primo episodio psicotico hanno una migliore percezione del proprio funzionamento mentale e delle capacità di integrazione sociale. Inoltre, il valore della SWN totale risulta sensibilmente maggiore in soggetti che hanno effettuato un intervento terapeutico con minore ritardo e che risultano avere conseguito un miglioramento clinico e funzionale più evidente.

Conclusioni: nella valutazione degli indici di benessere percepito e di risposta clinica al trattamento farmacologico, i risultati emersi nel nostro studio mostrano una efficacia degli antipsicotici atipici, con esiti migliori nel campione di soggetti all'esordio e sembra sostenere la validità di efficacia nel riconoscimento e nella gestione precoce dei disturbi psicotici.

Bibliografia

- 1 Uzenoff SR, Brewer KC, Perkins DO, et al. *Psychological well-being among individuals with first-episode psychosis*. Early Interv Psychiatry 2010;4:174-81.
- 2 Lambert M, Schimmelmann, Naber D, et al. *Differential 3-year effects of first-versus second-generation antipsychotics on subjective well-being in schizophrenia using marginal structural models*. J Clin Psychopharmacol 2011;31:226-30.

P84. Studio di neuroimmagine a elevata risoluzione temporale sull'anedonia anticipatoria in soggetti con schizofrenia

A. Vignapiano, A. Mucci, U. Volpe, E. Merlotti, V. Montefusco, P. Romano, G. Plescia, M. Rocco, S. Galderisi, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

I pazienti affetti da schizofrenia spesso mostrano anedonia, ossia una ridotta capacità di esperire il piacere, ma alcuni

studi hanno riportato soprattutto un'anedonia anticipatoria. Nel nostro studio, abbiamo indagato i *pattern* di attivazione cerebrale in risposta all'anticipazione di una gratificazione (vincita) e di una punizione (perdita) e al *feedback* sull'esito. I potenziali evento-correlati (ERPs) sono stati registrati durante l'esecuzione del *Monetary Incentive Delay task* in 24 pazienti affetti da schizofrenia e 14 soggetti sani. I pazienti con schizofrenia avevano punteggi più bassi alle scale cliniche che valutavano l'anticipazione del piacere e la sensibilità alla punizione/gratificazione e punteggi più alti per l'anedonia, rispetto ai controlli. L'ampiezza della componente negativa degli ERPs in relazione all'anticipazione era ridotta nei pazienti ed era inversamente correlata ai punteggi alla scala che valutava l'anticipazione del piacere. Solo nei controlli l'ampiezza di tale componente discriminava l'anticipazione della punizione dalle altre condizioni. Inoltre, solo nei controlli la componente negativa in relazione al *feedback* era più ampia per la vincita, rispetto agli altri esiti ed era inversamente correlata all'esperienza del piacere.

I pazienti con schizofrenia mostrano anomalie degli ERPs che riflettono una difficoltà a discriminare l'anticipazione del piacere dalla perdita, nonché a registrare efficacemente la gratificazione ottenuta.

P85. Beta- amiloide plasmatica come predittore di risposta alla TEC in un campione di depressi bipolari

C. Vizzaccaro, I. Moroni, A. Veltri, M. Cecchini, M. Corsi, I. Pergentini, C. Cerliani, A. Piccinni

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

I disturbi dell'umore sono associati a *deficit* cognitivi e al rischio di demenza. Nella malattia di Alzheimer (AD) la β -amiloide ($A\beta$) e i suoi peptidi solubili hanno un ruolo neurotossico. Una riduzione di $A\beta_{42}$, un aumento di $A\beta_{40}$ e un aumento del rapporto $A\beta_{40}/A\beta_{42}$ sono stati riscontrati nel plasma di pazienti a rischio di AD e in pazienti depressi, soprattutto anziani. I livelli plasmatici di $A\beta_{40}$, $A\beta_{42}$ e del rapporto $A\beta_{40}/A\beta_{42}$ sono stati valutati in un campione di 25 pazienti affetti da depressione bipolare farmacoresistente, correlandoli alla risposta alla terapia elettroconvulsivante (TEC) e alle caratteristiche del quadro psicopatologico e cognitivo (HRSD-21, MMSE, CGI) prima e dopo il ciclo di TEC (T0 e Tf). A T0 e Tf, sono stati valutati i livelli plasmatici di $A\beta_{40}$, $A\beta_{42}$ e il rapporto $A\beta_{40}/A\beta_{42}$. Nonostante non vi siano variazioni significative tra T0 e Tf, esiste una correlazione tra valori più bassi del rapporto $A\beta_{40}/A\beta_{42}$ al T0 e percentuali più elevate di miglioramento della depressione e della compromissione cognitiva al Tf, inoltre, un elevato rapporto $A\beta_{40}/A\beta_{42}$ correla con una maggiore gravità della depressione sia prima che dopo TEC. Al Tf i pazienti *remitters* (HRSD \leq 10) presentavano un rapporto $A\beta_{40}/A\beta_{42}$ significativamente più basso rispetto ai *non remitters*. I risultati suggeriscono che il rapporto $A\beta_{40}/A\beta_{42}$ è predittivo della risposta al trattamento, con valori più elevati che si associano a miglioramenti minori sia sul piano depressivo che cognitivo.

P86. Sintomi negativi nella schizofrenia in fase stabile: implicazioni sugli esiti funzionali nella vita reale

S. Zappia, I. Bava, F. Berardo, C. Montemagni, L. Sandei, M. Sigauco, P. Rocca

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Introduzione: numerosi dati dimostrano un'associazione, in pazienti con diagnosi di schizofrenia, tra la presenza di sintomi negativi e un peggiore funzionamento nella vita reale^{1,2}. I sintomi negativi sono riconducibili a più sottodomini sintomatologici, collegati tra loro, ma sottesi da diversi substrati neurobiologici. Recentemente diversi Autori hanno proposto che tali domini abbiano un diverso impatto sugli esiti funzionali; i domini che risultano maggiormente implicati sono l'avolizione e la ridotta espressività, mentre contrastanti sono i risultati riguardo all'anedonia¹. L'obiettivo del presente studio è indagare la relazione tra i diversi domini della sintomatologia negativa e l'*outcome* funzionale in un campione di pazienti con diagnosi di schizofrenia in fase stabile di malattia.

Metodi: abbiamo condotto una valutazione trasversale su 73 soggetti ambulatoriali reclutati presso la Clinica Psichiatrica Universitaria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino, e il Dipartimento di Salute Mentale Interaziendale ASL 1, Molinette di Torino. Ai pazienti sono state somministrate scale di valutazione della gravità della sintomatologia (CGI, SAPS), dei sintomi depressivi (CDSS), del funzionamento socio-lavorativo (PSP) e della qualità di vita (QLS). I sintomi negativi sono stati valutati tramite la SANS, che comprende 5 sottoscale: ot-

tundimento affettivo, alogia, abulia, anedonia e deficit attentivo. Abbiamo inserito i punteggi delle sottoscale della SANS in un modello di regressione multipla *stepwise*, utilizzando i punteggi alla PSP e alla QLS come variabili dipendenti, al fine di valutare il contributo indipendente di ciascuna sottoscala agli esiti funzionali nella vita reale.

Risultati: il punteggio della PSP è influenzato in modo significativo dai punteggi della SANS-sottoscala avolizione ($\beta = -.316$, $p = .019$) e sottoscala anedonia ($\beta = -.298$, $p = .033$), con una varianza spiegata del 25%. L'anedonia risulta l'unica sottoscala significativamente associata alla QLS-relazioni interpersonali ($\beta = -.711$, $p = .000$), con una varianza spiegata del 51%, mentre la QLS-fondamenti intrapsichici è correlata sia alla sottoscala anedonia ($\beta = -.342$, $p = .003$) che alla sottoscala avolizione ($\beta = -.273$, $p = .013$), con una varianza spiegata del 50%.

Conclusioni: secondo i nostri risultati preliminari, sembrerebbe che l'anedonia e l'avolizione siano i soli domini della sintomatologia negativa che contribuiscono all'*outcome* funzionale; in particolare, nella presente analisi il funzionamento e la qualità di vita sono stati valutati tramite strumenti quali la PSP e la QLS che forniscono informazioni sulle *performance* personali e sociali e la cura di sé nella vita reale dell'individuo.

Bibliografia

- 1 Foussias G, Remington G. *Negative symptoms in schizophrenia: Avolition and Occam's Razor*. Schizophr Bull 2010;36:359-69.
- 2 Kirkpatrick B, Fenton WS, Carpenter WT Jr, et al. *The NIMH-MATRICES Consensus Statement on Negative Symptoms*. Schizophr Bull 2006;32:214-9.

GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012 – ORE 13,50-15,50

SALA: POSTERS SESSION

SECONDO GRUPPO

Disturbo Depressivo – Disturbi d'Ansia – Disturbo Ossessivo Compulsivo – Disturbi della Condotta Alimentare – Alessitimia – Psicopatologia legata a Stress – Psicosomatica – Disturbi Somatoformi – Psichiatria e Medicina Generale

P87. Effectiveness del trattamento farmacologico nel disturbo depressivo maggiore

V. Accardi, A. Amerio, C. Di Vittorio, A. Montali

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Parma

Introduzione: il disturbo depressivo maggiore è una delle malattie più diffuse, con una prevalenza annua del 4% e una prevalenza *lifetime* del 15%. Obiettivo della seguente indagine è quello di individuare i più importanti fattori di rischio che frequentemente sono predittivi di non responsività alla terapia farmacologica e di evidenziare le caratteristiche cliniche che risentono di un maggior peggioramento.

Materiali e metodi: i 65 pazienti selezionati, di età compresa tra 18 e 65 anni e diagnosi di DDM, sono stati visitati a un T0 (prima visita) e a un T1 (dopo otto settimane), valutati mediante le scale diagnostiche *Hamilton Anxiety Scale*, *Hamilton Depression Rating Scale*, *Global Assessment of Functioning*, *Hopelessness*, e sottoposti a terapia antidepressiva.

Risultati: dalle analisi descrittive è emerso che 34 pazienti su 65 hanno risposto alla terapia. Tra i pazienti che non rispondono al trattamento antidepressivo il 64% è di sesso femminile, presenta anamnesi positiva per *life-events* entro 15 anni, ha una familiarità psichiatrica e assenza di supporto sociale. Ciò si correla a una maggiore gravità di ansia somatopsichica, disturbi cognitivi, variazioni diurne della sintomatologia depressiva e disturbi del sonno.

Conclusioni: i risultati ottenuti sottolineano come un'attenta valutazione clinica e un accurato *follow-up* possano permetterci di intervenire tempestivamente qualora si rendano manifesti i comportamenti predittivi di non responsività alla terapia.

P88. Valutazione dello stile di attaccamento e della personalità nella depressione *post-partum*

F. Aceti, F. Aveni, V. Baglioni, F. Di Lorenzo, N. Giacchetti, I. Marini, V. Meuti, P. Motta, M. Zaccagni, M. Biondi

UOS Igiene Mentale delle Relazioni Affettive e del Post Partum, UOC Psichiatria e Psicofarmacologia, DAI Neurologia e Psichiatria, Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma

La maternità rappresenta un periodo di intensa vulnerabilità per la profonda riorganizzazione della realtà interna/esterna delle donne; alcune possono sviluppare disturbi di natura affettiva. Lo studio si propone di valutare la prevalenza della depressione *post-partum* (DPP), indagare i fattori di rischio psico-sociali, personologici e gli stili di attaccamento al fine di avviare un intervento di prevenzione primaria e secondaria. La ricerca, avviata nel marzo 2009, si articola in due fasi: la prima di *screening*, su donne in prossimità del parto a cui vengono somministrate una Scheda di Rilevazione Dati e la EPDS; la seconda di arruolamento, con presa in carico dei soggetti positivi, ai quali sono somministrate la ECR e il MMPI-2. La diagnosi clinica è effettuata mediante SCID-1. Un sottogruppo di pazienti è sottoposto alla AAI e confrontato con un gruppo di controllo. Delle 453 donne valutate, 92 (20,3%, come in letteratura) sono risultate positive alla EPDS (*cut-off* ≥ 12), 39 arruolate e di queste 15 sono entrate nel gruppo di studio. Sono emersi come fattori di rischio per la DPP la presenza di complicanze gestazionali (53,3%, $p = 0,02$) e un'anamnesi psichiatrica personale positiva (66,6%, $p = 0,03$). Il 66,6% riceve più di una diagnosi di disturbo di personalità (evitante/dipendente + *borderline* o istrionico + dipendente); al *test* MMPI-2 prevalgono profili che confermano una condizione depressiva principalmente reattiva, ansia legata alla corporeità, scarsa capacità di elaborazione dello stress, rigidità e "vallo caratteriale" (Pd, Mf, Pa). Alla TCI-R le pazienti ricevono punteggi più alti nella scala di Evitamento del Danno (HA) e più bassi nelle scale Auto-Direzionalità (SD) e Cooperatività (C) rispetto ai controlli ($p < 0,01$). Inoltre i due gruppi differiscono per i punteggi ottenuti alla BFI nelle scale Nevroticismo ($p < 0,01$), Gradevolezza e Coscienziosità ($p < 0,05$) delineando il profilo prototipico della personalità *borderline*. Alla ECR lo stile di attaccamento "sicuro" risulta essere significativamente presente nel gruppo di controllo rispetto a quello di studio (80%, $p < 0,05$) nel quale prevalgono le dimensioni ansietà ed evitamento, che si distribuiscono nell'ambito dell'attaccamento insicuro e timoroso (area dei funzionamenti *borderline*). All'AAI nelle donne con DPP si apprezza un trend positivo per gli stili di attaccamento insicuro organizzato (33%, prevalentemente preoccupato) e disorganizzato (47%). Le manifestazioni depressive osservate nel nostro campione sembrerebbero riconducibili a caratteristiche di personalità specifiche legate a disturbi della modulazione affettiva e dell'integrazione dell'identità, a suo volta derivabili da esperienze di attaccamento primario insicuro o irrisolto.

L'attivazione, durante la gravidanza, di tali modelli relazionali può agire come fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di sintomi depressivi nel periodo perinatale.

P89. Differenze di genere nel disturbo ossessivo-compulsivo: un possibile sottotipo?

A. Aguglia, U. Albert, F. Barbaro, F. Bogetto, G. Maina

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

Introduzione: i recenti studi scientifici hanno evidenziato l'eterogeneità clinico-psicopatologica che caratterizza il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). A conferma di tale ipotesi, gli autori hanno proposto numerose sottotipizzazioni tra cui il moderno modello dimensionale ¹, il decorso (episodico vs. cronico) ², l'età d'esordio (precoce vs. tardiva) ³, il tipo di comorbidità (tic o disturbo bipolare) ⁴. Infine, in letteratura è stata avanzata l'ipotesi della sottotipizzazione del DOC a seconda del genere ⁵.

Lo scopo dello studio è: a) valutare l'impatto del genere sull'espressione fenotipica del DOC in un ampio campione; b) verificare il ruolo del genere nella sintomatologia OC in relazione a una sottotipizzazione dimensionale.

Metodi: il campione è costituito da 415 pazienti con diagnosi principale di DOC (DSM-IV-TR), afferiti consecutivamente presso il nostro servizio tra il 1995 e il 2010. È stata somministrata un'intervista semistrutturata per rilevare le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei soggetti inclusi. La valutazione clinica è stata completata mediante: 1) Y-BOCS; 2) HAM-D; 3) HAM-A; 4) scala di Paykel; 5) SCID-II. Infine, si è proceduto a dividere il campione in due sottogruppi in relazione al genere.

Risultati: 217 soggetti (52,3%) erano maschi. Questi presentavano un'età d'esordio più precoce sia dei sintomi che del disturbo e una comorbidità maggiore con disturbo bipolare, in particolare con quello di tipo I. Inoltre presentavano un'associazione significativa con ossessioni sessuali e compulsioni di ripetizione. Al contrario, i soggetti di sesso femminile presentavano differenti caratteristiche cliniche: sintomatologia di tipo washer e maggiore comorbidità con depressione minore e disturbi del comportamento alimentare *lifetime*. È stata inoltre rilevata un'associazione significativa tra l'esordio della sintomatologia OC e la presenza di almeno un evento di vita stressante.

Conclusioni: i dati emergenti dalla letteratura sembrano suggerire che il DOC assume caratteristiche peculiari nei due sessi ⁵, ma le differenze riscontrate non supportano al momento l'idea di sottotipizzare il DOC a seconda del genere; tali differenze sembrano piuttosto riferibili ad altri elementi (quali l'età d'esordio) che potrebbero risultare più utili in futuro ai fini dell'identificazione dei fattori genetici e d'ambientali predisponenti e delle strategie più adeguate per ciascun individuo.

Bibliografia

- Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. *A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder*. Am J Psychiatry 2005;162:228-38.
- Tükel R, Oflaz SB, Ozyildirim I, et al. *Comparison of clinical characteristics in episodic and chronic obsessive-compulsive disorder*. Depress Anxiety 2007;24:251-5.

- ³ Taylor S. *Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: Evidence for distinct subtypes*. Clin Psychol Rev 2011;31:1083-100.
- ⁴ Mahasuar R, Janardhan Reddy YC, et al. *Obsessive-compulsive disorder with and without bipolar disorder*. Psychiatry Clin Neurosci 2011;65:423-33.
- ⁵ Torresan RC, Ramos-Cerqueira AT, de Mathis MA, et al. *Sex differences in the phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil*. Compr Psychiatry 2009;50:63-9.

P90. Il fenotipo hoarding nel disturbo ossessivo-compulsivo: influenza del genere

U. Albert, A. Aguglia, A. Chiarle, D. De Cori, G. Maina, F. Bogetto

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

Introduzione: il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è un disturbo eterogeneo. La sindrome *Hoarding*, caratterizzata da accumulo patologico di oggetti insignificanti per l'individuo, è attualmente considerata un sottotipo del DOC¹, ma studi recenti pongono l'attenzione sulle differenze riscontrate tra pazienti con DOC con o senza tale sintomatologia specifica^{2,3}. L'identificazione di una sindrome specifica all'interno dello spettro del DOC potrebbe avere importanti implicazioni terapeutiche e aiutare a identificare sottogruppi omogenei di pazienti per delinearne i fattori genetici e non di vulnerabilità. Dati preliminari sembrano rilevare inoltre un'influenza del genere sull'espressività della sintomatologia *hoarder*¹. Scopo del presente lavoro è analizzare le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti *hoarder* e valutare l'impatto del genere sull'espressione fenotipica del disturbo.

Metodi: sono stati reclutati 388 pazienti con diagnosi principale di DOC (DSM-IV; SCID-I). Sono state rilevate le caratteristiche socio-demografiche e cliniche tramite una intervista semistrutturata impiegata in altri studi. Sono state somministrate inoltre: 1) YBOCS; 2) HAM-D; 3) HAM-A; 4) scala di Paykel; 5) SCID-II. Il campione è stato diviso in due gruppi, in base alla presenza di sintomi *hoarder lifetime* e successivamente in base al genere.

Risultati: sintomi *hoarder* sono presenti nel 18% dei pazienti. I soggetti con sintomi *hoarder* sono caratterizzati da maggiore severità e cronicità dei sintomi ossessivo-compulsivi e maggiore comorbidità con disturbi dell'umore. Riguardo all'influenza del genere: i maschi *hoarders* hanno familiarità più elevata per disturbi dell'umore e comorbidità maggiore con disturbo bipolare; le femmine presentano decorso cronico, un quadro clinico più grave e più complesso (associazione significativa con ossessioni religiose e di simmetria, rituali ripetitivi e di conteggio).

Conclusioni: la presenza di sintomi *hoarder* in pazienti con diagnosi di DOC sembra modificare la presentazione del quadro clinico del disturbo, con aspetti suggestivi di una maggiore gravità. Le differenze rilevate tra i due sessi sembrano suggerire che il genere potrebbe giocare un ruolo importante nella differente presentazione fenotipica. È in discussione l'attuale classificazione della sindrome *hoarder* all'interno della diagnosi di DOC; i nostri dati supportano la proposta di alcuni autori^{4,5} di isolare tale sindrome che avrebbe dignità nosografica autonoma.

Bibliografia

- ¹ Wheaton M, Timpano R, LaSalle-Ricci V, et al. *Characterizing the hoarding phenotype in individuals with OCD: associations with comorbidity, severity and gender*. J Anxiety Disorder 2008;22:243-52.
- ² Saxena S, Ayers CR, Maidment KM, et al. *Quality of life and functional impairment in compulsive hoarding*. J Psychiatr Res 2011;45:475-80.
- ³ Samuels JF, Bienvenu OJ III, Pinto A, et al. *Hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from the OCD Collaborative Genetics Study*. Behav Res Ther 2007;4:673-86.
- ⁴ Pertusa A, Frost R, Fullana M, et al. *Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review*. Clin Psychol Rev 2010;30:371-86.
- ⁵ Mataix-Cols D, Frost RO, Pertusa A, et al. *Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM-V?* Depress Anxiety 2010;27:556-72.

P91. Disturbi del comportamento alimentare e comorbidità psichiatrica. Indagine epidemiologica in soggetti in condizione di obesità

M. Altamura¹, P. Aquilano¹, L. Mendolicchio¹, A. Petrone³, G. Rossi², T. Lo Russo², M. Rossetti², M. Tusiano², A. Bellomo²

¹ Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Università di Foggia; ² Dipartimento di Medicina, Ambulatorio di Obesità e Disturbi del Comportamento Alimentare, Ospedali Riuniti, Foggia; ³ Dipartimento di Neuroscienze, Università di Foggia

Introduzione: studi clinici hanno mostrato che l'obesità è frequentemente associata a disturbi del comportamento alimentare (DCA) con una prevalenza più alta di disturbi emotivi rispetto a obesi senza DCA. Il nostro studio ha lo scopo di indagare la prevalenza di DCA in un campione di adulti in condizione di obesità e verificare se gli obesi con DCA differiscano da quelli senza DCA in termini di comorbidità con ansia e depressione.

Metodi: 536 obesi (età media = 46,9; sd = 6) con BMI > 30 (media = 36,9; sd = 7,05) sono stati esaminati con il test EAT-26. Un sottocampione di 41 obesi *EAT-high scoring* e 35 obesi non affetti da DCA sono stati valutati con le scale EDI-2 e ASQ, CDQ per la rilevazione dell'ansia e depressione.

Risultati: 279 obesi (52%; 229 F) hanno risposto ai criteri di DCA (bulimia N = 3; disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati N = 276). I soggetti *EAT-high scoring* presentano livelli maggiori di Insoddisfazione corporea e Inadeguatezza (sottoscale EDI-2) e più elevati punteggi d'ansia e depressione rispetto agli obesi non affetti da DCA.

Conclusioni: i risultati indicano una elevata prevalenza di DCA subclinici negli obesi. La presenza di DCA si associa a un maggiore malessere psicologico riguardante la percezione della propria immagine corporea, l'ansia e la depressione. Gli obesi con DCA potrebbero essere considerati un sottogruppo di particolare interesse psichiatrico per la comorbidità con disordini emotivi.

Bibliografia

- Simon GE, von Korff M, Saunders K, et al. *Obesity linked with mood and anxiety disorders*. Arch Gen Psychiatry 2006;63:824-30.
- Simon GE, Von Korff M, Saunders K et al. *Association between obesity and psychiatric disorders in the US population*. Arch Gen Psychiatry 2006;63:824-30.

P92. Trattamento farmacologico con duloxetina in pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore in comorbilità con la fibromialgia

C. Amato, S. Mendolia, F. Battaglia, E. Aguglia

Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico-Vittorio Emanuele", PO "Gaspare Rodolico", UOPI Psichiatria

Introduzione: la fibromialgia (FM) è una malattia complessa caratterizzata da dolore muscolo-scheletrico diffuso, riduzione della soglia del dolore e dolorabilità ai *tender points*. Essa può presentarsi con un ampio spettro di manifestazioni cliniche quali affaticabilità, rigidità muscolare, alterazioni del *pattern* ipnico, disturbi gastrointestinali, disturbi dell'umore e d'ansia.

Obiettivi: l'osservazione a lungo termine delle variazioni del quadro sintomatologico dei pazienti affetti da MDD in comorbilità con la FM in trattamento con duloxetina 60 mg/die e la valutazione di disturbi di personalità e di eventi di vita stressanti nei pazienti oggetto d'indagine.

Metodi: a oggi sono state arruolate 12 pazienti con diagnosi di FM e MDD. Le pazienti sono state valutate mensilmente per indagare la presenza di depressione, ansia, Alessitimia, qualità di vita, gravità della fibromialgia e intensità del dolore.

Risultati: nel 70,83% dei pazienti in esame è stata riscontrata la presenza di eventi di vita stressanti antecedenti l'insorgenza della FM. L'osservazione del campione ha evidenziato inoltre una riduzione statisticamente significativa dei punteggi nelle scale del dolore.

Conclusioni: a oggi abbiamo riscontrato clinicamente una riduzione significativa della sintomatologia dolorosa. Le modificazioni degli aspetti misurati attraverso le altre scale non sono risultate significative. È possibile che con l'ampliamento del campione, si potranno in futuro ottenere risultati significativi anche per le altre scale di valutazione.

P93. Alessitimia nei disturbi del comportamento alimentare: esplorazione preliminare

F. Amianto, G. Abbate-Daga, F. Migliore, A. Bellicanta, S. Fassino

Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Psichiatrica, Università di Torino

L'alessitimia, l'incapacità pervasiva di identificare e descrivere sentimenti ed emozioni, con una limitata capacità immaginativa è stata valutata nei soggetti affetti da disturbi del comportamento alimentare (DCA) senza risultati univoci: è riscontrabile solo in una parte di questi, rappresentando probabilmente una condizione concomitante al disturbo alimentare, con tuttavia un'influenza importante sull'*outcome* del trattamento. 124 soggetti, con diagnosi di DCA a pieni criteri sono stati valutati con *Temperament and Character Inventory* (TCI), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Symptom Checklist-90* (SCL-90), *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2) e *Toronto Alexithymia Scale-20* (TAS-20). Nei soggetti affetti da DCA è stata riscontrata una prevalenza del 19,2%, usando come *cut-off* un valore di 67. L'analisi di *cluster* ha invece evidenziato 2 *cluster*: un *cluster* alessitimico (32,3% dei soggetti) e un *cluster* non alessitimico (67,7% dei soggetti), entrambi composti da soggetti affetti sia da anoressia nervosa (AN) che da bulimia nervosa (BN), senza differenze statisticamente significative. Dal momento che la severità dell'alessitimia è correlata a

tratti di personalità disfunzionali e alla psicopatologia alimentare e generale, appartenere o meno al *cluster* alessitimico potrebbe rivelarsi più importante della diagnosi di AN o di BN per il trattamento e la prognosi. Le presenti evidenze andranno tuttavia controllate in uno studio caso-controllo.

P94. Le conseguenze degli eventi della vita in un campione di pazienti dell'Università di Bologna

C. Andrisano, B. Balzarro, C. Fabbri, M. Belvederi, V. Bandieri, E.M. Savoia, T. Attili, S. Porcelli, A. Drago, A. Serretti, D. De Ronchi

Institute of Psychiatry, University of Bologna

Background and aims: life adversity may increase the risk of a psychiatric disorder. The extent of such impact is investigated.

Methods: 445 in and out patients were administered the Hamilton Rating Scale for depression and anxiety (HDRS and HARS), the Young Mania Rating Scale (YMRS), the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) and a clinical interview on traumatic events. Data analysis was conducted for tests' scores from baseline to week 1. A t test was used.

Results: 261 (58%) females and 184 (42%) males were included. A close person within the family severely ill during childhood and the interruption of leisure time activities a month before admission impacted on the age at onset (the presence of such events was associated with an older age at onset).

Conclusions: this result confirms that stressors may interfere with some aspects of psychiatric diseases. In particular, this result is consistent with previous evidence showing that early traumatic events may be associated with psychic resilience. The association with the interruption of leisure activities was associated with a different age at onset also. This may be due to the different life styles of patients at their forties compared to patients at their thirties. Further analyses are nevertheless mandatory to stress or disconfirm this result. The possibility of a false positive finding cannot be excluded.

P95. Il ruolo della prolattinemia negli outcome della depressione. Risultati di uno studio osservazionale

E. Apicella², L. Mendolicchio¹, A. Gentile², A. Bellomo^{1 2 3}

¹ Dipartimento di Salute Mentale, Università di Foggia, ASL Foggia; ² Scuola di Specializzazione in Psichiatria, ³ Cattedra di Psichiatria, Università di Foggia

Introduzione: la depressione è associata a una riduzione del tono serotoninergico centrale, il cui indice indiretto è la PRL. Tale relazione è messa in luce da tecniche di stimolazione modulate da molecole che, agendo a livello 5HT1/5HT2, determinano un aumento della PRL. Questo studio indaga il rapporto tra PRL basale e prognosi di pazienti depressi.

Materiali e metodi: studio osservazionale su 127 pazienti ricoverati presso l'SPDC della ASL di Foggia tra il 2006 e il 2010. Criteri di inclusione: diagnosi di episodio depressivo in disturbo depressivo maggiore, età < 65 anni.

La prolattina è stata dosata con metodologia classica, la coorte è stata stratificata in due classi: bassa e alta prolattinemia di base, (*cut-off* 20 ng/ml). Sono stati confrontati i due gruppi rispetto alla media della variazione del punteggio della BPRS in

ingresso e dimissione e alla durata media di degenza. È stata valutata la correlazione tra PRL all'ingresso e variazione della BPRS alla dimissione.

Risultati: i pazienti con bassa prolattinemia all'ingresso mostrano un abbattimento del punteggio della BPRS in uscita, quasi del doppio rispetto a quelli con prolattinemia alta ($p < 0,05$).

L'analisi della regressione lineare semplice mostra come bassi livelli di prolattina all'ingresso, correlino con maggiori variazioni del punteggio della BPRS alla dimissione ($p < 0,05$; F-Test 5,28).

Conclusioni: i risultati mostrano una correlazione tra minore PRL basale e una miglior prognosi. Pazienti con PRL basale più elevata mostrano prognosi peggiore e minor risposta a SSRI e SNRI.

Bibliografia

Maes M, Meltzer HY. *The serotonin hypothesis of major depression*. In Bloom FE, Kupfer DJ, editors. *Psychopharmacology: the fourth generation of progress*. 4th ed. New York: Raven Press 1995, pp. 933-44.

Bhagwagar Z, Whale R, Cowen PJ. *State and trait abnormalities in serotonin function in major depression*. Br J Psychiatry 2002;180:24-8.

Porter RJ, Mulder RT, Joyce PR. *Baseline prolactin and L-tryptophan availability predict response to antidepressant treatment in major depression*. Psychopharmacology (Berl) 2003;165:216-21.

P96. Stimolazione transcranica con corrente diretta in pazienti affetti da depressione farmaco-resistente: dati in acuto e di follow-up

C. Arici¹, B. Benatti¹, C. Dobra¹, M. Vergari², R. Ferrucci², B. Dell'Osso¹, A. Priori², A.C. Altamura¹

¹ Dipartimento di Salute Mentale, ² Centro Clinico per le Neuroanotecnologie e la Neurostimolazione, Dipartimento di Scienze Neurologiche, Università di Milano, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Introduzione: la Stimolazione Transcranica con Corrente Diretta (tDCS) è una tecnica di neuromodulazione non invasiva che consente di stimolare elettricamente specifiche aree corticali¹. Scopo del presente studio è stato di verificare efficacia e tollerabilità della tDCS in acuto e nel lungo termine, in pazienti con depressione farmaco-resistente².

Metodi: sono stati reclutati 23 pazienti con depressione farmaco-resistente. La tDCS è stata somministrata in *augmentation* alla terapia farmacologica, a livello della corteccia prefrontale dorsolaterale all'intensità di 2mA per 20 minuti, 2 volte al giorno, per 5 giorni consecutivi. Per valutare l'efficacia sono state usate la HAMD e la MADRS alla *baseline* (T0), alla fine del trattamento (T1), una settimana dopo la fine del trattamento (T2), e nel *follow-up* a 1 mese (T3) e 3 mesi (T4) dalla fine della tDCS.

Risultati: tutti i pazienti hanno completato lo studio in acuto senza riportare effetti collaterali rilevanti, si è osservata una riduzione significativa dei punteggi di HAMD e MADRS ($p < 0,0001$). La risposta è stata ottenuta da 4 pazienti (17,4%), la remissione da tre pazienti (13,0%). Il *follow-up* a T3 è stato completato da 15 pazienti (65,2%), a T4 da 11 pazienti (47,8%) con tassi di risposta del 26,6% e 36,3% e remissione del 20% e 36,3% rispettivamente. Le cause più frequenti di drop-out (52,2% del campione) sono state la necessità di un cambio di terapia, la scarsa *compliance* e l'emergere di ideazione suicidaria.

Conclusioni: i risultati del presente studio sembrano supportare efficacia e tollerabilità della tDCS in acuto e il beneficio clinico fino a 3 mesi dal trattamento nei pazienti che hanno completato il *follow-up* (47,8%). Sono necessari studi controllati con campioni più ampi per confermare questi risultati.

Bibliografia

¹ Priori A, Hallett M, Rothwell JC. *Repetitive transcranial magnetic stimulation or transcranial direct current stimulation?* Brain Stimul 2009;2:241-5.

² Dell'Osso B, Zanoni S, Ferrucci R, et al. *Transcranial direct current stimulation for the outpatient treatment of poor-responder depressed patients*. Eur Psychiatry 2011 May 27 [Epub ahead of print].

P97. Studio pilota di valutazione psichiatrica in pazienti sovrappeso

M. Azzi¹, L. Lancerotto², M. Marini¹, F. Bassetto², V. Vindigni², C. Pavan¹

¹ Clinica Psichiatrica, ² Clinica di Chirurgia Plastica, Università di Padova

È noto dai dati di letteratura che vi è una stretta correlazione tra patologia psichiatrica e obesità e problematiche connesse.

Tali correlazioni possono essere considerate sotto due punti di vista: come causa che ha condotto alla condizione organica di obesità (depressione maggiore, disturbi del comportamento alimentare, in particolare *Binge Eating Disorder* o obesità psicogena, disturbi della personalità), ma anche come conseguenza per la gestione delle implicazioni dovute all'obesità stessa (disturbi dell'immagine corporea, agiti autolesionistici, disturbi affettivi, condotte parasuicidarie).

Il presente studio, nato dalla collaborazione tra la Clinica Psichiatrica e la Chirurgia Plastica dell'Università di Padova, vuole evidenziare la presenza/assenza e la natura della psicopatologia precedente o conseguente all'aumento di peso nei pazienti che si sono rivolti all'ambulatorio chirurgico dedicato a interventi di riduzione della massa adiposa (liposuzione e addominoplastica). Inoltre si sono voluti caratterizzare i tratti temperamentali di questi pazienti per valutare se questi potessero in qualche modo correlarsi alla patologia obesità.

Un totale di 28 pazienti, reclutati da marzo 2008 fino a giugno 2011, sono stati confrontati con 25 controlli dalla popolazione generale confrontabile per caratteristiche anagrafiche e di peso. Hanno rifiutato la valutazione psichiatrica 30 pazienti. Sono stati inclusi i soggetti maschi e femmine di età compresa tra i 18 e i 60 anni con BMI non superiore a 34,9 ed esclusi soggetti con patologie organiche debilitanti o francamente causa del sovrappeso/obesità, con *deficit* cognitivi e/o sensoriali e con disturbi della sfera psicotica franca (schizofrenia, disturbi psicotici acuti o cronici e disturbo schizoaffettivo).

Tutti i soggetti sono stati intervistati da un medico psichiatra, che li ha sottoposti alle seguenti valutazioni testistiche: intervista anagrafica, anamnesi clinica e chirurgica, valutazione BMI di partenza (alla prima valutazione ambulatoriale), BMI alla valutazione attuale, *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), *Paykel Interview* (nei 6 mesi precedenti), *Tridimensional Personality Questionnaire* (TPQ), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Body Shape Questionnaire* (BSQ), *Five Factor Inventory* (FFI), *Yale Brown* per i tratti ossessivo-compulsivi.

Dopo analisi statistica di confronto tra il gruppo dei casi e dei controlli, sono emerse differenze significative, in accordo con la letteratura, in merito alla maggiore presenza dei casi sui controlli di depressione maggiore in anamnesi e di depressione attuale; è emersa inoltre franca significatività per aspetti di tipo ossessivo-compulsivi sia alla MINI che alla Yale Brown che alla FFI.

Per quanto riguarda i tratti temperamentali è emersa una maggiore tendenza dei casi alla dipendenza dalla ricompensa, e dei controlli rispetto ad aspetti legati alla curiosità e all'apertura verso l'esterno, facendo intravedere la possibilità che tratti ossessivi (maggiori nei casi) con aspetti di controllo siano un fattore importante (oltretutto strutturale) nella psicopatogenesi dell'obesità.

Tali dati sono stati analizzati anche in termini comparativi evidenziando che possono partecipare sicuramente degli aspetti depressivi sulla genesi e sullo sviluppo della problematica dell'aumento di peso, ma che, quando si introduce l'aspetto ossessivo-compulsivo centrato sul corpo (Yale Brown), è questo a determinare il reale fattore di rischio come predisposizione psichica a sviluppare obesità (a ogni aumento di 1 punteggio della Yale corrisponde un aumento del 37% di essere un soggetto "caso"). C'è inoltre una correlazione proporzionale tra l'aumento di peso e l'aumento del valore complessivo della scala Yale totale (oltre che relativa).

In conclusione, da questi dati, emerge una preponderanza degli aspetti ossessivi (e compulsivo/impulsivi) sugli aspetti di tipo depressivo nel determinare patologie legate al sovrappeso; e inoltre tali aspetti sembrerebbero più di tipo temperamentale che di tipo assiale sintomatologico.

Per l'interesse suscitato da questi dati, abbiamo considerato questo studio solamente il punto di partenza per un progetto più ampio. È infatti già in atto un *follow-up* post-intervento allo scopo di individuare ulteriori fattori di vulnerabilità e/o di rischio che potrebbero rivelarsi utili nell'evitare precoci ricadute post-intervento e uno studio caso-controllo per valutare l'intervento sui fattori ossessivo-compulsivi vs. placebo.

Sarebbe inoltre utile considerare la possibilità di un supporto psichiatrico-psicologico sia nella fase pre-intervento che post-intervento, sia nei pazienti che presentino queste caratteristiche temperamentali sia in quelli che presentino una franca turba psicopatologica (DOC, depressione maggiore).

P98. Ruolo dello screening precoce nella depressione perinatale: dati preliminari del PND-ReScU® II

S. Banti, C. Borri, C. Rambelli, D. Ramacciotti, V. Camilleri, S. Cortopassi, M.S. Montagnani, C. Cargioli, A. Oppo, S. Ricciardulli, C. Cirri, S. Luisi, R. Mistretta, E. Nencioni, S. Faraoni, B. Cotugno, O. Bacci, S. Belli, M. Mauri

DPNFB, Clinica Psichiatrica, Perinatal Depression Research and Screening Unit (PND-ReScU®), Università di Pisa

Introduzione: nel periodo perinatale la donna è vulnerabile al disturbo depressivo. La depressione maggiore e minore presenta tassi di prevalenza che variano rispettivamente tra l'8,5 e l'11,0% in gravidanza e tra il 6,5 e il 12,9% nel 1° anno *post-partum*. Tuttavia, solo una piccola percentuale dei casi viene identificata e trattata, con conseguenze negative sia sulla madre che sul bambino. L'identificazione dei fattori di rischio e uno *screening* precoce, al fine di attuare un tempestivo trattamento sono fondamentali.

Metodi: sono stati confrontati due gruppi di donne nel primo mese *post-partum*: 271 donne seguite fin dal 1° mese di gravidanza e 130 donne valutate per la prima volta nel 1° mese *post-partum*. Le scale utilizzate sono la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), la *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), la *Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised* (PDPRI) e l'Intervista Clinica Strutturata per la diagnosi dei disturbi psichiatrici di Asse I (SCID-I).

Risultati: nel 1° mese *post-partum*, le donne seguite fin dalla gravidanza presentano una sintomatologia ansiosa e depressiva significativamente inferiore, testimoniata dai minori punteggi all'EPDS ($t = -6.140$; $p < ,001$) e alla STAI ($t = -4,800$; $p < ,001$).

Conclusioni: è possibile ipotizzare che uno *screening* precoce possa ridurre i tassi di psicopatologia perinatale e permettere di identificare le donne più a rischio, consentendo una diagnosi più precoce e una migliore gestione del trattamento.

Bibliografia

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. *Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Br J Psychiatry 1987;150:782-6.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute 1996.

Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, et al. *Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evidence Report/Technology Assessment No. 119 (prepared by the RTI-University of North Carolina Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0016)*. AHRQ Publication No. 05-E006-2. Agency for Healthcare, Research and Quality, Rockville, MD.

P99. Capacità metacognitive, parametri psicopatologici e clinico-funzionali nel paziente asmatico. Studio osservazionale di coorte

E. Bettini¹, A. Montali¹, C. Antonucci¹, L. Boracchia², A. Chetta², M. Amore¹

¹ *Clinica Psichiatrica, Dipartimento Clinica Psichiatrica*, ² *Clinica Pneumologica, Dipartimento Scienze Cliniche, Università di Parma*

Introduzione: l'asma bronchiale è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree con tendenza a riacutizzarsi in situazioni di scarsa *compliance* farmacologica e terapeutica. L'assetto psicologico e psicopatologico del paziente riveste un ruolo importante nella gestione della patologia

Metodi: 78 pazienti con diagnosi di asma (GINA, 2010), afferenti al Centro Asma presso la Clinica Pneumologica di Parma, sono stati valutati su variabili clinico-anamnestiche e psicopatologiche (STAI-X1, STAI-X2, BDI), alessitimia (TAS) e stili di *coping* (COPE)

Risultati: analisi correlazionali, tramite *r* di Pearson, rilevano associazione tra stili di *coping* e parametri di gravità asmatica (FVC, FENO e FEV1). Il controllo dell'asma (ACT) risulta inversamente associato alla tendenza a negazione e religiosità. STAY-X2 si associa a TAS totale, identificazione ed espressività emotiva; STAY-X1 e BDI a identificazione emotiva. Il numero di traumi di vita si associa a FEF25-75 e FEV/FVC. Tramite *Mann-Whitney* i pazienti asmatici con atopia si distinguono per maggiori livelli in STAY-X2, TAS-totale, ipoespressività emotiva e uno stile attributivo maggiormente orientato all'esterno

Conclusioni: le capacità metacognitive del paziente asmatico si associano tanto a parametri di gravità asmatica quanto ad aspetti di gravità psicopatologica, quali ansia di tratto, depressione e ansia presenti al momento della compilazione. La valutazione delle capacità metacognitive trova applicazioni terapeutiche alla patologia asmatica.

P100. Stress lavoro correlato e burnout: relazioni reciproche e implicazioni per i programmi di promozione del benessere psicologico nei luoghi di lavoro

A. Bitetto^{1,2}, S. Milani¹, G. Rezzonico³

¹ Sezione di Statistica Medica, G.A. Maccacaro, Dipartimento di Medicina del Lavoro, Università di Milano; ² AO "San Paolo", Milano; ³ Dipartimento di Medicina Sperimentale, Multimedia Health Communication Laboratory, Università di Milano Bicocca

Secondo le più recenti interpretazioni il *burnout* è considerato una delle molteplici manifestazioni dello *stress* occupazionale con cui condivide parte delle fonti di rischio.

Lo studio, condotto su 1205 soggetti di un ospedale milanese, analizza gli effetti dei singoli fattori predittivi di *stress* occupazionale, così come derivati dai modelli *Job Demand Control Support* (1990) e *Effort Reward Imbalance* (1996, 2004), sui sintomi del *burnout*.

I fattori di natura "organizzativa" controllo sul lavoro, supporto sociale e *reward*, riducono il rischio di *burnout* in presenza di elevati carichi di lavoro, in accordo con le teorie di riferimento. La presenza di un elevato coinvolgimento emotivo (*overcommitment*), unico indice di adattamento disfunzionale individuale valutato nei modelli, risulta fortemente associata alla comparsa di esaurimento e derealizzazione.

I risultati permettono di concludere che la prevenzione del *burnout* comporta sia il controllo mirato dei fattori estrinseci attraverso interventi organizzativi appropriati che dell'*overcommitment* con attività per insegnare la gestione dello *stress* a livello individuale (Tab. I).

Tabella I.

Scala	Parametro	ESAURIMENTO EMOTIVO r ² = 0.63		DEREALIZZAZIONE r ² =0.28		EFFICACIA PERSONALE r ² =0.21	
		Stima (SE)	Pr > t	Stima (SE)	Pr > t	Stima (SE)	Pr > t
JCO-S: JOB DEMAND	D. PSICOLOGICA	0.170 (0.04)	<.0001	0.057 (0.05)	0.218	0.116 (0.04)	0.005
	D. FISICA	0.024 (0.02)	0.312	-0.030 (0.03)	0.306	0.234 (0.06)	<.0001
JCO-S: JOB CONTROL	AUTONOMIA	-0.031 (0.03)	0.297	0.016 (0.04)	0.666	0.001 (0.05)	0.981
	COMPETENZE	-0.094 (0.04)	0.022	-0.013 (0.05)	0.797	0.093 (0.03)	0.006
JCO-S: SOCIAL SUP.	SUP. COLLEGGI	0.004 (0.03)	0.896	-0.014 (0.03)	0.673	0.061 (0.04)	0.110
	SUP. SUPERIORI	-0.060 (0.02)	0.012	-0.084 (0.03)	0.004	0.023 (0.03)	0.496
ERI: REWARD	INCENTIVAZ.	-0.130 (0.03)	<.0001	-0.028 (0.03)	0.399	0.159 (0.04)	<.0001
ERI: OVERCOM.	IPERCOINV.	0.496 (0.02)	<.0001	0.218 (0.02)	<.0001	0.041 (0.03)	0.133

Bibliografia

Karasek RA, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of the working life*. New York: Basic Books 1990.
Siegrist J, Starke D, Chandola T, et al. *The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons*. Soc Sci Med 2004;58:1483-99.

P101. Ansia e psichiatria di consultazione: uno studio su utenti afferenti al pronto soccorso

A. Boccadamo¹, B. Maccacchieri¹, N. Loparco¹, F. Scapati², G. Caldeo¹, A. d'Adamo¹, M. Nacci¹

¹ Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, ² Dipartimento Salute Mentale, ASL TA, Taranto

L'ansia talora invade la quotidianità dell'individuo con modalità tanto pervasive da costringerlo a richiedere una valutazione psichiatrica urgente presso il Pronto Soccorso (PS).

Lo studio, ancora in corso, ha isolato fra le 525 consulenze psichiatriche totali svolte nel PS del presidio ospedaliero "S. Giuseppe Moscati" di Taranto, durante l'anno 2011, il 4,66% di utenti con caratteristiche sintomatologiche ascrivibili nel 52,94% dei casi a disturbo d'ansia generalizzato, nel 29,41% a disturbo di panico senza agorafobia e nel restante campione a disturbo d'ansia non altrimenti specificato. Il 64,70% dei pazienti ha necessitato dell'impostazione di psicofarmacoterapia con antidepressivi serotoninergici e ansolitici mentre per il 35,29% si è proceduto a un aggiustamento del dosaggio della terapia già assunta.

A conferma di quanto emerso anche da altri studi, viene confermata una maggiore presenza della popolazione femminile (82,35% femmine e 17,64% maschi).

Al di là delle classificazioni nosografiche e degli interventi di ordine farmacologico, però, questo lavoro, partendo da osservazioni cliniche, vuole volgere l'attenzione al mondo ansioso mirando alla ricerca della comprensione dei fenomeni che ne sottendono i "sintomi": in particolare, muovendo da riflessioni di matrice fenomenologica su spazio e tempo, le forme dell'ansia, sia che essa irrompa improvvisamente sia che accompagni più costantemente l'individuo, saranno considerate come espressioni dell'essere-al-mondo.

Bibliografia

Borgna E. *Le figure dell'ansia*. Milano: Feltrinelli 1998.

Callieri B. *Corpo esistenze mondi. Per una psicopatologia antropologica*. Roma: Edizioni Universitarie Romane 2007.

Di Petta G. *Il mondo vissuto*. Roma: Edizioni Universitarie Romane 2003.

P102. Nuove declinazioni psicopatologiche: Alessitimia e impulsività

C. Bressi, P.M. Marinaccio, E.P. Nocito, S. Bergamaschi, V. Dell'Acqua, E.A. Milanese

Dipartimento di Salute Mentale, Università di Milano, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Introduzione: è ormai ampiamente dimostrato come l'alessitimia rifletta la mancata mentalizzazione delle proprie emozioni¹. Recenti studi hanno indagato le caratteristiche alessitimiche nei disturbi di personalità *borderline*, caratterizzati da un nucleo psicopatologico associato all'impulsività². Il presente studio si propone pertanto di indagare la possibile associazione tra costrutto alessitimico e impulsività nei disturbi d'ansia e dell'umore.

Metodi: sono stati reclutati consecutivamente presso il Dipartimento di Salute Mentale, Fondazione IRCCS Ca' Granda

Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, 50 pazienti con una diagnosi di disturbo dell'umore o d'ansia (DSM-IV-TR). Tutti i pazienti hanno compilato la *Toronto Alexithymia Scale-20 items* (TAS-20) per la valutazione dell'alessitimia e la *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS) per la valutazione dell'impulsività.

Risultati: l'analisi statistica (*Pearson's Correlation*) ha evidenziato un'associazione significativa tra il punteggio totale alla TAS-20 e l'Impulsività senza pianificazione alla BIS ($r = 0,378$, $p < 0,01$).

Conclusioni: i risultati indicano come le caratteristiche Alessitimiche di alcuni pazienti possano influenzare negativamente il controllo pulsionale, suggerendo che l'assenza di riconoscimento e identificazione delle emozioni, incluse quelle spiacevoli, possano associarsi all'assenza di mediazione tra emozione (non correttamente identificata) e azione, con una possibile conseguente impulsività non pianificata.

Bibliografia

- Herbert BM, Herbert C, Pollatos O. *On the relationship between interoceptive awareness and alexithymia: is interoceptive awareness related to emotional awareness?* J Pers 2011;79:1149-75.
- Lang S, Stopsack M, Kotchoubey B, et al. *Cortical inhibition in alexithymic patients with borderline personality disorder.* Biol Psychol 2011;2-3:227-32.

P103. Studio longitudinale del disturbo di panico: efficacia dell'intervento precoce

C. Bressi, P.M. Marinaccio, E.P. Nocito, R. Fontana, V. Dell'Acqua, A. Gatti

Dipartimento di Salute Mentale, Università di Milano, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Introduzione: numerose ricerche si pongono l'obiettivo di valutare l'impatto dell'intervento precoce sul decorso di malattia dei disturbi psichiatrici. Questo studio si propone di valutare la possibile associazione tra sintomi al *baseline* e al *follow-up* ed eventuali predittori di *outcome* clinico nel disturbo di panico (DP).

Metodi: sono stati reclutati consecutivamente, presso il Dipartimento di Salute Mentale, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, 30 pazienti con diagnosi di DP (DSM-IV-TR). Ciascun paziente ha eseguito una valutazione, al *baseline* (T0) e dopo 12 mesi (T1), mediante la seguente batteria testale: *Hamilton Rating Scale for Anxiety and Depression* (HAM-A, HAM-D), *Panic and Anticipatory Anxiety Scale* (PAAAS) e *Toronto Alexithymia Scale-20 items* (TAS-20).

Risultati: l'analisi statistica (*Pearson's correlation*) ha evidenziato un'associazione significativa tra i punteggi al *baseline* (T0) HAM-A, PAAAS, numero e intensità degli attacchi di panico e la sintomatologia depressiva (HAM-D) presente al T1 ($p < 0,01$). Inoltre, al T0, i punteggi totali TAS-20 e PAAAS correlano significativamente ($p < 0,05$) e una $DUI < 12$ mesi si associa a un maggiore Pensiero orientato all'esterno (TAS-20 F3) ($p < 0,01$).

Conclusioni: i risultati evidenziano l'importanza dell'intervento precoce nel DP, finalizzato alla prevenzione dell'insorgenza di una sintomatologia depressiva nel tempo, e suggeriscono l'utilità di identificare precocemente caratteristiche psicopatologiche che si accompagnano al DP, come il pensiero concreto, modificabile con le terapie basate sulla mentalizzazione.

Bibliografia

Altamura AC, Santini A, Salvadori D, et al. *Duration of untreated illness in panic disorder: a poor outcome risk factor?* Neuropsychiatr Dis Treat 2005;1:345-7.

Marchesi C, Fontò S, Balista C, et al. *Relationship between alexithymia and panic disorder: a longitudinal study to answer an open question.* Psychother Psychosom 2005;74:56-60.

P104. Trattamento con agomelatina in soggetti affetti da fibromialgia: effetti sulla fenomenica depressiva, ansiosa e algica

A. Bruno¹, M.R.A. Muscatello¹, U. Micò¹, G. Pandolfo¹, V.M. Romeo¹, N. Cogliandro¹, S. Lorusso¹, G. Pagano Mariano², M. Caminiti², R.A. Zoccali¹

¹ Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche e Anestesiologiche, Università di Messina; ² UO Reumatologia, Azienda Ospedaliera "Presidio Morelli", Reggio Calabria

Introduzione: numerosi studi hanno evidenziato che i pazienti affetti da fibromialgia (FM) presentano elevati tassi di prevalenza *lifetime* di ansia e depressione rispetto ai controlli (il 74% dei soggetti con FM riferisce almeno un episodio di disturbo depressivo maggiore nel corso della vita). Inoltre, la depressione sembra determinare un peggioramento della gravità dei sintomi della FM tra cui il dolore, la compromissione funzionale, la qualità del sonno e della vita. I meccanismi che sottendono l'associazione tra sintomi mentali e dolore cronico non sono tuttavia chiari: è stata ipotizzata una associazione tra FM e alterazioni del metabolismo della serotonina rappresentate dalla riduzione sia della concentrazione serica di serotonina sia della concentrazione plasmatica di triptofano. È stato inoltre riportato che i pazienti con FM presentano una minore secrezione di melatonina durante le ore notturne rispetto ai controlli sani; questo potrebbe contribuire a determinare le alterazioni del sonno, la fatica diurna e a cambiare la percezione del dolore. Sulla base delle evidenze presenti in letteratura, il presente studio si è proposto di valutare l'efficacia della agomelatina sulla sintomatologia depressiva, ansiosa e algica dei soggetti affetti da FM in comorbidità con disturbo depressivo.

Metodi: a 15 soggetti *drug free* affetti da FM è stata somministrata agomelatina alla dose di 25 mg/die in monosomministrazione serale. Tutti i soggetti sono stati valutati al tempo T0 e a 8 settimane mediante una batteria di test per la valutazione della sintomatologia algica (VAS), depressiva (HDRS), ansiosa (HAM-A) e della qualità della vita (QLI).

Risultati: i risultati ottenuti hanno evidenziato un miglioramento statisticamente significativo della sintomatologia depressiva (HDRS: $p = ,002$), ansiosa (HAM-D: $p = ,011$) e dolorosa (VAS: $p = ,006$) dopo otto settimane di trattamento con agomelatina.

Conclusioni: il trattamento con agomelatina sembra essere una strategia potenzialmente utile nel trattamento della sintomatologia algica e della fenomenica depressiva e ansiosa nei soggetti affetti da FM.

P105. Disturbo d'ansia di separazione dell'adulto: caratteristiche cliniche e stili di attaccamento

P. Bucci, R. Giugliano, F. De Riso, S. De Simone, A. Mucci, S. Galderisi, M. Maj

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Il disturbo d'ansia di separazione è riconosciuto nel DSM-IV-TR come una categoria diagnostica solo per l'infanzia. Tuttavia, è stata descritta una forma adulta del disturbo con una prevalenza del 6,6%.

Nel presente studio è stata indagata la frequenza del disturbo d'ansia di separazione dell'adulto (ASAD) nonché le caratteristiche cliniche e gli stili di attaccamento a esso associati.

Trentasei pazienti su 53 sono risultati affetti da ASAD. Tre di essi non presentavano altri disturbi psichiatrici di asse I. Quattordici dei pazienti con ASAD avevano una storia di ansia di separazione dell'infanzia (ISAD). I pazienti con ASAD, rispetto a quelli senza ASAD, hanno mostrato: maggiore frequenza di alessitimia e punteggi più alti alla difficoltà nell'identificare i sentimenti; peggiore funzionamento sociale; maggiore inibizione comportamentale durante l'infanzia; peggiore reazione agli eventi di perdita; punteggi maggiori a stili di attaccamento insicuro. Lo stile di attaccamento ansioso-ambivalente, l'intensità dei sintomi del disturbo di panico, la difficoltà nell'identificare i sentimenti e il comportamento inibito durante l'infanzia sono risultati predittori indipendenti dell'intensità dell'ASAD.

I nostri risultati suggeriscono che l'ASAD può rappresentare l'evolversi di un ISAD o esordire ex-novo nell'età adulta. La presenza di ASAD in pazienti con disturbi d'ansia o dell'umore si associa a stili di attaccamento insicuro, alessitimia e compromissione del funzionamento sociale.

P106. Riabilitazione del sistema dell'equilibrio con stimoli visivi periferici in pazienti con disturbo di panico e agorafobia non-responder ai trattamenti standard: uno studio pilota

D. Caldirola, R. Teggi¹, C. Carminati, M. Grassi, G. Borriello, G. Perna

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Casa di Cura Villa S. Benedetto Menni, Albese con Cassano, Como; ¹ Servizio di Audi vestibologia, Ospedale San Raffaele, Milano

Molti pazienti con disturbo di panico (DP) e agorafobia (AG) utilizzano prevalentemente il canale visivo per il mantenimento dell'equilibrio e si destabilizzano in condizioni di perturbazione visiva nel campo visivo periferico. Tali caratteristiche correlano con la gravità dell'agorafobia e potrebbero in parte spiegare la non completa risposta di molti pazienti ai trattamenti standard. In questo studio pilota sono stati inclusi 10 pazienti con DP e AG che presentavano: 1) persistenti sintomi clinici panico-fobici nonostante adeguati interventi terapeutici (dosaggio congruo e stabile di SSRI da almeno 3 mesi, terapia cognitivo-comportamentale) e 2) deficit nel sistema dell'equilibrio e destabilizzazione posturale con stimoli visivi periferici in movimento (stabilometria computerizzata basale e con stimolazione visiva). I pazienti hanno effettuato 10 sedute ambulatoriali di riabilitazione del sistema dell'equilibrio con stimoli visivi periferici (esercizi statici e dinamici con movimenti di testa/

occhi durante proiezione di immagini in movimento su grandi schermi posizionati nel campo visivo periferico del paziente). Al termine del trattamento i pazienti hanno mostrato un significativo miglioramento sia dei sintomi panico-fobici sia delle prestazioni alle prove stabilometriche. Meccanismi di abitudine e adattamento fisico-emotivo agli stimoli sensoriali sgradevoli potrebbero essere implicati. Un approccio diagnostico-terapeutico ampio e integrato potrebbe aumentare il successo terapeutico nel DP con AG.

P107. Studio retrospettivo sull'associazione tra alterazioni tiroidee e disturbi mentali in una popolazione di pazienti ricoverati presso una struttura universitaria di ricovero psichiatrico

A. Calento, M. Apuzzo, M. Morlino

Università di Napoli "Federico II", Dipartimento di Neuroscienze, Area Funzionale di Psichiatria

Le alterazioni tiroidee sono state tradizionalmente associate ai disturbi psichiatrici, con riscontri contrastanti. Scopo del lavoro è valutare l'incidenza di disfunzioni tiroidee in una popolazione psichiatrica studiandone l'associazione con specifiche diagnosi; per il disturbo bipolare (DB) si intende inoltre analizzare l'associazione con sottotipi, fasi e pattern di ciclicità, considerando l'effetto di terapie con litio.

Da un'analisi retrospettiva (anni 2000-2010) sono stati selezionati 1012 pazienti ricoverati presso una struttura psichiatrica universitaria che avevano praticato profilo ormonale (fT3, fT4, TSH) con o senza il dosaggio degli anticorpi anti-tiroide. È stata quindi studiata l'associazione tra tali valori e le categorie diagnostiche, la terapia con litio e fasi e sottotipi del DB.

La condizione ormonale ($p < 0,001$) e la positività anticorpale ("Ab+") ($p = 0,001$) sono associate con le diagnosi; in particolare l'ipotiroidismo e "Ab+" sono associati con DB e disturbo di personalità borderline (DPB). Terapie pregresse con Litio si associano all'ipotiroidismo ($p < 0,001$). Alle analisi multivariate DB; DPB e Litio risultano predittori di Ipotiroidismo e "Ab+". Non risultano associazioni con sottotipi e fasi del DB.

Il dato più rilevante è l'associazione tra alterazioni tiroidee e disturbi psichiatrici caratterizzati da "alta instabilità affettiva" (DB e DPB). Per quanto riguarda il DB il litio svolge un ruolo collaterale e non esclusivo nell'associazione riscontrata.

Bibliografia

Bauer M, Goetz T, Glenn T, et al. *The thyroid-brain interaction in thyroid disorders and mood disorders*. J Neuroendocrinol 2008;20:1101-14.

Frye MA, Denicoff KD, Bryan AL, et al. *Association between lower serum free T4 and greater mood instability and depression in lithium-maintained bipolar patients*. Am J Psychiatry 1999;156:1909-14.

Kupka RW, Nolen WA, Post RM, et al. *High rate of autoimmune thyroiditis in bipolar disorder: lack of association with lithium exposure*. Biol Psychiatry 2002;51:305-11.

P108. Sintomi psicopatologici in pazienti affetti da demenza e mild cognitive impairment: dalla valutazione clinica all'intervento riabilitativo

D.M. Cammisuli¹, S. Danti², E. Colombini³, D. Fabiani³, M. Timpano Sportiello^{1,3}

¹ Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, ² Dipartimento di Patologia Sperimentale, Biotecnologie Mediche, Infettivologia ed Epidemiologia, Università di Pisa; ³ Laboratorio di Neuropsicologia Clinica, Psicologia Ospedaliera, ASL 5 Pisa

Il nostro studio si pone l'obiettivo di descrivere la relazione esistente tra gravità dei sintomi psicopatologici e severità del deterioramento cognitivo in un campione di 54 soggetti con diagnosi di *Mild Cognitive Impairment* (gruppo 1), demenza lieve (gruppo 2) e demenza moderata-grave (gruppo 3), sottoposto a uno screening cognitivo globale (*Milan Overall Dementia Assessment*), alla valutazione dell'autonomia e a un esame neuropsichiatrico abbreviato (*Neuropsychiatric Inventory*). L'analisi dei dati è stata eseguita mediante test non parametrici. Una franca sintomatologia psichiatrica (disturbi d'ansia e del sonno: $p < , 01$) caratterizza il gruppo 3, il cui confronto con il gruppo 2 nella sottoscala deliri risulta significativo ($p < , 05$). La comparazione tra gruppo 1 e 2 rileva una differenza significativa nella sottoscala depressione ($p < , 05$), probabilmente di stampo reattivo. Recentemente in letteratura si è aperto un acceso dibattito sul ruolo dei disturbi psichiatrici nel deterioramento cognitivo. I risultati suggeriscono l'opportunità di adottare un approccio multidimensionale che contempra oltre alle tecniche di riabilitazione neuropsicologica anche interventi in grado di ridurre i comportamenti disturbati.

Bibliografia

Kalapatapu RK, *Update on neuropsychiatric symptoms of dementia: evaluation and management*. Geriatrics 2009;64:20-6.

Monastero R, et al. *A systematic review of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment*. J Alzheimers Dis 2009;18:11-30.

P109. Disturbo d'ansia generalizzato e disturbo di panico: uno studio del Policlinico di Milano

G. Camuri, L. Lietti, L. Oldani, C. Dobrea, B. Benatti, C. Arici, B. Dell'Osso¹, A.C. Altamura

Università di Milano, Dipartimento di Scienze Neurologiche; Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Dipartimento di Salute Mentale, Milano

Introduzione: i disturbi d'ansia sono i disturbi psichiatrici più frequenti¹. Tra questi, il disturbo d'ansia generalizzato (GAD) e il disturbo di panico (DP) sono i più diffusi, con una prevalenza rispettivamente del 4-6,6 e 1,5-3,5%². Scopo del presente studio è stato valutare differenze clinico-demografiche e di trattamento in pazienti affetti da tali disturbi, con particolare attenzione alla presenza di sintomi sottosoglia dello spettro ansioso e ai pattern di comorbidità.

Metodi: in un campione di 88 pazienti (GAD = 42, DP = 46, in accordo ai criteri del DSM-IV-TR), per ogni paziente sono state raccolte numerose variabili, oltre che somministrate le seguenti scale di valutazione: HAM-A, HAM-D, MADRS, DISS, CGI,

Liebowitz, Y-BOCS. Sono state effettuate analisi descrittive e di confronto utilizzando il test *t-student* e del χ^2 .

Risultati: i pazienti affetti da GAD mostrano un'età di esordio significativamente maggiore rispetto a quelli con DP (DAG = $38,6 \pm 14$, DP = $31,7 \pm 14$, $p < 0,01$); in particolare, nei pazienti GAD, la presenza di familiarità psichiatrica è risultata associata a un esordio più precoce ($p < 0,01$). In riferimento ai sintomi sottosoglia dello spettro ansioso, rappresentati prevalentemente dalla fobia sociale (23% nel GAD, 37% nel DP) e dal disturbo ossessivo-compulsivo (9,5% GAD, 20% DP) e presenti in genere nel 28% dei pazienti GAD e nel 56% dei pazienti DP ($p < 0,01$), è emersa un'associazione con valori significativamente più elevati alle valutazioni psicometriche (HAM-A, MADRS, CGI), oltre che con maggiori livelli di disfunzionamento sociale, valutato attraverso la DISS. Relativamente al trattamento farmacologico, il 54% dei pazienti con GAD e il 21% con DP assumeva una politerapia; in particolare, è emersa in entrambi i gruppi una relazione tra politerapia e un punteggio significativamente maggiore alla MADRS.

Conclusioni: il presente studio evidenzia come i disturbi d'ansia differiscano tra loro in termini di caratteristiche clinico-demografiche e come, in accordo a recenti studi³, vi sia una relazione tra sintomi sottosoglia e decorso.

Bibliografia

¹ Baldwin DS, Allgulander C, Altamura AC, et al. *Manifesto for a European anxiety disorders research network*. Eur Neuropsychopharmacol 2010;20:426-32.

² Dell'Osso B, Buoli M, Baldwin DS, et al. *Serotonin norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) in anxiety disorders: a comprehensive review of their clinical efficacy*. Hum Psychopharmacol 2010;25:17-25.

³ Karsten J, Hartman CA, Smit JH, et al. *Psychiatric history and sub-threshold symptoms as predictors of the occurrence of depressive or anxiety disorder within 2 years*. Br J Psychiatry 2011;198:206-12.

P110. L'utilizzo di agomelatina in un campione di soggetti affette da anoressia nervosa

A. Carano^{1,2}, F. Faiella¹, L. Mancini¹, M.G. Giorgi¹, D. De Berardis¹, O. Marozzi¹, M. Vizza¹, G. Mariani¹

¹ Dipartimento Salute Mentale di Ascoli Piceno; ² Dipartimento Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università di Chieti

Introduzione: le recenti riletture fenomenologiche circa i disturbi della condotta alimentare considerano l'anoressia nervosa una sindrome epifenomeno di un sottostante disturbo di asse I e/o di asse II. Nella pratica clinica è comune il riscontro di una elevata comorbidità tra disturbi ansioso-depressivi e disturbi della condotta alimentare, talvolta i sintomi depressivi possono precedere anche di molti mesi la manifestazione dell'anoressia nervosa, così come la problematica alimentare può rappresentare per molto tempo l'unica dimensione visibile di una depressione conclamata.

Scopo del presente studio è quello di valutare gli effetti a breve termine del bupropione nel recupero del peso e di un tono dell'umore più stabile in un campione di soggetti affette da anoressia nervosa.

Metodi: presso l'ambulatorio dedicato ai disturbi del comportamento alimentare del Centro Obesità dell'Ospedale Clinizzato di Chieti è stato reclutato un campione di 26 soggetti

affette da anoressia nervosa (sottotipo restrittivo e/o purgativo, DSM-IV-TR). Le partecipanti che hanno dato il loro consenso al trattamento farmacologico con agomelatina (25 mg/die) sono state sottoposte preliminarmente a una valutazione clinico-psicopatologica mediante un approfondito esame obiettivo, controllo del peso e dell'indice di massa corporea, nonché a una batteria testistica comprendente una intervista clinica semistrutturata, la *Eating Disorders Inventory II* (EDI II), SCL-90, *Toronto Alexithymia Scale* (TAS) e la *Beck Depression Inventory* (BDI). La valutazione testistica è stata effettuata all'inizio del trattamento (T0), a distanza di 3 mesi (T1), e dopo 6 mesi (T2).

Risultati: la durata media di malattia in anni del campione reclutato era di 1,6 (ds 0,7), l'età media di 19,3 (ds 2,6) e l'indice di massa corporea medio (BMI) di 15,5 (ds 2,1). Dieci soggetti hanno presentato almeno un fenomeno di "spotting" alla valutazione a 3 mesi, mentre 13 soggetti (50% del campione) hanno manifestato una ripresa del ciclo mestruale. Tale risultato appare in linea con l'aumento del BMI rispetto alla valutazione iniziale dopo il follow-up a 3 e 6 mesi (T0: 15,5 ± 2,1; T1: 16,7 ± 2,8; T2: 18,1 ± 2,3; t-test per campioni appaiati t = 3,70, df 13, p = 0,06 al T1 e t = 3,70, df 34, p < 0,001 al T2). Inoltre le pazienti dopo 6 mesi di trattamento hanno mostrato un significativo miglioramento della sintomatologia depressiva (p < 0,001) con una diminuzione dei punteggi alla subscale "depressione" dell'SCL-90 e della BDI, rispetto alla valutazione iniziale.

Conclusioni: Questi dati stimolano alcune importanti considerazioni: il fenomeno del rifiuto dei trattamenti psicofarmacologici è ampiamente diffuso tra le pazienti anoressiche in quanto attribuiscono a questi un possibile fattore "ingrassante". Somministrando loro una molecola come l'agomelatina, che in nessun modo induce un aumento dell'appetizione, questi favorisce un miglioramento della componente depressiva correlata al disordine alimentare e conseguentemente una maggiore compliance alle cure.

Bibliografia

Attia E, Wolk S, Cooper T, et al. *Plasma tryptophan during weight restoration in patients with anorexia nervosa*. *Biol Psychiatry* 2005;57:674-8.

P111. Valutazione clinica dell'efficacia di quetiapina RP nel disturbo d'ansia generalizzata (GAD)

A. Carano^{1,2}, M. Vizza², M. Barioglio², S. Giampieri², G. Di Iorio^{2,3}, D. De Berardis⁴, G. Mariani², M. Di Giannantonio^{1,3}

¹ Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università di Chieti; ² Dipartimento Salute Mentale di Ascoli Piceno; ³ Dipartimento Salute Mentale di Chieti; ⁴ Dipartimento Salute Mentale di Teramo

Introduzione: il GAD è un'entità clinico-nosografica molto complessa dai confini spesso indistinti. La letteratura riporta che circa il 65% dei pazienti affetti da GAD non raggiunge la remissione sintomatologica dopo un trattamento con farmaci ansiolitici e antidepressivi. L'obiettivo dello studio proposto è quello di valutare l'efficacia di quetiapina RP 50-150 mg in pazienti affetti da GAD grave *non responders* ai trattamenti con farmaci ansiolitici e antidepressivi di I e II generazione.

Materiali e metodi: la ricerca multicentrica è stata condotta su una popolazione di 50 pazienti con GAD grave (CGI > 5) che

venivano seguiti ambulatorialmente presso i DSM di Ascoli Piceno, Chieti e Teramo. I partecipanti allo studio sono stati divisi in due bracci A (25 pazienti) e B (25 pazienti). Ai primi, affetti da GAD in trattamento con SSRI e ansiolitici, considerati *non responders*, si modificava la terapia antidepressiva incrementando il dosaggio del vecchio antidepressivo e/o facendo una *switch* ad altro antidepressivo. Il braccio B era costituito da soggetti affetti da GAD in trattamento con antidepressivi e ansiolitici, *non responders*, a cui veniva posto in *augmentation* quetiapina RP (50-150 mg; dosaggio medio 100 mg). I pazienti sono stati reclutati dal marzo 2010 a settembre 2011 e, previo consenso informato, sottoposti a valutazione testistica (STAI-T, STAI-S, HAM-A, CGI) al *baseline* e dopo 30 giorni di trattamento.

Risultati: dopo 1 mese di trattamento il braccio B (pz con GAD in trattamento con antidepressivo e *augmentation* con quetiapina RP) mostrava un miglioramento statisticamente significativo in tutti i punteggi relative alle scale di valutazione per l'ansia (STAI-T F = 8,13 p = 0,05; STAI-S F = 5,19 p = 0,035; HAM-A F = 23,42 p < 0,001), rispetto al braccio A.

Conclusioni: questi risultati, seppur preliminari, mostrano un netto miglioramento clinico nei pazienti gravi affetti da GAD, resistente al trattamento con ansiolitici e antidepressivi, con *augmentation* di quetiapina RP. Il nostro auspicio è che uno studio di più larghe dimensioni, multicentrica con disegno a doppio cieco, possa fornire indicazioni definitive per questi gravi quadri nosografici.

Bibliografia

Lieb R, Becker E, Altamura AC. *The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe*. *Eur Neuropsychopharm* 2005;15:445-52.

P112. Livelli sierici di neurosteroidi in pazienti con PTSD rispetto a soggetti sani di controllo

C. Carmassi, M. Corsi, I. Pergentini, C. Socci, E. Massimetti, F. Belatti, I. Moroni, D. Marazziti, L. Dell'Osso

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

Introduzione: numerosi studi hanno esplorato i rapporti tra alterazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) e i disturbi d'ansia^{1,2}, ma i dati sul disturbo post-traumatico da stress (PTSD) sono tuttora controversi³⁻⁵. Obiettivo del presente studio è esplorare i livelli sierici di cortisolo e deidroepiandrosterone solfato (DHEA-S) in un campione di soggetti con PTSD, reclutati dalla popolazione generale, rispetto a un gruppo di soggetti di controllo.

Metodi: sono stati reclutati 26 pazienti con PTSD (età media: 43,69 ± 10,03 anni), valutati mediante la SCID-I/P per la diagnosi secondo il DSM-IV-TR, e 26 soggetti sani di controllo (età media: 42,12 ± 10,39 anni), ovvero senza disturbi mentali di Asse I in atto o pregressi. I livelli di neurosteroidi sono stati dosati su 10 ml di sangue venoso, tra le 9 e le 10 am, almeno 2 ore dopo il risveglio così da ridurre al minimo il limite del fisiologico aumento di cortisolo al mattino. I pazienti sono stati valutati mediante *Trauma and Loss Spectrum-Self Report*⁶.

Risultati: livelli significativamente più bassi di cortisolo, ma non di DHEA-S, sono stati rilevati nei pazienti con PTSD ($F^2 = 15,97$, p < ,001) rispetto ai soggetti di controllo. Inoltre, cor-

relazioni significative sono emerse con i domini del TALS-SR.

Conclusioni: i nostri risultati confermano l'esistenza di una relazione tra alterazioni nei livelli di neurosteroidi e PTSD, anche se sono necessari ulteriori studi per valutare l'impatto di tali disfunzioni sulla patogenesi e il decorso del disturbo.

Bibliografia

- 1 Wardenaar KJ, Vreeburg SA, van Veen T, et al. *Dimensions of depression and anxiety and the hypothalamo-pituitary-adrenal axis*. Biol Psychiatry 2011;69:366-73.
- 2 Dell'Osso L, Carmassi C, Da Pozzo E, et al. *Panic-agoraphobic traits and stress hormones in healthy subjects*. Submitted.
- 3 de Kloet CS, Vermetten E, Geuze E, et al. *Assessment of HPA-axis function in posttraumatic stress disorder: pharmacological and non-pharmacological challenge tests, a review*. J Psychiatr Res 2006;40:550-67.
- 4 Handwerker K. *Differential patterns of HPA activity and reactivity in adult posttraumatic stress disorder and major depressive disorder*. Harv Rev Psychiatry 2009;17:184-205.
- 5 Klaassens ER, Giltay EJ, Cuijpers P, et al. *Adulthood trauma and HPA-axis functioning in healthy subjects and PTSD patients: A meta-analysis*. Psychoneuroendocrinology Jul 28. [Epub ahead of print].
- 6 Dell'Osso L, Carmassi C, Rucci P, et al. *A multidimensional spectrum approach to post-traumatic stress disorder: comparison between the Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS) and the Self-Report instrument (TALS-SR)*. Compr Psychiatry 2009;50:485-90.

P113. Spettro dell'umore e ansia di separazione dell'adulto in pazienti con lutto complicato e/o depressione maggiore

C. Carmassi, C. Socci, M. Corsi, I. Pergentini, E. Massimetti, F. Belati, I. Moroni, G. Perugi, L. Dell'Osso

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

Introduzione: sempre più studi sono orientati alla caratterizzazione del lutto complicato (CG) quale diagnosi nosograficamente autonoma nel futuro DSM-V¹. Tuttavia, a oggi rimangono elementi critici sia l'elevata comorbidità con altri disturbi quali la depressione maggiore (MDD) e il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), che il ruolo dei sintomi di ansia di separazione, considerati nucleari del CG²⁻⁴. Scopo di questo studio è indagare i sintomi di spettro dell'umore e di ansia di separazione dell'adulto, e le loro correlazioni, in pazienti con LC rispetto a pazienti con MDD.

Metodi: 50 pazienti con CG (26 con e 24 senza MDD) e 40 pazienti con MDD sono stati consecutivamente reclutati presso il Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie dell'Università di Pisa e indagati mediante: SCID-IP, *Inventory of Complicated Grief* (ICG), *Adult Separation Anxiety Questionnaire* (ASA-27), *Work and Social Adjustment Scale* (WSAS) e *Mood Spectrum-Self Report* (MOODS-SR) versione *lifetime*⁵.

Risultati: i pazienti con CG (\pm MDD) riportavano punteggi significativamente inferiori di ASA_27 ($p < 0,001$) rispetto ai pazienti con MDD. In entrambe i gruppi, i punteggi totali della ASA_27 correlavano significativamente sia con il punteggio totale del MOODS che con le componenti depressione e ritmicità. Nessuna differenza significativa è emersa per la WSAS.

Conclusioni: i nostri risultati suggeriscono una correlazione tra ansia di separazione dell'adulto e spettro dell'umore sia in pazienti con MDD che con CG. Ulteriori studi sono pertanto necessari per valutare il ruolo dell'ansia di separazione dell'adulto nello sviluppo di questi quadri psicopatologici e l'autonomia nosografica tra gli stessi.

Bibliografia

- 1 Shear MK, Simon N, Wall M, et al. *Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5*. *Depress Anxiety* 2011;28:103-17.
- 2 Dell'Osso L, Carmassi C, Musetti L, et al. *Lifetime mood symptoms and adult separation anxiety in patients with complicated grief and/or post-traumatic stress disorder: preliminary report*. *Psychiatry Res*, in press.
- 3 Sung SC, Dryman MT, Marks E, et al. *Complicated grief among individuals with major depression: Prevalence, comorbidity, and associated features*. *J Affect Disor* 2011;134:453-8.
- 4 Dell'Osso L, Carmassi C, Corsi M, et al. *Adult separation anxiety in patients with complicated grief versus healthy control subjects: relationships with lifetime depressive and hypomanic symptoms*. *Ann Gen Psychiatry*, in press.
- 5 Dell'Osso L, Armani A, Rucci P, et al. *Measuring mood spectrum: comparison of interview (SCI-MOODS) and self report (MOOD-SR) instrument*. *Compr Psychiatry* 2002;43:69-73.

P114. Correlazione inversa tra i livelli plasmatici dell'endocannabinoide 2-arachidonilglicerolo e la gravità dei sintomi in pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore

E. Caroti¹, M. Marconi¹, D. Xenos², V. Cuoco¹, A. Quartini¹, F. Weisz², F. Fanelli³, C. Nasca³, F. Nicoletti², G. Bersani¹

¹ Dipartimento di Scienze Medico-chirurgiche e Biotecnologie,

² Istituto di Fisiologia e Farmacologia V. Erspamer, Sapienza Università di Roma; ³ Centro per la Ricerca Biomedica applicata, Ospedale "S. Orsola-Malpighi", Università di Bologna

Introduzione: consistenti evidenze suggeriscono il coinvolgimento di una ridotta funzione del sistema endocannabinoide nella fisiopatologia della depressione maggiore. Questa ipotesi è supportata dalla ricerca preclinica, da cui è emerso che la riduzione del *signaling* endocannabinoide può indurre nell'animale dei cambiamenti comportamentali e biologici che ricordano la depressione melanconica, mentre il suo potenziamento aumenta la trasmissione monoaminergica, stimola la neurogenesi e ha effetti comportamentali sovrapponibili ai classici antidepressivi. Anche due studi clinici hanno dato risultati congruenti, trovando livelli sierici di 2-arachidonilglicerolo (2-AG) ridotti in donne affette da depressione maggiore.

Metodi: sono stati misurati i livelli plasmatici di anadamide (AEA) e 2-AG in 15 pazienti ambulatoriali (4 maschi, 11 femmine, età media: 58 ± 11) con diagnosi di DDM secondo il DSM-IV e assenza di altri disturbi psichiatrici e neurologici, patologie organiche maggiori e abuso o dipendenza da sostanze. La gravità clinica del disturbo è stata valutata con le scale *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) e *Beck Depression Inventory* (BDI). I pazienti hanno ricevuto un trattamento a dosaggio *standard* con escitalopram (10 mg/die). Nei pazienti, prima dell'inizio del trattamento (tempo t0) e 2, 4 e 8 settimane dopo (t1, t2 e t3) sono stati dosati i livelli plasmatici

degli endocannabinoidi (EC) e con le scale è stata misurata la gravità della sintomatologia. I livelli plasmatici degli EC sono stati misurati anche in 10 soggetti di controllo (4 maschi e 6 femmine, età media 31±11). Gli EC sono stati dosati con HPLC accoppiata a spettrometria di massa.

Risultati: non sono state rilevate differenze significative nei livelli di EC tra pazienti e controlli. Nei pazienti è stata evidenziata una correlazione inversa significativa tra il livello di 2-AG e il punteggio della scala BDI al tempo t0. I livelli di 2-AG e AEA non variavano significativamente nel corso di trattamento.

Conclusioni: i nostri dati mostrano per la prima volta una correlazione inversa tra la concentrazione di 2-AG e la gravità della sintomatologia depressiva in pazienti affetti da DDM. Sembra che il trattamento con escitalopram non modifichi i livelli plasmatici di questi EC nei primi due mesi di trattamento.

P115. Studio osservazionale per valutare i sintomi bipolari non diagnosticati in pazienti con disturbo depressivo maggiore resistenti al trattamento. Studio IMPROVE

M. Carta¹; G. Montagnani²; G. Trespi²
per conto dell'IMPROVE Study group

¹ Dipartimento di psichiatria, Università di Cagliari; ² Direzione Medica AstraZeneca SpA Italia

L'MDD è un disturbo frequente ed è spesso causa di disabilità. È stato calcolato che dal 2020 la depressione sarà al secondo posto nella classifica del DALYs (*Disability Adjusted Life Years*). Nonostante la disponibilità di più classi di antidepressivi, la resistenza al trattamento risulta uno dei primi fattori di insuccesso terapeutico¹. L'ottimizzazione di un trattamento per la depressione resistente richiede la conoscenza di variabili quali la bipolarità non diagnosticata, in particolare la presenza di sintomi ipomaniacali. L'uso di strumenti per la valutazione di sintomi ipomaniacali, come la *Hipomania/ Mania Symptom Checklist* (HCL-32), può aumentare il riconoscimento di questi sintomi^{2,3}. Obiettivo dello studio: definire lo stato di bipolarità potenziale nella popolazione di pazienti MDD resistenti al trattamento mediante la valutazione della presenza di sintomi ipomaniacali, con lo scopo di ridurre errori diagnostici che portano al peggioramento.

Metodi: studio multicentrico, non interventistico, una singola visita, i pazienti sono arruolati consecutivamente e il trattamento assegnato secondo la normale pratica clinica. Variabile primaria valutata: positività all'HCL-32. La fine dello studio, condotto in 30 centri Italiani è prevista per novembre 2011, con l'arruolamento di un totale di 660 pazienti. I dati preliminari saranno presentati nella sessione poster del congresso.

Bibliografia

- 1 Thase ME. Update on partial response in depression. *J Clin Psychiatry* 2009;70(Suppl 6):4-9.
- 2 Carta M, et al. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006.
- 3 Hardoy MC, Cadeddu M, Murru A, et al. Validation of the Italian version of the "Mood Disorder Questionnaire" for the screening of bipolar disorders. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005;1:8 doi:10.1186/1745-0179-1-8.

Studio sponsorizzato da AstraZeneca.

P116. Depressione ed epilessia: correlazioni cliniche

A. Caserta, D. Marazziti, C. Nisita, L. Dell'Osso

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

Introduzione: la comorbilità tra depressione ed epilessia ha una genesi multifattoriale in cui sono rilevanti la sede e la lateralizzazione del *focus* epilettogeno. Scopo di questo studio è stato quello di indagare le caratteristiche cliniche della depressione interictale in una coorte di pazienti affetti da epilessia di eziologie differenti (idiopatica-criptogenica-sintomatica).

Metodi: sono stati inseriti nello studio 100 pazienti affetti da depressione ed epilessia, selezionati presso il Centro di riferimento Regionale per l'epilessia della Clinica Neurologica dell'Università di Pisa. La depressione è stata misurata in autovalutazione, tramite la CES-D (*Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale*), con *cut-off* per depressione ≥ 16 .

Risultati: non sono state rilevate differenze statisticamente significative tra pazienti epilettici con e senza depressione per quanto riguarda i parametri anamnestici e clinici (durata e tipo di epilessia, sede e lateralità del *focus*, terapia) indagati. Le sedi frontale e temporale singolarmente o in associazione sembravano prevalere tra gli epilettici con depressione (35% vs. 24%). Analogamente la lateralità destra era prevalente nei depressi (45% vs. 28%).

Conclusioni: i risultati di questo studio hanno evidenziato una comorbilità depressiva più frequente in pazienti epilettici con localizzazione temporale e/o frontale del *focus* e lateralizzazione destra indipendentemente dall'eziopatogenesi dell'epilessia. Questi dati sembrano confermare il ruolo importante che le regioni fronto-temporali paralimbiche potrebbero svolgere nella patogenesi della depressione.

Bibliografia

Kanner AM. *Depression and epilepsy: a review of multiple facets of their close relation*. *Neurol Clin* 2009;27:865-80.

Vaaler AE, Morken G, Iversen VC, et al. *Acute Unstable Depressive Syndrome (AUDS) is associated ore frequently with epilepsy than major depression*. *BMC Neurol* 2010;10:67.

Witt JA, Hollmann K, Helmstaedter C. *The impact of lesions and epilepsy on personality and mood in patients with symptomatic epilepsy: a pre- to postoperative follow-up study*. *Epilepsy Res* 2008;82:139-46.

P117. Dimensioni psicopatologiche come predittori di esito a lungo termine dei disturbi del comportamento alimentare: risultati di uno studio di follow-up a sei anni

G. Castellini¹, V. Ricca¹, C. Lo Sauro¹, E. Mannucci², C. Ravaldi¹, C.M. Rotella¹, C. Faravelli³

¹ Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, ² Sezione di Cardiologia Geriatrica, Dipartimento di Medicina Cardiovascolare, ³ Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze

Gli studi sull'esito a lungo termine dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) indicano che una significativa percentuale (dal 25 al 50%) di soggetti affetti da tali disturbi non risponde alle terapie *standard*. Inoltre, in molti casi si verifica nel tempo un radicale cambiamento della presentazione del

disturbo alimentare con frequenti passaggi da una diagnosi DCA a un'altra. L'obiettivo di questo studio consiste nel valutare l'associazione tra la psicopatologia generale e specifica di un gruppo di pazienti con DCA trattati con terapia cognitivo comportamentale e l'esito nel corso di un *follow-up* di sei anni. Sono stati valutati 793 pazienti con DCA (inclusi anoressia nervosa [AN], bulimia nervosa [BN], disturbo d'alimentazione incontrollata [DAI] e disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati) attraverso un *assessment* effettuato al *baseline*, alla fine del trattamento e a 3 e 6 anni di *follow-up*. La distorsione dell'immagine corporea rappresenta un moderatore della remissione completa nell'AN e nella BN, mentre l'emotional eating risulta associato all'esito al trattamento nel DAI. La comorbidità con disturbi dell'umore è associata nelle AN e nelle BN all'instabilità diagnostica nel corso del periodo di *follow-up*. I risultati evidenziano che tra i pazienti con DCA esistono dei sottogruppi caratterizzati da specifiche dimensioni psicopatologiche che determinano una differente risposta al trattamento e un diverso decorso del disturbo nel tempo.

P118. Dati preliminari di una ricerca sui fattori psicologici implicati nel dolore lombare cronico

G. Cavallotti¹, C. Bonomo², C.A. Clerici¹, L. Veneroni¹, M. Teli³

¹ Sezione di Psicologia, Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biomediche, Facoltà di Medicina, Università di Milano; ² UOC Psicologia Clinica, AO Ospedale San Carlo Borromeo, Milano; ³ Reparto di Ortopedia, Policlinico San Marco di Zingonia

Introduzione: il dolore lombare cronico è una condizione clinica diffusa nella popolazione con un'incidenza circa del 5% e con elevata possibilità di cronicizzazione (*Chronic Low Back Pain*, CLBP) nei casi in cui si applichi una terapia correttiva chirurgica o conservativa. Alcuni studi rilevano che, indipendentemente dall'eziopatogenesi, esiste un'alta prevalenza di pazienti con disturbo psichico in comorbidità che può influenzare il suo decorso ed essere un importante fattore predittivo negativo rispetto alla *compliance* e alla risposta al trattamento. È importante quindi individuare criteri predittivi di un cattivo esito dell'intervento chirurgico.

Obiettivo è valutare l'eventuale presenza di disturbi psichici nei pazienti che presentano una scarsa risposta al trattamento medico, al fine di rilevare eventuali fattori psichici indicatori di prognosi negativa rispetto al trattamento.

Metodi: il campione comprende 20 pazienti adulti. I questionari utilizzati sono l'MMPI-2, il DMI, il BDI e una scheda anamnestica.

Risultati: l'analisi preliminare dei questionari ha rilevato la presenza di fattori comuni tra i pazienti affetti da dolore lombare cronico. Il CLBP sembra essere correlato a stati ansioso-depressivi e alla presenza di elevato *stress* psicosociale.

Conclusioni: lo studio dei fattori psicologici può contribuire a individuare i pazienti che potrebbero beneficiare di un approccio ortopedico conservativo associato a un intervento psicologico e comportamentale.

P119. Immagine corporea nel mondo della danza

D. Chiodo, D. Cristofaro, E. Barbutto, M. Caroleo, P. Ciambrone, A. Bruni, F. Sinopoli, C. Segura Garcia

UO e Scuola di Specializzazione in Psichiatria Dipartimento di Scienze della Salute, Università "Magna Graecia" di Catanzaro

Introduzione: l'insoddisfazione corporea costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare (DCA). Obiettivo dello studio è comparare il livello dell'insoddisfazione corporea fra ragazze che praticano danza classica, exballerine e un gruppo controllo, e se questa è un fattore di rischio per lo sviluppo dei DCA.

Metodi: le 138 ragazze arruolate sono state così divise: Gruppo A: 44 ballerine di danza classica (17 ± 3,1 anni); Gruppo B: 39 ex-ballerine (20,1 ± 3,4 anni); Gruppo C: 55 controlli (21 ± 8,6 anni). *Test* somministrati: Subscala di Insoddisfazione Corporea dell'EDI-2 (EDI2-IC), *Body Image Dimensional Assessment* (BIDA) e *Eating Attitude Test* (EAT-26). L'analisi statistica ha previsto descrizione del campione e tecniche di analisi univariata (ANOVA e *test* di Bonferroni) e multivariata (Regressione Lineare Logistica).

Risultati: il BMI è sovrapponibile nei tre gruppi (F = 2,5; p = ,083). Il gruppo C mostra i valori più elevati di insoddisfazione corporea nelle sottoscale *Sexual Body Dissatisfaction*, *Comparative Body Dissatisfaction* e *Body Dissatisfaction Index* del BIDA. Il Gruppo A ha il punteggio più alto di *Oral Control* dell'EAT-26 (F = 3,1; p = ,05). Non ci sono differenze significative nei punteggi dell'EDI2-IC.

Dall'analisi multivariata emerge che la pratica attuale o pregressa di danza e valori elevati di *Body Dissatisfaction* sono fattori predittivi di maggiore rischio di positività all'EAT26.

Conclusioni: l'insoddisfazione corporea delle ragazze che praticano danza classica è comparabile a quella delle ex ballerine, ma inferiore rispetto ai controlli. Tuttavia la pratica della danza classica e l'insoddisfazione corporea sono fattori di rischio per lo sviluppo di un DCA.

Bibliografia

Quested E, Duda JL. *Perceived autonomy support, motivation regulation and the self-evaluative tendencies of student dancer*. J Dance Med Sci 2011;15:3-14.

Annus A, Smith GT. *Learning experiences in dance class predict adult eating disturbance*. Eur Eat Disord Rev 2009;17:50-60.

Urdapilleta I, Cheneau C, Masse L, et al. *Comparative study of body image among cancers and anorexic girls*. Eat Weight Disord 2007;12:140-6.

P120. Variabili cliniche associate a migliore outcome di anoressia e bulimia nervosa

D. Chiodo, V. Mascaro, E. Barbutto, P. Ciambrone, M. Caroleo, A. Bruni, F. Sinopoli, C. Segura Garcia

UO e Scuola di Specializzazione in Psichiatria Dipartimento di Scienze della Salute, Università "Magna Graecia" di Catanzaro

Introduzione: sebbene non siano a tuttora definiti i criteri di guarigione dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), è documentata la loro variabilità di sintomatologia e decorso. Scopo dello studio è identificare le variabili associate a un migliore andamento di malattia.

Metodi: 15 pazienti con DCA (20% ANP, 40% ANR, 40% BNP) sono state valutate a t0 e dopo almeno 5 anni di terapia (t1) attraverso: TCI-R, EDI-2, BUT, *Body Image Dimensional Assessment* (BIDA), ORTO15 e YBC-EDS. L'analisi statistica ha previsto descrizione del campione e tecniche di analisi univariata e multivariata.

Figura 1. Migrazioni diagnostiche.

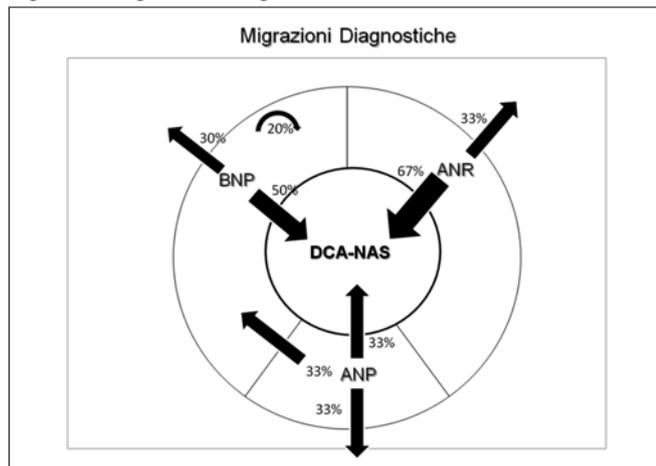


Figura 2. TCI-R.

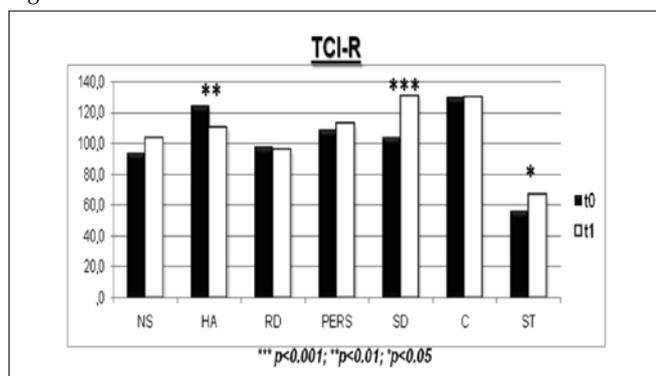
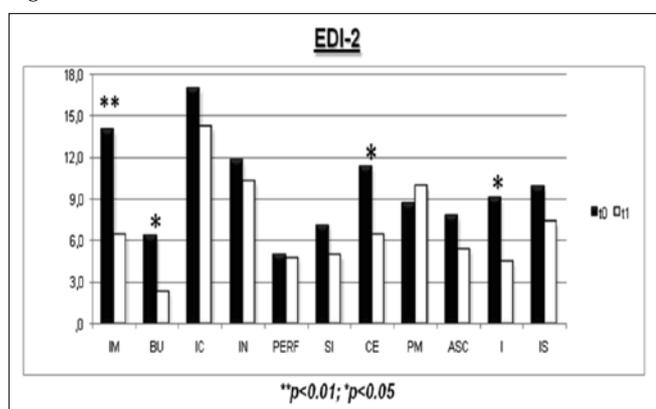


Figura 3. EDI-2.



Risultati: le diagnosi a t1 sono così variate: 13% BNP, 53% DCA-NAS e 33% senza diagnosi (Fig. 1). Sono state riscontrate variazioni significative sia al TCI-R (Fig. 2) che all'EDI2 (Fig. 3) a t1. A t1 le pazienti con BNP hanno i livelli più elevati di insoddisfazione corporea e ortorexia.

La regressione lineare ha evidenziato che la minore durata di malattia non trattata a t0 si associa a riduzione dell'impulso alla magrezza e dell'impulsività e all'aumento della consapevolezza enterocettiva e dell'auto-direzione a t1. La riduzione della frequenza delle abbuffate si associa a minore impulsività e maggiore persistenza a t1. La riduzione del *purging* si associa a minore ricerca della novità.

Conclusioni: la variabile correlata a un migliore andamento di malattia è la durata del disturbo a t0: la minore durata di malattia non trattata è il miglior fattore predittivo di risposta al trattamento.

Bibliografia

Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, et al. *Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V.* Am J Psychiatry 2008;165:245-50.

Keel PK, Brown TA. *Update on course and outcome in eating disorders.* Int J Eat Disord 2010; 43:195-204.

Keel PK, Gravener JA, Joiner Jr TE, et al. *Twenty-year follow-up of bulimia and related disorders not otherwise specified.* Int J Eat Disord 2010;43:492-7.

P121. Servizio per la depressione in gravidanza e nel post-partum, primi risultati

M. Colatei, R. Ortenzi¹, D. Ussorio¹, G. Di Emidio, R. Roncone¹, A. D'Alfonso², A. Di Fonso², V. Parisse², G. Carta²

Scuola di Specializzazione in Psichiatria; ¹ Unità di Psichiatria, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila; ² Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia

Introduzione: durante la gravidanza la donna può presentare sintomi depressivi o preoccupazioni eccessive concentrate sul parto e sul nascituro (soprattutto nel primo e nel terzo trimestre). Il 10-15% delle donne dopo il parto può sviluppare una depressione *post-partum*. Non è prerogativa della prima gravidanza, ma può manifestarsi nelle gravidanze successive poiché legata a fattori molteplici. Scopo del nostro studio è valutare come i diversi fattori di rischio influenzino il benessere della donna durante la gravidanza e nell'insorgenza di una depressione nel *post-partum*.

Materiali e metodi: le donne che partoriscono presso la Clinica di Ginecologia e Ostetricia vengono sottoposte a uno *screening* per la depressione in gravidanza e nel *post-partum* tramite una scheda anagrafica, una scheda psichiatrica e ostetrica, la *Edinburgh Post-partum Depression Scale* (EPDS), e il *General Health Questionnaire a 28 item* (GHQ-28). Le utenti che allo *screening* presentano dei fattori di rischio per l'insorgenza di una sintomatologia depressiva e che hanno ottenuto valori elevati alla EPDS e al GHQ-28, vengono poi ricontattate per un *follow-up* 40 giorni, tre e sei mesi dal parto.

Risultati: dal mese di novembre 2010 al mese di luglio 2011, presso la Clinica di Ginecologia e Ostetrica dell'Ospedale Civile S. Salvatore di L'Aquila, 124 donne (età media 33,77 anni) sono state sottoposte allo *screening*. Il 6,19% ha superato i *cut-off* della EPDS e del GHQ-28. Il 28% si è rivolta in passato a uno specialista. Alti punteggi alla EPDS e al GHQ-28 si correlano positivamente con una bassa scolarità, con l'assunzione attuale di farmaci psicotropi ($p = 0,00$), con la presenza di

familiarità psichiatrica ($p = 0,009$; $p = 0,006$), con precedenti psichiatrici nel corso di pregresse gravidanze ($p = 0,053$; $p = 0,000$) e aborti (GHQ-28 $p = 0,003$). Inoltre, maggiore è la nausea nel corso dell'attuale gravidanza, minore è la percezione di benessere (GHQ-28 $p = 0,004$).

Conclusioni: i dati elaborati concordano con quelli presenti in letteratura. Maggiori sono i fattori di rischio presenti, tanto più emergono dei sintomi depressivi e una peggiore percezione del proprio benessere. La nostra esperienza suggerisce l'importanza di un servizio di psichiatria di liaison con i reparti di ostetricia/maternità, allo scopo di identificare e intervenire precocemente nelle condizioni di malessere psicologico delle persone in stato interessante e nel puerperio, a garanzia della preservazione e del mantenimento del loro stato di benessere psichico e in quello dei nascituri.

Bibliografia

Bunevicius R, et al. *Psychosocial risk factors for depression during pregnancy*. Acta Obstet Gynecol Scand 2009;88:599-605.

Yonkers KA, Smith MV, Lin H, et al. *Depression screening of perinatal women: an evaluation of the healthy start depression initiative*. Psychiatr Serv 2009;60:322-8.

Piacentini D, et al. *Efficacia di un intervento cognitive-comportamentale manualizzato nella depressione post-partum*. Riv Psichiatr 2011;46:187-94.

P122. Presenza di sintomi dissociativi in pazienti con disturbi dell'umore e d'ansia

C. Colletti, A. Anastasia, F.S. Bersani, E. Prinziavalli, G. Bersani
Dipartimento di Scienze e Biotechnologie Medico-Chirurgiche, Sapienza Università di Roma, Facoltà Farmacia e Medicina DSM ASL/LT-Unità di Psichiatria, Ospedale "A. Fiorini", Terracina (LT)

Introduzione: questo studio si pone l'obiettivo di indagare sulla presenza di esperienze dissociative in pazienti affetti da disturbo d'ansia o disturbo dell'umore, di riconoscere una possibile correlazione tra la severità clinica del disturbo e la presenza di queste esperienze e di individuare una categoria di pazienti a più alto rischio.

Metodi: il campione è costituito da 42 donne e 14 uomini (56 pazienti) inclusi nello studio in base a criteri quali diagnosi di disturbo dell'umore o disturbo d'ansia secondo DSM-IV, *Clinical Global Impression /Global Severity Index (CGI) > 3*, *Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)* and *Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) > 18*, età compresa tra i 18 e i 65 anni. Il campione è stato valutato attraverso questionari di autosomministrazione: *Dissociative Experience Scale (DES)*; *Temperament and Character Inventory (TCI)* and *Self-Report Symptoms Inventory (SCL-90)*. L'analisi statistica è stata effettuata mediante *Shapiro-Wilk Test* e *T-Student* allo scopo di comparare il campione in base al genere, al tipo di diagnosi e al valore della scala DES.

Risultati: i sintomi dissociativi appaiono relativamente frequenti in pazienti con disturbi dell'umore e d'ansia. In particolare le esperienze dissociative risultano maggiormente correlate a una sintomatologia depressiva, a un quadro psicopatologico più severo e alla presenza di particolari tratti di personalità. Questi risultati si dimostrano importanti anche per future indagini sul piano farmaco-terapeutico.

P123. Deficit della funzione olfattiva in pazienti affetti da disturbo ossessivo compulsivo

C. Colletti, A. Quartini, F. Ratti, G. Bersani

Dipartimento di Scienze e Biotechnologie Medico-Chirurgiche, Sapienza Università di Roma, facoltà Farmacia e Medicina, DSM ASL/LT-Unità di Psichiatria, Ospedale "A. Fiorini", Terracina (LT)

Introduzione: il disturbo ossessivo compulsivo (DOC) sembrerebbe essere caratterizzato da alterazioni strutturali e funzionali a carico dei circuiti "affettivi" cortico-striato-talamo-corticali comprendenti la corteccia orbitofrontale (OFC). L'OFC riveste un ruolo fondamentale nella funzione olfattiva, in particolare nella discriminazione e identificazione degli odori. *Deficit* olfattivi e associato *impairment* cognitivo sono stati ampiamente indagati in patologie psichiatriche quali la schizofrenia e la depressione; pochi i dati, invece, nel DOC.

Metodi: 46 soggetti [25 pazienti (pz) con diagnosi di DOC e 21 soggetti sani di controllo (ctrl)] sono stati sottoposti a *Brief Smell Identification Test (B-SIT)*. La valutazione delle funzioni cognitive è stata effettuata tramite la *Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB)*. I test utilizzati sono stati i seguenti: PAL, SSP, SWM, SOC, IED, RVIP, IST, e SST.

Risultati: i pz con diagnosi di DOC hanno mostrato difficoltà nel test di identificazione degli odori (B-SIT) e una ridotta *performance* nei test di valutazione delle capacità mnesiche (PAL), delle funzioni esecutive (SSP, SWM, e IED) e della capacità di controllo inibitorio (SST). Il *deficit* olfattivo e il grado di *impairment* al test SST correlano significativamente.

Conclusioni: i risultati da noi ottenuti, sebbene preliminari, sembrerebbero indicare la presenza di *deficit* olfattivi nel DOC. La correlazione tra il *deficit* olfattivo e la *performance* al test SST suggerisce la possibilità con test semplici quale il B-SIT da noi utilizzato di valutare la funzionalità della OFC nei pz con diagnosi di DOC.

P124. Escitalopram vs. duloxetina nel disturbo depressivo in comorbidità con ansia: uno studio in aperto a 12 mesi

A. Colombo, A. Roaro, M. Mereghetti, M.F. Bosi, M. Beltrami, C. Viganò, G. Ba

Università di Milano, Cattedra di Psichiatria, Centro Disturbi Depressivi, Ospedale "L. Sacco", Milano

Introduzione: la frequente comorbidità tra depressione e ansia rende necessario un trattamento farmacologico efficace su entrambi i *clusters* sintomatologici come duloxetina ed escitalopram¹.

Obiettivo: obiettivo di questo studio è confrontare l'efficacia di duloxetina ed escitalopram nel trattamento a 12 mesi dell'episodio depressivo maggiore (EDM) in comorbidità con un disturbo d'ansia (DA).

Metodi: 36 pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: un gruppo ($n = 18$) è stato trattato con duloxetina (60-120 mg die) e un altro ($n = 18$) escitalopram (10-40 mg die).

L'efficacia è stata valutata al *baseline*, 1, 6 e 12 mesi con le scale di valutazione *Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D21)*, *Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA)* e *Montgomery Asberg Rating Scale (MADRS)*. L'analisi statistica è stata effettuata con ANOVA e *test t* di *Student*.

Risultati: i due gruppi sono risultati omogenei per le caratteristiche demografiche. Entrambi hanno mostrato una significati-

va riduzione dei punteggi a tutte le scale nel tempo. Il gruppo in escitalopram ha mostrato una riduzione significativa alla HAMD21 e HAMA a 6 e 12 mesi, non emerse alla MADRS.

Conclusioni: i risultati confermano l'efficacia di entrambi i trattamenti nella terapia a lungo termine dell'EDM in comorbilità con DA con un vantaggio per escitalopram a 6 e 12 mesi di trattamento.

Bibliografia

¹ Papakostas GI, Larsen K. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2010 Sep.

P125. Obesità, ansia, depressione e desiderio sessuale: uno studio su un campione di pazienti obesi

M. Colombo, P. Zeppegno, F. D'Andrea, E. Torre
SC Psichiatria, AOU Maggiore della Carità, UPO A. Avogadro, Novara

Introduzione: valutare l'eventuale presenza di ansia e depressione in un gruppo di pazienti di sesso maschile e femminile, sovrappeso e obesi, afferenti in prima visita presso l'ambulatorio di dietologia dell'Ospedale Maggiore di Novara da marzo a giugno 2011. Valutare il desiderio sessuale sia nella sua componente di autoerotismo che in quella verso un partner. Valutare le relazioni esistenti tra desiderio sessuale, ansia e depressione. Valutare la percezione che i pazienti hanno del loro corpo e l'eventuale presenza di rabbia (di stato e di tratto) analizzandone le sue componenti principali.

Metodi: sono stati inseriti nello studio 100 pazienti. Il Protocollo di studio è composto da: Scheda Paziente, HADS, *Sexual Desire Inventory*, *BC Scale* e *STAXI-2*.

Risultati: i livelli di ansia, depressione e insoddisfazione per il proprio corpo risultano elevati. Si sono evidenziati bassi livelli di desiderio sessuale nel campione femminile e livelli nella norma negli uomini. Non sono emerse associazioni statisticamente significative tra depressione, ansia e basso desiderio sessuale. In entrambi i sessi c'è la tendenza a controllare la rabbia interiormente. Gli uomini la esprimono per lo più verbalmente e le donne fisicamente.

P126. Depressione resistente e terapia aggiuntiva con rTMS

C. Concerto¹, D. Cannavò¹, G. Lanza², M. Pennisi³, E. Aguglia¹
¹ AOU Policlinico "G. Rodolico", Vittorio Emanuele II, Catania, Dipartimento di Biomedicina Clinica e Molecolare, UOPI Psichiatria; ² AOU Policlinico "G. Rodolico", Vittorio Emanuele II, Catania, Dipartimento "G.F. Ingrassia", Sezione di Neuroscienze; ³ Dipartimento di Scienze Chimiche, Sezione Biochimica e Biologia Molecolare, Università di Catania

Introduzione: il disturbo depressivo maggiore si caratterizza per una evoluzione di tipo cronico correlata alla presenza di episodi ricorrenti e ricadute. Nonostante i diversi approcci terapeutici è ancora presente una sostanziale percentuale di pazienti che rispondono parzialmente o non rispondono alla terapia. Gli studi fino a ora condotti sull'utilizzo della stimolazione magnetica ripetitiva (rTMS) hanno evidenziato l'efficacia di tale tecnica nel trattamento di tale disturbo proponendo la rTMS come potenziale strategia di *augmentation*.

Metodi: obiettivo dello studio è quello di valutare l'efficacia del trattamento combinato con rTMS e farmacoterapia sulla sintomatologia depressiva e sulle funzioni esecutive. Un gruppo di 10 pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore resistente sono stati trattati con rTMS ad alta frequenza (10HZ) per 4 settimane consecutive. Per valutare l'effetto del trattamento è stata effettuata valutazione psicometrica all'inizio e alla fine dello studio: HAMD-21, MADRS, FAB, TMT-A, TMT-B, *Stroop Test*.

Risultati: è stato osservato un miglioramento della sintomatologia depressiva e delle funzioni esecutive a fine trattamento come indicato dalla riduzione del punteggio alla HAMD-21, alla MADRS, alla FAB e allo *Stroop Test*.

Conclusioni: la stimolazione magnetica ripetitiva si presenta come una valida strategia di *augmentation* nel trattamento dei pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore resistente.

P127. Valutazione degli aspetti temperamentali e del disagio psichico in un campione di pazienti afferenti all'ambulatorio per i disordini craniomandibolari

A. Condini, A. Polito, M. Marini, L. Guarda-Nardini, C. Pavan
Clinica Psichiatrica, Università di Padova

Introduzione: un ruolo importante nella genesi e nel mantenimento dei disordini craniomandibolari viene attribuito ai fattori di natura psichica.

Lo studio valuta le caratteristiche temperamentali di pazienti afferenti all'Ambulatorio DCM attraverso il confronto con un gruppo di controllo proveniente dalla popolazione generale.

Metodi: sono stati confrontati due gruppi [DCM (N = 90) e controlli (N = 51)] tramite il *Tridimensional Personality Questionnaire*, le scale di *Hamilton* per l'ansia e depressione e la *Mini Plus*. I DCM sono stati divisi in "Miofasciali", "Articolari", "Misti" (RDC/TMD).

Risultati: per quanto riguarda le differenze tra i sottogruppi DCM e i controlli, nella HDRS e nella HARS emerge che i pazienti articolari hanno punteggi medi maggiori rispettivamente $M \pm SD 8,84 \pm 7,23$ e $11,78 \pm 7,40$. Questi dati sono confermati dalla Mini Plus. Analizzando le differenze temperamentali nei vari gruppi emergono significatività statistiche per quanto riguarda la *Reward Dependence*, in particolare per sentimentalismo/insensibilità con livelli più elevati negli articolari che risultano avere inoltre maggior tendenza all'attaccamento. Differenze significative si riscontrano nell'*Harm Avoidance* dove i miofasciali hanno un punteggio più alto nella dimensione affaticabilità e astenia/energia.

Conclusioni: lo studio evidenzia come gli Articolari presentino maggior sofferenza psichica e peculiari aspetti temperamentali, che sembrano predittori di appartenenza a tale sottogruppo diagnostico.

Bibliografia

Cloninger CR. *The psychobiological theory of temperament and character: comment on Farmer and Goldberg (2008)*. Psychol Assess 2008;20:292-9.

Peroz I, Hantel H. *Stress, coping and craniomandibular disorders-a longitudinal study*. Z. Psychosom Med Psychother 2010;56:23-33.

Pud D, Eisenberg E, Sprecher E, et al. *The tridimensional Personality theory and pain: harm avoidance and reward dependence traits correlate with pain perception in healthy volunteers*. Eur J Pain 2004;8:31-8.

P128. Assetto tiroideo nei pazienti con disturbo depressivo maggiore

S. Costi, S. Riccardi, A. Montali, M. Amore

Dipartimento di Neuroscienze Sezione di Psichiatria, Università di Parma

Introduzione: questo studio indaga gli aspetti psicopatologici, il funzionamento psicosociale e le correlazioni con gli indici di funzionalità tiroidea (TSH, FT3, FT4) in soggetti affetti da disturbo depressivo maggiore (DSM-IV-TR).

Metodi: 93 pazienti con disturbo depressivo maggiore ricoverati presso la Clinica Psichiatrica di Parma valutati per variabili clinico-anamnestiche, comorbilità in Asse I (SCID-I), gravità clinica (CGI-I), livello di adattamento globale (VGF) e psicosociale (SVFSL). Si esclude distiroidismo *lifetime* a livello clinico e/o bioumorale.

Risultati: l'analisi correlazionale di Spearman evidenzia un'associazione tra FT4 circolante e punteggio HAM-D ($p = ,33$; $p < ,001$). Si rileva correlazione tra FT4 sierico e i fattori HAM-D (Cleary et al 1977) "Ansia/Somatizzazione", "Peso" e "Rallentamento". Al crescere della concentrazione di FT4 si riduce il livello VGF e aumenta la gravità clinica alla CGI-I. Tramite *Mann-Whitney Test* si riscontra una riduzione del TSH sierico in pazienti con anamnesi positiva per tentativi di suicidio ($Z = -2,44$; $p < ,05$).

Conclusioni: viene delineandosi un sottogruppo con maggiore gravità clinica a ridotta conversione di T4 in T3. Il rapporto tra tentativi di suicidio e livelli di TSH circolante suggerisce una correlazione tra indici periferici e funzionalità cerebrale. Questi dati implicano la possibilità di potenziare l'intervento farmacologico antidepressivo mediante ormoni tiroidei di sintesi indipendentemente dalla terapia ormonale già in atto

P129. Predittori di drop out precoce in pazienti con disturbo del comportamento alimentare

M. D'Ostilio, M. Menchetti, M. Forlani, V. Caretto, V. Bernabei, A.R. Atti, F. Moretti

Istituto di Psichiatria "P. Ottonello", Bologna

Scopo: descrivere le caratteristiche cliniche, temperamentalmente e di personalità che possono predire il *drop out* precoce in pazienti con DCA.

Metodi: il campione è composto dai soggetti afferenti all'Unità di Studio e Assistenza DCA dell'Istituto di Psichiatria dell'Università di Bologna nel primo semestre 2011. Ai pazienti venivano somministrati MINI, EDE, BITE SCID-II e TCI. Sono stati confrontati i pazienti che abbandonavano il trattamento con quelli che lo continuavano.

Risultati: la popolazione oggetto di studio è composta da 63 soggetti con un'età media di $37,0 \pm 11,7$ anni, in gran parte di genere femminile (88,9%). Il tasso di *drop out* precoce è risultato essere pari al 30,2%, con la maggioranza dei casi (13 su 19) durante la fase di valutazione. Il *drop out* appare correlato alla diagnosi di Bulimia Nervosa (OR, CI 95% = 5,87, 1,75-19,69) e alla presenza di tratti o disturbo *borderline* di personalità (OR, CI 95% = 3,47, 1,04-11,56). Indagando il temperamento, emerge che i pazienti che hanno interrotto il trattamento risultano "pratici", solitari, hanno

scarsa persistenza o continuità e tendono ad avere una alta auto-direzionalità.

Conclusioni: sia fattori clinici che temperamentalmente e di personalità sono legati al *drop out* precoce di pazienti con DCA. Una valutazione completa e multiassiale di tutti questi aspetti è quindi necessaria per individuare soggetti ad alto rischio di abbandonare il trattamento.

P130. Alterazione dei meccanismi di compenso periferico del BDNF nei disturbi d'ansia e dell'umore

M. De Vanna, V. Moret, R. Terrana, A. Zangrando, D. Carlino

Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute, Università di Trieste

Introduzione: le neurotrofine sono ormai riconosciute come mediatori di una serie di effetti quali quello neurotrofico, immunotrofico e metabotrofico. Il tessuto adiposo si comporta come un organo endocrino che produce diverse proteine, tra cui il BDNF, denominate adipochine. È possibile ipotizzare un *deficit* neuro-metabotrofico nella patogenesi di diverse patologie complesse.

Metodi: è stata realizzata una Biobanca del Friuli Venezia Giulia per l'identificazione delle cause principali delle malattie multifattoriali. L'*assessment* neuropsicologico comprende: SCID-I, HAM-A e HAM-D. I livelli sierici di BDNF sono stati valutati utilizzando un *kit* ELISA (Promega).

Risultati: sono stati arruolati 773 soggetti (M/F: 429/311); il 4,9% ha evidenziato un disturbo d'ansia e/o dell'umore. Le donne sane mostrano una correlazione positiva tra livelli sierici di BDNF e BMI ($p < 0,03$); tali correlazioni non si evidenziano nel gruppo di donne affette né nei maschi.

Conclusioni: approfondire le conoscenze sui meccanismi di compenso periferico risulta fondamentale per intraprendere studi mirati a definizione del BDNF come possibile *biomarker* nei disturbi d'ansia e dell'umore.

Bibliografia

Chaldakov G. *The metabotrophic NGF and BDNF: an emerging concept.* Arch Ital Biol 2011;149:257-63.

Chaldakov GN, Tonchev AB, Aloe L. *NGF and BDNF: from nerves to adipose tissue, from neurokines to metabokines.* Riv Psichiatr 2009;44:79-87.

P131. Apatia e demenza di Alzheimer

M. De Vanna, T. Bonavigo, L. Bortot, S. D'Offizi, S. Panarello, D. Carlino

Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute, Università di Trieste

Introduzione: i sintomi psichici e comportamentali della demenza vengono raggruppati in *clusters*: apatia, depressione, psicosi, agitazione psicomotoria, aggressività. Tuttavia la relazione tra apatia e depressione, pur avendo aloni concettuali molto simili, rimane ancora elusiva.

Metodi: pazienti affetti da demenza vascolare e/o mista sono stati arruolati presso il Centro UVA di Trieste. Per ogni paziente

sono stati raccolti i dati anamnestici e clinici ed è stato somministrato il MMSE.

Risultati: sono stati arruolati 39 casi (M/F: 21/18) con un punteggio al MMSE di $21,5 \pm 7,3$. Non è stata evidenziata alcuna correlazione tra depressione *deficit* cognitivo mentre una correlazione positiva è stata evidenziata tra presenza di apatia e score al MMSE ($p < 0,03$).

Conclusioni: l'apatia sembra costituire una sindrome comportamentale indipendente dal quadro depressivo sottostante, rendendo necessaria un'attenta diagnosi differenziale.

Bibliografia

Drijgers RL, Verhey FR, Leentjens AF, et al. *Neuropsychological correlates of apathy in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: the role of executive functioning*. Int Psychogeriatr 2011;23:1327-33.

Mortby ME, Maercker A, Forstmeier S. *Midlife motivational abilities predict apathy and depression in Alzheimer disease: the aging, demographics, and memory study*. J Geriatr Psychiatry Neurol 2011;24:151-60.

P132. Impulsività e disturbo da panico: il ruolo della ciclotimia

A. Del Carlo, M. Benvenuti, S. Rizzato, F. Casalini, V. Falaschi, M. Fornaro, L. Dell'Osso, G. Perugi

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

L'impulsività, già risultata più elevata in una nostra casistica mista di soggetti affetti da disturbo d'ansia rispetto a controlli sani, viene adesso valutata in diversi sottotipi diagnostici (disturbo da panico) ipotizzando che possa non essere correlata alla diagnosi di disturbo d'ansia per sé ma alla comorbidità con il disturbo ciclotimico. Abbiamo valutato 66 soggetti affetti da disturbo da panico e 44 soggetti di controllo con la MINI, la BRDMS, la STAI-Y, la HCL-32, il CGI, il TEMPS-M, la SASI, la ISSI, la BIS e il test IMT/DMT. Il campione iniziale è stato suddiviso in 2 sottogruppi (Ciclo+, $n = 22$ e Ciclo-, $n = 44$) in base alla presenza di comorbidità, o meno, con il disturbo ciclotimico. Per la diagnosi di disturbo ciclotimico abbiamo utilizzato sia i criteri del DSM-IV-TR sia criteri modificati per l'ipomania con soglia di durata di 2 giorni. Sono state effettuate analisi di confronto caso/controllo e tra i due sottogruppi e i controlli. Il confronto caso/controllo ha evidenziato come i soggetti affetti da disturbo da panico risultino più impulsivi rispetto ai controlli in tutte le misure esplorate. Nel confronto Ciclo+ vs. Ciclo- vs. controlli i soggetti Ciclo+ sono risultati più impulsivi rispetto ai Ciclo- e ai controlli e caratterizzati da maggiore impegno sintomatologico, elevati punteggi alle scale per il temperamento, elevata sensibilità interpersonale e ansia di separazione. Si conferma come, l'impulsività risulta, nella nostra casistica, più elevata nei soggetti affetti da disturbo da panico rispetto ai controlli sani in particolare se questo concompita con il disturbo ciclotimico.

P133. Alterazioni metaboliche cerebrali e funzioni neurocognitive in pazienti affetti da disturbi somatoformi e disturbi dissociativi: uno studio PET preliminare

A. Del Casale¹, A. Comparelli¹, A. De Carolis¹, G.D. Kotzalidis¹, D. Serata¹, C. Rapinesi¹, I. Sonni², G. Capriotti², F. Scopinaro², R. Brugnoti¹, S. Ferracuti¹, R. Tatarelli¹, P. Girardi¹

¹ *Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso (NeSMOS), Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea", UOC Psichiatria;* ² *Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma, Azienda Ospedaliera "Sant'Andrea", UO Medicina Nucleare*

I disturbi dissociativi (DD) e somatoformi (DS), presi in considerazione in questo studio PET preliminare, costituiscono le due grandi categorie diagnostiche in asse I del DSM-IV-TR che in psicopatologia classica facevano parte dell'entità nosografica "isteria".

Sono stati reclutati 10 pazienti, di cui 5 affetti da DD (3 M, 2 F; età media 35,4) e 5 da DS (5 F; età media 44,6), diagnosticati sulla base dei criteri del DSM-IV-TR. Tutti i pazienti hanno eseguito una PET con ¹⁸F-FDG e una batteria di test neurocognitivi da 1 a 3 mesi dopo la diagnosi, in fase di post-acuzie.

Dal punto di vista psicopatologico i due gruppi non evidenziano differenze statisticamente significative nei livelli di ansia (HAM-A), depressione (HAM-D) e tratti psicopatologici valutati con BPRS (punteggi totali).

I pazienti con DS hanno risultati significativamente peggiori rispetto a quelli con DD al test *Wisconsin*, con maggior numero di errori totali ($p = 0,032$), errori perseverativi ($p = 0,032$) e risposte perseverative ($p = 0,032$). Alla PET si è dimostrata nei pazienti con DS rispetto a quelli con DD una riduzione nel metabolismo (ipocaptazione del ¹⁸F-FDG) del lobo temporale di sinistra (*Test di Fisher* = 0,004) e dello striato di sinistra (*Test di Fisher* = 0,024).

I DS sono associati a maggiore compromissione delle funzioni neurocognitive e del metabolismo cerebrale. La dissociazione, invece, appare un meccanismo cognitivamente più fine, che, in alcuni casi, potrebbe dare dei vantaggi nell'adattamento allo stress.

P134. Correlazioni tra età e genere e PTSD di Asse I e parziale in una popolazione di studenti e genitori sopravvissuti al terremoto de L'Aquila 2009

L. Dell'Osso¹, C. Carmassi¹, D. Marazziti¹, I. Pergentini¹, M. Corsi¹, C. Socci¹, I. Moroni¹, P. Stratta², I. Riccardi², C. Capanna², A. Rossi²

¹ *Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologia, Università di Pisa;* ² *Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila*

Introduzione: numerosi studi hanno indagato i principali fattori di rischio per lo sviluppo PTSD a seguito dei terremoti^{1,2}, ma a oggi esistono dati contraddittori sul ruolo di genere ed età. Scopo di questo studio è di indagare il PTSD, di Asse I e parziale, e i sintomi di spettro post-traumatico da stress in un campione di studenti delle scuole superiori e nei loro genitori/parenti sopravvissuti al terremoto de L'Aquila del 2009, con

particolare attenzione all'impatto dell'età, del genere e delle loro interazioni.

Metodi: 939 soggetti (478 donne e 471 uomini), suddivisi per genere ed età (> 50 anni e < 50 anni), sono stati indagati mediante: *Trauma and Loss Spectrum-Self Report (TALS-SR)*¹ e *Impact of Event Scale (IES)*.

Risultati: 372 (41,3%) soggetti hanno riportato PTSD, con tassi significativamente più alti nelle donne rispetto agli uomini ($\chi^2 = 70,11$, $p < ,001$), e 294 (32,5%) PTSD parziale. Le donne presentavano un numero più elevato di sintomi di spettro post-traumatico da *stress*, mentre gli uomini riportavano un numero significativamente maggiore di comportamenti maladattativi a seguito del sisma. I soggetti più anziani presentavano un numero significativamente maggiore di sintomi di rievocazione e aumentato arousal rispetto ai più giovani.

Conclusioni: i nostri risultati dimostrano importanti tassi di PTSD di Asse I e parziale nelle vittime del terremoto de L'Aquila del 2009 e confermano un importante ruolo dell'età e del genere nell'insorgenza di tali quadri.

Bibliografia

- 1 Dell'Osso L, Carmassi C, Massimetti G, et al. *Full and partial PTSD among young adult survivors 10 months after the L'Aquila 2009 earthquake: gender differences*. *J Affect Dis* 2011;131:79-83.
- 2 Dell'Osso L, Carmassi C, Massimetti G, et al. *Impact of traumatic loss on post-traumatic spectrum symptoms in high school students after the L'Aquila 2009 earthquake in Italy*. *J Affect Dis* 2011;134:59-64.
- 3 Dell'Osso L, Carmassi C, Rucci P, et al. *A multidimensional spectrum approach to post-traumatic stress disorder: comparison between the Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS) and the Self-Report instrument (TALS-SR)*. *Compr Psychiatry* 2009;50:485-90.

P135. Correlazioni tra spettro post-traumatico da stress e sesso, età e grado di esposizione nella popolazione generale dopo il terremoto de L'Aquila del 6 aprile 2009

L. Dell'Osso¹, C. Carmassi¹, E. Massimetti¹, I. Moroni¹, F. Belatti¹, P. Stratta², I. Riccardi², C. Capanna², A. Rossi²

¹ Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologia, Università di Pisa; ² Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila

Introduzione: il PTSD e la sintomatologia di spettro post-traumatico da *stress* sono tra le più frequenti reazioni psicopatologiche a eventi catastrofici, quali ad esempio i terremoti, e numerosi studi ne hanno indagato i possibili fattori di rischio¹⁻⁴. Scopo di questo studio è indagare le possibili correlazioni tra PTSD, sia di Asse I che parziale, e sintomi di spettro post-traumatico da *stress* e genere, età e grado di esposizione al terremoto de L'Aquila 2009.

Materiali e metodi: 1488 soggetti (721 donne e 767 uomini) della popolazione generale, di cui 939 "direttamente" e 549 "indirettamente esposti" al terremoto (residenti > 150 km lontano dall'epicentro), sono stati indagati mediante TALS-SR⁵. Il campione è stato suddiviso in 8 sottogruppi confrontabili per sesso, età (≤ 40 vs. > 40 anni) e grado di esposizione ("esposti" vs. "non esposti") mediante estrazione casuale.

Risultati: il 41,3% dei soggetti "esposti" presentava PTSD rispetto al 16,6% dei "non esposti". Le donne e gli "esposti"

hanno riportato tassi di PTSD significativamente più alti sia nel campione totale che nei vari sottogruppi, mentre solo lontano dall'epicentro le donne più giovani presentavano significativamente più PTSD rispetto alle più anziane. Sintomi di spettro post-traumatico sono risultati significativamente più alti nelle donne.

Conclusioni: i nostri risultati confermano elevati tassi di PTSD e di sintomi di spettro post-traumatico da *stress* nelle vittime del terremoto de L'Aquila 2009 ed evidenziano la necessità di ulteriori studi tesi a indagare la vulnerabilità di particolari gruppi di popolazione per sesso, età e grado di esposizione.

Bibliografia

- 1 Kun P, Han S, Chen X, et al. *Prevalence and risk factors for post-traumatic stress disorder: a cross-sectional study among survivors of the Wenchuan 2008 earthquake in China*. *Depress Anxiety* 2009;26:1134-40.
- 2 Dell'Osso L, Carmassi C, Massimetti G, et al. *Full and partial PTSD among young adult survivors 10 months after the L'Aquila 2009 earthquake: gender differences*. *J Affect Dis* 2011;131:79-83.
- 3 Dell'Osso L, Carmassi C, Massimetti G, et al. *Impact of traumatic loss on post-traumatic spectrum symptoms in high school students after the L'Aquila 2009 earthquake in Italy*. *J Affect Dis* 2011;134(1-3):59-64.
- 4 Rossi A, Capanna C, Struglia F, et al. *Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R) 1 year after the earthquake of L'Aquila (Italy)*. *Pers Individ Dif* 2011;51:545-8.
- 5 Dell'Osso L, Carmassi C, Rucci P, et al. *A multidimensional spectrum approach to post-traumatic stress disorder: comparison between the Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS) and the Self-Report instrument (TALS-SR)*. *Compr Psychiatry* 2009;50:485-90.

P136. Donne e depressione: disturbo dell'umore o di personalità?

E. di Giacomo^{1,2}, A. Alamia¹, S. Manzutto¹, F. Aspesi², A. Cardile¹, M. Lazzari², G. Riboldi², O. Fornasiero², M. Provenzi^{1,2}, M. Capuano², L. Matteo², S. Rago², M. Clerici^{1,2}

¹ Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Università di Milano, Bicocca; ² Dipartimento di Psichiatria, Ospedale San Gerardo Nuovo, Monza

Scopo: dimostrare che i disturbi di personalità, in particolare il *borderline*, sono la causa dominante dell'igente quantità di donne ricoverate in SPDC per peggioramento della sintomatologia depressiva.

Metodi: pazienti: ricoverati e trattati con antidepressivi; tempo di reclutamento: 6 mesi; *test:* questionario socioeconomico, SCID II, *Hamilton Depression Rating Scale*, BAI, BDI.

Risultati: il 63% dei pazienti ricoverati durante il periodo di reclutamento e trattati con antidepressivi era rappresentato da donne. Questionario Socioeconomico: il 45% delle donne è sposata, il 53% disoccupata, il 36% ha un livello di istruzione primaria, il 90% ha assunto un antidepressivo in passato, l'80% ha un'anamnesi positiva per tentato suicidio. Risultati: *Hamilton Depression Rating Scale* = 28 ± 6 ; BDI = $29 \pm 7,5$; BAI = 29 ± 7 ; SCID II: 52% disturbo *borderline* di personalità.

Conclusioni: il nostro studio sottolinea l'importanza dei disturbi di personalità, in primis *borderline*, nell'espressione di sintoma-

tologia depressiva. Le implicazioni sono di estrema importanza, dal momento che risulta molto differente l'approccio e il trattamento di un disturbo di personalità rispetto a un disturbo dell'umore, oltre a necessitare dell'impiego di risorse e di una spesa sanitaria notevolmente differenti.

Bibliografia

Mercer D, Douglass AB, Links PS. *Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms.* J Pers Disord 2009;23:156-74.

P137. Valutazione di efficacia, tollerabilità, compliance e qualità di vita dopo switch da quetiapina a rilascio immediato (quetiapina RI) a quetiapina a rilascio prolungato (quetiapina RP) in pazienti affetti da disturbi dell'umore

C. Dobrea¹, C. Arici, S. Gianetti, L. Lietti, F. Castellano, M. Serati, M. Cigliobianco, D. Moliterno, B. Dell'Osso, A.C. Altamura

¹ Dipartimento di Scienze Neurologiche, Università di Milano; Dipartimento di Salute Mentale, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Introduzione: la formulazione a rilascio prolungato della quetiapina (RP) ha il vantaggio di un'unica somministrazione giornaliera. Tuttavia, fino a oggi pochi studi in letteratura ne hanno valutato efficacia, tollerabilità, compliance e qualità di vita in seguito a switch da quetiapina RI^{1,2}. Il presente studio si è proposto tale scopo in pazienti affetti da disturbi dell'umore.

Metodi: sono stati selezionati 22 pazienti affetti da disturbi dell'umore che hanno effettuato uno switch da quetiapina RI a RP. Sono state usate le seguenti scale psicometriche per valutare l'efficacia: HAM-D, HAM-A, MADRS, YMRS, CGI; per la compliance: *Brief Adherence Rating Scale* (BARS); per la tollerabilità: *Dosage Record and Treatment Emergent Symptom Scale* (DOTES); e per la qualità di vita: *Disability Scale* (DISS). I pazienti sono stati valutati al T0 (switch), T1 (7 gg dopo T0) e T2 (6 settimane dopo T0). Sono stati inoltre raccolti i dati clinici e demografici del campione.

Risultati: il campione (10 F, 12 M; età media 54 ± 12 anni; età media d'esordio 36 ± 14 anni) è passato a assumere un dosaggio medio di 355 ± 240 mg/die di quetiapina RP da una media di 393 ± 285 mg/die di quetiapina RI. Il *paired t-test* ha mostrato una riduzione significativa da T0 a T2 alle seguenti scale: HAM-A (t = 2,3; p = 0,03) e CGI (t = 2,2; p = 0,04). La compliance del campione è stata ottimale (compliance media del 94%). Lo switch è stato ben tollerato dal 63,6% dei pazienti e tra i pazienti che hanno riportato effetti collaterali due (9% del campione) hanno droppato. Gli effetti collaterali maggiormente riportati sono risultati essere sedazione (18%); aumento di peso, lieve astenia e stitichezza (ciascuna 4,5%). Nei pazienti con effetti collaterali si è ricorso alle seguenti strategie: aggiunta di una benzodiazepina, re-switch a RI o sostituzione con un altro composto.

Conclusioni: il presente studio, tuttora in fase preliminare, sembrerebbe indicare che lo switch di quetiapina da RI a RP si associ a un miglioramento in alcune misure di outcome. Tuttavia, circa un terzo del campione esaminato ha riportato

effetti collaterali che in alcuni casi hanno determinato l'uscita dallo studio.

Bibliografia

¹ Datto C, Berggren L, Patel JB, et al. *Self-reported sedation of immediate-release quetiapine fumarate compared with extended-release quetiapine fumarate during dose-initiation: a randomized, double-blind, crossover study in healthy adult subjects.* Clin Ther 2009;31:492-502.

² Figueroa C, Brecher M, Hamer Maansson JE, et al. *Pharmacokinetic profiles of extended release quetiapine fumarate compared with quetiapine immediate release.* Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2009;33:199-204.

P138. Autoanticorpi anti-decarbossilasi dell'acido glutammico in epilessie focali e generalizzate: uno studio su 233 pazienti

L. Errichiello¹, G. Perruolo², A. Pascarella¹, P. Formisano², C. Minetti³, S. Striano¹, F. Zara³, P. Striano³

¹ Dipartimento di Neuroscienze, ² Dipartimento di Biologia e Patologia Cellulare e Molecolare, Università "Federico II" di Napoli; ³ Unità per le Malattie Muscolari e Neurodegenerative, Istituto "G. Gaslini", Università di Genova

Introduzione: gli anticorpi anti decarbossilasi dell'acido glutammico (GADA) sono stati associati a molti disturbi neurologici, tra cui l'epilessia, ma lo spettro delle condizioni epilettiche associate ai GADA non è stato ancora completamente stabilito.

Metodi: i GADA sono stati misurati con un saggio radioimmunometrico in una serie di pazienti epilettici consecutivi non selezionati, escludendo pazienti con disturbi neuromuscolari, patologie encefalopatiche acute o subacute, deterioramento cognitivo, sintomi psichiatrici.

Risultati: 233 pazienti (121 donne, età media: 29,3 anni; range: 6-78 anni) sono stati reclutati. 83 pazienti (35,6%) erano affetti da epilessie idiopatiche (66 generalizzate, 17 focali); 59 pazienti (25,3%) da epilessie criptogenetiche (52 focali, 7 generalizzate) e 91 (39,0%) da epilessie sintomatiche (75 focali e 16 generalizzate). I GADA sono stati rilevati in 6 pazienti (2,58%). Due pazienti erano affetti da epilessia generalizzata idiopatica associata a diabete mellito di tipo 1 (DM1); gli altri quattro pazienti avevano diagnosi di epilessia temporale criptogenetica e non di DM1. I pazienti GADA-positivi mostravano una durata media dell'epilessia (8,5 ± 5,0 anni) inferiore a quella dei 48 pazienti GADA-negativi con epilessia criptogenetica focale (17,3 ± 9,6) (p < 0,0001).

Conclusioni: il nostro studio conferma l'associazione dei GADA ad alcune forme di epilessia, in particolare all'epilessia temporale criptogenetica.

Bibliografia

Peltola J, Kulmala P, Isojärvi J, et al. *Autoantibodies to glutamic acid decarboxylase in patients with therapy-resistant epilepsy.* Neurology 2000;55:46-50.

Kwan P, Sills GJ, Kelly K, et al. *Glutamic acid decarboxylase autoantibodies in controlled and uncontrolled epilepsy: a pilot study.* Epilepsy Res 2000;42:191-5.

McKnight K, Jiang Y, Hart Y, et al. *Serum antibodies in epilepsy and seizure-associated disorders.* Neurology 2005;65:1730-6.

P139. Eiaculazione precoce e alessitimia

G. Fanara, A. Gali, G. Mucciardi, F. Borgioli, E. Mezzatesta, B. Cavallari, C. Cucinotta, C. Magno

UOC Urologia, Dipartimento Chir. Gen., Anat. Patol. e Oncol., Università di Messina

L'eiaculazione precoce è una patologia di competenza urologica limita il rapporto sessuale a un brevissimo periodo di tempo con scarsa soddisfazione per entrambi i partner. La letteratura scientifica nazionale e internazionale ha approfondito la correlazione tra la disfunzione sessuale e l'alessitimia. Alcuni studi hanno evidenziato la correlazione tra eiaculazione precoce e alessitimia. Lo scopo di questo lavoro è valutare la presenza in soggetti affetti da eiaculazione precoce di alessitimia. Il campione (n:10 maschi) è stato reclutato c/o la Clinica Urologica del Policlinico Universitario di Messina con un'età compresa tra i 20 e i 55 anni messo a confronto con un gruppo di controllo (n: 10 maschi). L'eiaculazione precoce è stata valutata con il PEDT (premature ejaculation diagnostic tool), mentre la TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) è stata utilizzata per lo studio dell'alessitimia: il *cut-off* per l'alessitimia era indicato da un punteggio ≥ 61 . Dai risultati è emerso una correlazione tra pazienti affetti da eiaculazione precoce e alti punteggi alla TAS (> 61) (8/10 pazienti su dieci; $p < 0,002$) rispetto al gruppo di controllo ($p < 0,001$). In conclusione l'alessitimia può essere un fattore importante nella diagnosi dell'eiaculazione precoce, nonché a un più completo approccio mente-corpo.

P140. Disturbi comportamentali nella malattia di Alzheimer: valutazione psichiatrica del paziente geriatrico complesso

A.L.C. Fiengo¹, S. Cimmarosa¹, V. Preziosi¹, C. Tomasetti¹, E.B. de Notaris¹, A. Fragassi², A. de Bartolomeis¹

¹ Dipartimento di Neuroscienze, Area Didattico-Funzionale di Psichiatria, ² Dipartimento di Scienze Neurologiche, Area Didattico-Funzionale di Neurologia, Università di Napoli "Federico II"

Il 75% dei pazienti con m. di Alzheimer mostra sintomi psichiatrici riconducibili alla complessa fisiopatologia di tale malattia, la quale colpisce circuiti cerebrali implicati nei disturbi affettivi e psicotici. Lo studio ha valutato la distribuzione di tali sintomi in pazienti geriatrici affetti.

Ai parenti di 80 pz 41 M e 39 F, età: 65-85 anni con diagnosi di m. di Alzheimer è stato somministrato il *Neuropsychiatric Inventory* per valutare frequenza e gravità di deliri, allucinazioni, agitazione/aggressività, depressione, ansia, euforia/esaltazione, apatia, disinibizione, irritabilità/labilità affettiva, iperattività motoria, disturbi del sonno, alimentazione. Analisi statistica: *test* χ quadro e coefficiente di correlazione per valutare la relazione tra i due set di dati indipendenti; *test* t per confrontare le medie dei dati (significatività $p \leq 0,05$).

Frequenza dei sintomi: maggiore dopo i 75 anni e nelle donne; depressione 50%; agitazione/aggressività 19%; iperattività motoria ed esaltazione/euforia 15%; deliri (tipo paranoideo) disinibizione 14%; irritabilità 13%; allucinazioni 10%. 60% dei pz ha più di 3 sintomi, il 7% li ha tutti.

I risultati mostrano una rilevante incidenza di sintomi psichiatrici nella m. di Alzheimer. Tali dati pongono in risalto il ruolo

dello psichiatra nella gestione di sintomatologie complesse, riguardanti la sfera cognitivo-affettiva e la funzione socio-relazionale, in corso di patologie geriatriche altamente destruenti come la m. di Alzheimer.

P141. Eating Disorders Well Being Questionnaire (EDwell): una nuova misura per la rilevazione della qualità della vita in pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare

G. Fioravanti¹, V. Ricca², G. Castellini², C. Ravaldi², S. Masetti², A. Vannacci³, E. Mannucci⁴, C. Faravelli¹

¹ Dipartimento di Psicologia, ² Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, ³ Dipartimento di Farmacologia Preclinica e Clinica, ⁴ Dipartimento di Medicina Cardiovascolare, Università di Firenze

Scopo del presente lavoro è lo sviluppo e la validazione di un nuovo strumento autovalutativo, l'*Eating Disorders Well Being Questionnaire (EDwell)*, per lo studio della qualità della vita nei pazienti con disturbi del comportamento alimentare (DCA), che consideri non solo l'intensità ma anche l'importanza soggettiva attribuita al disagio fisico e psicologico causato dal DCA. La procedura di sviluppo del questionario ha condotto alla formulazione di 26 *item*, ciascuno composto da due domande: la prima relativa alla presenza e alla gravità dei sintomi, la seconda relativa alla percezione soggettiva del malessere causato dai sintomi stessi. Il questionario è stato somministrato a un gruppo di 120 pazienti affetti da DCA e a un gruppo di 60 controlli sani. Insieme all'*EDwell* sono stati somministrati l'*Eating Disorder Examination (EDE12.0D)* e la *Short Form 36 Health Survey (SF36)*. Sono state valutate la struttura fattoriale, l'affidabilità test-retest, la consistenza interna e la validità concorrente. L'*EDwell* ha mostrato buoni livelli di affidabilità test-retest e di coerenza interna. Correlazioni significative sono state trovate sia con le scale dell'*EDE12.0D* sia con le scale dell'*SF36*. L'analisi fattoriale ha evidenziato la presenza di tre dimensioni: Perfezionismo/Controllo, Solitudine/Evitamento, Funzionamento Sociale. L'*EDwell* si è rivelata una misura semplice e affidabile dell'impatto specifico della psicopatologia dei DCA sulla qualità della vita.

P142. Valutazione elettroretinografica in pazienti con depressione maggiore in trattamento con duloxetine: differenza tra responders e non-responders quale possibile indice di un pattern biologico differenziale

M. Fornaro¹, F. Bandini², C. Ogliastrò³, C. Cordano³, M. Martino¹, L. Cestari⁴, A. Escelsior¹, G. Rocchi¹, S. Colicchio⁵, G. Perugi⁶

¹ Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica, Sezione di Psichiatria, Università di Genova; ² Dipartimento di Neurologia, Ospedale San Paolo di Savona; ³ Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica, Sezione di Neurologia, Università di Genova; ⁴ Dipartimento di Oftalmologia, Università di Pisa; ⁵ Dipartimento di Neuroscienze, Università Cattolica di Roma; ⁶ Dipartimento di Psichiatria, Università di Pisa

Introduzione: nonostante gli intensi sforzi della ricerca, scarse restano le acquisizioni circa i determinanti biologici della

depressione, sollecitando la diversificazione degli approcci di ricerca stessi. Tra gli altri, l'elettroretinografia (ERG) è stata proposta anche quale potenziale misurazione a livello retinico dell'attività dopaminergica centrale per il disturbo depressivo maggiore (MDD) sia in pazienti drug-naïve che in trattamento con antidepressivi. Inoltre, le attuali evidenze in merito sono sostanzialmente preliminari, richiedendo pertanto conferma da ulteriori studi condotti anche con agenti antidepressivi di più recente introduzione quali duloxetine.

Metodi: venti soggetti con MDD e 20 controlli appaiati per caratteristiche demografiche hanno ricevuto duloxetine a 60mg/die per 12 settimane, venendo monitorizzati sia attraverso metodica ERG *standard* che scale di valutazione *Hamilton scale for Depression* (HAM-D) e *Hamilton scale for Anxiety* (HAM-A) nonché la *Young Mania Rating Scale* (YMRS), quest'ultima somministrata al basale e fine dello studio.

Risultati: i valori dell'ampiezza dell'onda b dell'ERG hanno mostrato una riduzione significativa dal *baseline* alla dodicesima settimana in quei pazienti depressi al *baseline* che ottenevano una risposta finale ($p = ,024$), calando dal livello dei punteggi più elevati a quello, sostanzialmente immutato, osservato tra i coloro che non avrebbero risposto e i controlli sani.

Conclusioni: sebbene l'esiguità del campione e la mancanza di ulteriori valutazioni protratte nel tempo limitino la validità dei risultati di questo studio preliminare, almeno una parte dei pazienti MDD rispondenti a duloxetine mostrerebbe un *pattern* ERG peculiare, ipoteticamente correlato a un background biologico specifico. Se confermato da ulteriori indagini condotte su campioni allargati, questi risultati potrebbero contribuire a fornire ulteriore luce circa i meccanismi biologici della depressione e dei relativi sottotipi, idealmente suggerendo *pattern* di risposta alternativi in risposta a trattamenti antidepressivi differenti.

P143. Durata dell'episodio e caratteristiche miste come predittori negativi di risposta alla TEC in pazienti con depressione maggiore resistente

S. Fratta, P. Medda, B. Ciaponi, F. Casalini, S. Rizzato, C. Toni, M. Mauri, L. Dell'Osso, G. Perugi

Dipartimento di Psichiatria Neurobiologia Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Introduzione: il nostro studio si propone di accertare i predittori negativi di risposta alla terapia elettroconvulsivante (TEC) in un vasto campione di pazienti affetti da depressione maggiore resistente ai trattamenti farmacologici.

Metodi: un totale di 208 pazienti depressi (31 con depressione maggiore (UP), 101 con disturbo bipolare II (BIP II) e 76 con disturbo bipolare I (BIP I)) sono stati reclutati e trattati con un protocollo di 2 settimane di TEC bilaterale. I pazienti sono stati valutati prima della TEC e 1 settimana dopo mediante la *Hamilton Rating Scale for Depression- 17 items* (HAM-D -17), *Young Mania Rating Scale* (MRS), *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) e *Clinical Global Improvement* (CGI). Sono stati considerati *Responders* i pazienti con una riduzione di almeno 50% nel punteggio della HAM-D-17 e un punteggio di 2 (molto migliorato) o 1 (migliorato moltissimo) nella CGI-Improvement subscale.

Risultati: alla fine del ciclo di TEC 152 pazienti (64%) sono risultati *Responders* e 56 (36%) *Non-Responders*. Alla regressione logistica, il sottotipo bipolare, un più alto punteggio medio alla

YMRS iniziale, un più basso punteggio medio alla HAM-D-17 iniziale e la durata dell'episodio corrente sono stati identificati come predittori negativi di risposta statisticamente significativi.

Conclusioni: la TEC è risultata un trattamento efficace per circa due terzi dei pazienti con depressione farmacologicamente resistente. La risposta negativa alla TEC è risultata associata con il sottotipo bipolare, presenza di sintomi maniacali durante la depressione e una durata protratta dell'episodio.

P144. Disturbo post-traumatico da stress e sindrome metabolica a seguito del sisma de L'Aquila: esperienza dell'UTAP 2

N. Giordani Paesani, M. Malavolta, L. Verni, I. Santini, V. Bianchini, I. De Lauretis, A. Tosone, S. D'Onofrio, A. Mattei¹, P. Evangelista², R. Pollice³, R. Roncone³

Scuola di Specializzazione in Psichiatria; ¹ Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica; ² Medico di Medicina Generale, L'Aquila; ³ Dipartimento di Scienze della Salute, Università de L'Aquila

Introduzione: nel periodo immediatamente successivo a un trauma, i sopravvissuti sono a rischio per sperimentare *distress* psicologici, che risultano essere predittori sia di malattie psichiatriche che di patologie organiche. Il presente studio si propone di esaminare in una popolazione sopravvissuta al terremoto de L'Aquila 2009, la reazione allo *stress* post-traumatico, la presenza di una morbidità psichiatrica in termini di disturbo post-traumatico da *stress* (PTSD), e la presenza di sindrome metabolica (SM). In aggiunta, lo studio ha offerto l'opportunità di esaminare l'associazione tra la severità del PTSD e la presenza di SM nei due sessi, a nove mesi dal sisma.

Materiali e metodi: lo studio ha incluso 157 soggetti, 55 (35,03%) di sesso maschile e 102 (64,97%) di sesso femminile, ed età media di 56,80 (ds15,26). Tali soggetti sono stati reclutati presso l'UTAP 2 de L'Aquila durante il periodo di novembre-dicembre 2009 e sono stati sottoposti a uno *screening* per la valutazione del benessere psicosociale [attraverso l'utilizzo di scale standardizzate auto-compilate: *General Health Questionnaire-12* (GHQ-12), *Specific Earthquake Experience Questionnaire* (SEEQ), *Impact of Event Scale-R* (IES-R), *Self-rating Depression Scale* (SDS)], e della SM attraverso la misurazione di parametri fisici e laboratoristici (pressione arteriosa diastolica e sistolica, glicemia, colesterolo HDL, trigliceridi, circonferenza vita, *body mass index*-BMI).

Risultati: il 96,15% (N = 150) della popolazione in studio è stata esposta al trauma del terremoto e il 7,3% presentava una piena sintomatologia di PTSD. La SM è stata riscontrata nel 54,14% dei soggetti. Alla valutazione psicometrica effettuata i soggetti con una sintomatologia parziale di PTSD (N = 27) hanno riportato valori più elevati al GHQ-12 ($p = 0,0001$) e alla SDS ($p = 0,0001$) rispetto a coloro che non presentavano sintomi di PTSD, con compromissione dello stato di salute fisica ($p = 0,0001$). Differenze di genere si sono osservate rispetto alla presenza di una più intensa psicopatologia, in termini di GHQ-12 ($p = 0,03$), SDS ($p = 0,0011$), SF-12 ($p = 0,0027$), sintomi post-traumatici come evitamento ($p = 0,0015$), intrusività ($p = 0,0002$) e *iperarousal* ($p = 0,0000$) e valori metabolici mediamente più alti, in termini di pressione diastolica ($p = 0,0002$), pressione sistolica ($p = 0,02$), colesterolo HDL ($p = 0,001$), circonferenza vita ($p = 0,0000$) e BMI ($p = 0,0002$).

Conclusioni: dal nostro studio si evidenzia come la presenza di una sintomatologia seppur parziale di PTSD, contribuisca allo sviluppo di una più intensa sofferenza in termini di sintomi depressivi, alti livelli di stress percepito e di compromissione della salute fisica. La nostra esperienza suggerisce l'utilità di una liaison tra la psichiatria e la medicina di base, anche in contesti di emergenza, successivi a una catastrofe naturale. Intervenire sulla popolazione generale, attraverso servizi di prossimità inseriti all'interno di servizi di medicina generale, consente di articolare trattamenti adeguati e tempestivi che possono evitare il peggioramento della sintomatologia post traumatica e le complicanze fisiche stress correlate.

Bibliografia

Chrousos GP. *Stressors, stress, and neuroendocrine integration of the adaptive response. The 1997 Hans Selye Memorial Lecture.* Ann N Y Acad Sci 1998;851:311-35.

Heppner SP, Crawford EF, Hajil UA, et al. *The association of posttraumatic stress disorder and metabolic syndrome: a study of increased health risk in veterans.* BMC Medicine 2009;7:1.

Priebe S, Grappasonni I, Mari M, et al. *Posttraumatic stress disorder six months after an earthquake. Findings from a community sample in a rural region in Italy.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009;44:393-7.

P145. Immagine corporea e disturbo alimentare in chirurgia bariatrica

S. Gorini Amedei^{1,2}, E. Mugnaini², M. Veltri², A. Piazzini², L. Sartini², G. Alpignano², M. Lucchese², G. Castellini¹, C.M. Rotella³, C. Faravelli⁴, V. Ricca¹

¹ Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Firenze; ² Unità Funzionale di Chirurgia Bariatrica e Metabolica, Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze; ³ Dipartimento di Fisiopatologia, ⁴ Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze

Introduzione: numerosi dati di letteratura evidenziano l'importanza di una indagine psicopatologica del paziente obeso candidato a chirurgia bariatrica particolarmente in relazione all'emergere di sintomatologia psichiatrica alimentare successiva agli interventi¹.

Metodi: presso l'UO di Firenze il paziente in attesa di intervento esegue una batteria di test: (SCL-90) (BDI), (STAI Y) (BIS), (BUT) (BES) (EDE Q).

Di 255 soggetti consecutivamente operati a Firenze, al follow-up (6 mesi-3 aa) 34 presentano flessione del tono dell'umore legata a intensa paura del peso, disturbi immagine corporea, ricorrenti comportamenti di compenso e necessità di cure specialistiche. Le valutazioni preoperatorie di questi pazienti sono confrontati con l'intero campione.

Risultati: l'analisi descrittiva dell'intero campione mostra un disagio lieve-moderato in psicopatologia generale (BDI: 14,27 ± 9,08) un disagio severo nell'immagine corporea (BUT GSI: 2,14; EDE peso: 3,02; EDE forma: 3,31). Dal confronto nei 34 soggetti emerge una significativa maggior compromissione dei valori riguardanti l'immagine corporea (BUT GSI p < 0,05) particolarmente (p < 0,01) a livello delle sottoscale (WP BIC a CSM D).

Conclusioni: la rapida perdita di peso indotta dalla chirurgia può indurre aspettative irrealistiche e un peggioramento dei disturbi dell'immagine corporea². Sono evidenti le implicazioni

nella valutazione preoperatoria il ruolo dello psichiatra nell'assessment psicopatologico al fine del buon esito dell'intervento chirurgico.

Bibliografia

¹ Marino JM, Ertelt TW, Lancaster K, et al. *The emergence of eating pathology after bariatric surgery: a rare outcome with important clinical implications.* Int J Eat Disord 2011 Apr 14 doi: 10.1002/eat.20891 [Epub ahead of print].

² Munoz D, Chen EY, Fischer S, et al. *Changes in desired body shape after bariatric surgery.* Eat Disord 2010;18:347-54.

P146. Parametri respiratori basali nel disturbo di panico: una meta-analisi

M. Grassi, D. Caldirola, G. Perna

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Casa di Cura Villa S. Benedetto Menni, Albese con Cassano, Como

Una connessione tra disturbo di panico (DP) e respirazione è stata postulata dalla maggior parte delle teorie riguardanti la fisiopatologia di questo disturbo. Molti studi hanno mostrato differenze nei parametri respiratori basali dei pazienti con DP rispetto ai controlli sani ma con risultati non univoci e spesso discordanti. Nonostante ciò, nessuna meta-analisi di questi risultati è stata fino a ora eseguita. L'obiettivo del nostro studio è stato quello di meta-analizzare i risultati di tali studi per evidenziare quali caratteristiche della funzione respiratoria dei pazienti con DP mostrano la maggiore validità e replicabilità. Sono stati considerati sia i parametri respiratori ottenuti dal campionamento del respiro a riposo sia specifici parametri ematici connessi con la funzione respiratoria. Nei diversi studi inclusi nella meta-analisi i parametri respiratori erano stati analizzati sia con statistiche lineari (media, deviazione standard di ogni parametro) sia con statistiche non-lineari e indici di irregolarità. I risultati hanno mostrato valori medi di ventilazione al minuto più elevati nei pazienti con DP rispetto ai controlli sani, in associazione a valori inferiori di pCO₂ e di ioni bicarbonato ematici. L'aumentata ventilazione dei soggetti con DP sembra essere spiegata da una maggiore irregolarità del pattern respiratorio basale con una maggiore presenza di sospiri e apnee rispetto ai controlli sani.

P147. High Frequency Oscillations nel disturbo di panico: gating sensoriale e coinvolgimento colinergico

G. Guerriero¹, G. Perna^{1,2,3}, G. Camardese⁴, L. Janiri⁴, G. Pozzi⁴, D. Restuccia⁴

¹ Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Villa San Benedetto Menni - Suore Ospedaliere, Albese con Cassano (Como), Italia; ² Department of Psychiatry and Neuropsychology, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, University of Maastricht, Maastricht, Netherlands; ³ Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Leonard M. Miller School of Medicine, University of Miami, Florida, USA; ⁴ Dipartimento di Neuroscienze, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, Italia

Il disturbo di panico (DP) è caratterizzato da un'aumentata produzione e percezione di sintomi autonomici che potrebbe

essere spiegata sia da un'aumentata reattività fisiologica (teorie biologiche) sia da un'eccessivo monitoraggio corporeo (teorie cognitive). Una spiegazione alternativa potrebbe essere l'esistenza di un'alterata capacità percettiva (iperestesia e scarsa discriminazione) da ridotto *gating* sensoriale. Alcune misure EEG del *gating* (PPI e p50 *suppression*), che sembrano modulate principalmente dal sistema colinergico, sono alterate nel DP. Seppur misure precoci del processamento pre-cognitivo, non è tuttavia possibile escludere l'effetto *top-down* su tali alterazioni e capire se siano primarie o secondarie. La stimolazione elettrica dei nervi dell'arto superiore evoca un treno di onde ad alta frequenza (± 600 Hz) (HFOs), nella corteccia somatosensoriale primaria in un *range* temporale fuori dal controllo *top-down* (16-28 ms). Le HFOs sembrano riflettere l'integrità e il funzionamento del *gating* e la modulazione del tono colinergico. Il loro studio nel DP potrebbe gettare nuova luce sulla fisiopatologia del disturbo. 8 pazienti con DP, *drug free*, e 10 controlli sani sono stati sottoposti a stimolazione regolare del nervo mediano (1Hz) e valutazione EEG dei *pattern* delle HFOs. Le HFOs dei pazienti con DP erano significativamente ridotte in ampiezza. ($p < 0,001$). I pazienti con DP potrebbero pertanto avere un ridotto *gating* sensoriale da possibile ipo-tono colinergico.

P148. Progetto di ricerca per pazienti anoressici uomini: valutazione dei tratti di personalità e delle aree psicopatologiche dominanti

D. Iodice, E. De Vivo, I. Senatore

Università di Napoli "Federico II", DAS Neuroscienze e Comportamento Area Funzionale di Psichiatria

I disturbi del comportamento alimentare, fino a circa venti anni fa, erano ritenuti d'appannaggio prevalentemente del sesso femminile e il rapporto tra l'incidenza dei disordini del comportamento alimentare negli uomini e nelle donne era considerato pari a 1:10, 1:15. Negli ultimi anni si è osservato un aumento considerevole di casi di anoressia maschile, per cui il rapporto sembrerebbe attestato su valori pari a 1:4. Tale dato sembra confermato anche dalla nostra osservazione per quanto attiene i pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare afferenti all'Ambulatorio DCA della nostra struttura. Per ciascun paziente il protocollo di studio prevede una batteria di *test* tesa a valutare i tratti di personalità prevalenti, mediante la SCID-II, e a esplorare aree legate alla sfera alimentare e alla percezione dell'immagine corporea (EAT-26; BUT; EDI-2). Scopo del lavoro è confrontare i dati ottenuti della popolazione maschile con quella femminile e di sottolinearne eventuali differenze o analogie.

P149. Implementazione del Virtual Multiple Errand Test per la valutazione delle funzioni esecutive

F. La Paglia¹, C. La Cascia¹, R. Rizzo², D. Mangiapane¹, D. La Barbera¹

¹ Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, Università di Palermo;

² Dipartimento di Scienze Pedagogiche e Psicologiche, Università di Messina

Introduzione: recenti ricerche mostrano come, da un punto di vista metodologico, l'uso della Realtà Virtuale possa offrire

nuove possibilità per una maggiore comprensione e valutazione delle funzioni cognitive di determinati quadri psicopatologici.

Obiettivo: indagare le alterazioni delle funzioni esecutive nei pazienti con disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo attraverso la versione virtuale del *Multiple Errands Test* (V-MET).

Metodi: lo studio è stato condotto su un campione di 20 soggetti, di età compresa tra i 20 e i 60 anni, suddivisi in due gruppi: gruppo sperimentale, composto da 10 pazienti con diagnosi di DOC (secondo i criteri diagnostici del DSM-IV TR), afferenti all'UO di Psichiatria dell'AOUP "P. Giaccone" di Palermo, e un gruppo di controllo composto da 10 soggetti sani. Il gruppo sperimentale è stato sottoposto a due sessioni di valutazione realizzate in tempi diversi. Durante la prima sessione i soggetti sono stati sottoposti alla valutazione neuropsicologica mediante l'utilizzo dei *test* carta e matita: (*Frontal Assessment Battery*, *Trial Making Test*, *Fluenza fonemica*, *Torre di Londra*, *Span* di cifre, *Coppie di parole*, *Span* spaziale di Corsi, *Apprendimento di Corsi*, *Test del Breve racconto*). La seconda sessione di valutazione è avvenuta durante l'esecuzione dei compiti previsti dal V-MET. Il gruppo di controllo, invece, ha eseguito solamente la prova all'interno dell'ambiente virtuale.

Risultati: dal confronto delle *performance* dei due gruppi (*Mann-Whitney Test*) emerge che il tempo di esecuzione è risultato più alto nei pazienti con DOC rispetto ai controlli (Asym Sig. = 0,16), questo suggerisce che i pazienti con DOC tendono a indugiare maggiormente nelle attività di pianificazione più complesse. Inoltre, i pazienti hanno effettuato più "errori di esecuzione" (Asym. Sig. = 0,04) e più "errori parziali" (Asym. Sig. = 0,025). Tuttavia, i punteggi medi per l'inefficienza e per la violazione delle regole risultano significativamente più alti nei controlli (Asym. Sig. = 0,087 e 0,19). Un ulteriore risultato riguarda gli errori di interpretazione che sono minori negli ossessivi rispetto ai controlli (Asym. Sig. = 0,012), probabilmente in relazione a una maggiore precisione nell'esecuzione dei compiti.

Conclusioni: i risultati preliminari forniscono un supporto iniziale per l'applicabilità del *Virtual Multiple Errands Test* come strumento di valutazione delle funzioni esecutive. Le *performance* esaminate, il tempo e gli errori nell'esecuzione del compito, il numero delle inefficienze, le violazioni delle regole, l'utilizzo di strategie e gli errori di interpretazione sembrano essere validi criteri per evidenziare le differenze delle capacità cognitive nei soggetti ossessivi.

Il prosieguo della ricerca con gruppi più ampi potrà evidenziare correlazioni significative tra le prestazioni al V-MET e quelle ottenute alla batteria neuropsicologica classica e fornire sostegno all'utilizzo dell'ambiente virtuale come procedura di valutazione che possa garantire una maggiore validità ecologica.

Bibliografia

Fortin S, et al. *Cognitive structure of executive deficits in frontal lesioned head trauma patients performing activities of daily living*. *Cortex* 2003;39:273-91.

Riva G. *Psicologia dei nuovi media*. Bologna: Il Mulino 2004.

P150. L'Emotional Eating nell'anoressia nervosa e nella bulimia nervosa

L. Lelli¹, V. Ricca¹, G. Castellini¹, G. Fioravanti², C. Lo Sauro¹, F. Rotella¹, C. Ravaldi¹, L. Lazeretti¹, C. Faravelli²

¹ Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche,

² Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze

La relazione tra stato emotivo e comportamento alimentare è complessa e l'emotional eating è stato individuato come fattore scatenante le abbuffate sia nella bulimia nervosa (BN) che nel *Binge Eating Disorder*. Pochi studi hanno considerato l'emotional eating nelle pazienti con anoressia nervosa (AN). Il presente studio ha valutato l'emotional eating in 251 pazienti (70 AN sottotipo restrittivo, 71 AN con abbuffate/condotte di eliminazione e 110 BN) e in un gruppo di 89 soggetti di controllo. I soggetti sono stati valutati con intervista clinica (SCID) e questionari auto-somministrati come l'*Emotional Eating Scale* (EES). Non sono state trovate differenze significative tra i 3 sottogruppi di pazienti nei punteggi totali all'EES e tutti le pazienti hanno mostrato punteggi più alti all'EES rispetto ai controlli. L'emotional eating è risultato associato con abbuffate soggettive nell'AN sottotipo abbuffate/condotte di eliminazione e con abbuffate oggettive nella BN. Tra le pazienti con AN sottotipo restrittivo, l'emotional eating è risultato associato a condotte restrittive, ma questa associazione ha perso significatività quando nell'analisi multivariata è stata considerata la paura di perdere il controllo sul cibo. L'emotional eating e la paura di perdere il controllo sul cibo sono significativamente associati con specifici comportamenti alimentari. L'emotional eating è una dimensione psicopatologica rilevante che merita un'attenta valutazione sia nelle pazienti con AN che BN.

P151. Carcinoma mammario e disturbo depressivo

V. Leonardi, A. Bruno, U. Micò, G. Pandolfo, G. Scimeca, V.M. Romeo, D. Cristina, E. Abenavoli, M.R.A. Muscatello, R.A. Zoccali

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche e Anestesiologiche, Università di Messina

Introduzione: la depressione rappresenta un fattore prognostico negativo dopo la diagnosi di tumore al seno con una diminuzione della qualità della vita e aumento della mortalità. Diversi studi hanno dimostrato inoltre che la soppressione delle emozioni, quali la rabbia, è frequente nei pazienti con malattia neoplastica. Obiettivo della ricerca è valutare la componente depressiva e la rabbia in soggetti affetti da cancro della mammella, evidenziando eventuali relazioni tra la disregolazione affettiva e la patologia neoplastica.

Metodi: 95 donne (24 con cancro alla mammella, 22 con patologia mammaria benigna e 49 soggetti sani) sono state valutate mediante una scheda anagrafica, l'HAM-D (*Hamilton Rating Scale for Depression*) e lo STAXI-2 (*State-Trait Anger Expression Inventory*).

Risultati: l'analisi statistica ha messo in evidenza che il gruppo di pazienti affette da carcinoma mammario presenta livelli di depressione all'HAM-D più elevati con correlazione positiva con le sottoscale dello STAXI-2 riguardanti la rabbia-tratto (RT e RTT) e l'espressione interna della rabbia (ER-IN) ($p < .001$).

Emerge invece una mancanza di correlazione con la rabbia-stato, presente nei controlli sani e nei soggetti con patologia benigna.

Conclusioni: questi risultati mostrano come nei pazienti oncologici l'insorgenza di depressione e il conseguente stile di coping, caratterizzato da accettazione passiva e sfiducia, potrebbero contribuire all'incapacità di rispondere con rabbia agli stimoli ambientali.

P152. Disregolazione emotiva e sindromi da dolore cronico

A. Loiacono¹, V. Pace¹, M. Pennelli¹, C. Catalano¹, M. De Tommaso¹, M.F. De Caro¹, A. Federici², O. Todarello¹

¹ Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, ² Dipartimento di Farmacologia e Fisiologia Umana, Università di Bari

Nell'ambito delle ricerche che hanno come area di interesse la psicosomatica è stata dimostrata una stretta relazione tra le caratteristiche di personalità variabili affettive, cognitive e comportamentali. In particolare, dalle ricerche sul dolore cronico si evince che i soggetti, che manifestano sintomi dolorosi cronici, quali cefalee primarie, fibromialgie presentano caratteristiche alessitimiche oltre che l'alessitimia è predetta in modo significativo dalla tendenza a esperire e riferire sintomi somatici. Scopo del presente studio è quello di analizzare le correlazioni tra determinati costrutti psicologici che meglio sembrano delineare le sindromi dolorose dal punto di vista della personalità. L'analisi preliminare è stata effettuata su un campione di 60 soggetti afferenti all'Ambulatorio di Neurofisiopatologia del Dolore-Policlinico di Bari, ai quali sono stati somministrati i seguenti test: DCPR; PSQ, LCS, DS14, MSPQ TAS-20. Dai risultati si evince, come già sottolineato da alcuni autori che soggetti che presentano caratteristiche alessitimiche hanno una maggiore tendenza a riferire sia sintomi somatici funzionali che sintomi di agitazione emotiva, in quanto probabilmente sono meno efficienti nella modulazione delle proprie emozioni.

P153. Patologie da dolore cronico e variabili di personalità: un'indagine preliminare su un campione di 50 soggetti

A. Loiacono¹, V. Pace¹, M. Pennelli¹, C. Catalano¹, M. De Tommaso¹, M.F. De Caro¹, A. Federici², O. Todarello¹

¹ Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, ² Dipartimento di Farmacologia e Fisiologia Umana, Università di Bari

Studi recenti riportano come in pazienti affetti da patologie da dolore cronico vi sia un'alta incidenza di sintomi di somatizzazione, in particolare i dati emersi evidenziano una correlazione significativa tra Affettività Negativa (AN) e sintomi somatici. Sulla base di queste ricerche, il nostro lavoro mira verificare le correlazioni tra la tendenza all'Amplificazione Somatica, ovvero la tendenza ad accentuare la percezione dei sintomi somatici e le caratteristiche di personalità. Il campione, composto da 50 pazienti affetti da dolore cronico, cefalee primarie e fibromialgie, è stato reclutato presso l'Ambulatorio di "Neurofisiopatologia del Dolore", Policlinico di Bari. A tali soggetti so-

no stati somministrati i seguenti test: l'intervista DCPR; il PSQ, LCS, il DS14, MSPQ e la Tas-20. I risultati hanno dimostrato (regressione multipla, r Pearson) che la variabile indipendente dell'Amplificazione Somatica sarebbe associata per circa il 50% alla variabile predittiva di Affettività Negativa (AN), oltre che alla variabile Percezione di *Stress*, confermando i dati di alcuni studi, secondo cui i soggetti con tali caratteristiche di personalità amplificherebbero le sensazioni fisiche a causa di una maggiore attenzione centrata sul proprio corpo.

P154. Il sintomo paura nei disturbi psichici

M. Luca¹, R. Petralia, C. Calandra

UOC Psichiatria, AOU "Policlinico-Vittorio Emanuele" di Catania; ¹ Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università di Catania

Obiettivo: valutare la distribuzione del "sintomo paura" in pazienti psichiatrici e in soggetti controllo.

Materiali e metodi: 40 pazienti e 40 controlli sono stati selezionati. I pazienti sono stati sottoposti alla Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II) ¹ e al Fear Questionnaire (FQ) ². I soggetti controllo sono stati sottoposti alla scala Self-report symptom inventory-Revised (SCL-90-R) ³, come strumento di screening, e al FQ.

Risultati: i risultati del FQ dei soggetti controllo sono stati confrontati con quelli dei pazienti psichiatrici evidenziandone le differenze riscontrate. Inoltre, è stato valutato il livello di disabilità riferita. Nei pazienti, i risultati del FQ sono stati confrontati con quelli dello SCID-II, per valutarne le correlazioni.

Conclusioni: la paura è un'emozione fondamentale ubiquitaria. Nell'ambito delle patologie psichiatriche, essa incide sulla fenomenologia dei diversi quadri morbosi, pur rappresentando un "sintomo trasversale", che va al di là delle barriere nosografiche.

Bibliografia

- 1 First MB, Gibbon M, Spitzer RI, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders. (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1997.
- 2 Marks IM, Mathews AM. *Brief standard self-rating for phobic patients*. Behav Res Ther 1979;17:263-7.
- 3 Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. *SCL-90: an out-patient psychiatric rating scale: preliminary report*. In: Guy W, editors. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Revised 1976*. DHEW Publication No (ADM) 76-338, 1976.

P155. Fattori correlati allo sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare: la prospettiva dei pazienti

E. Manzato, A. Bolognesi, M. Simoni¹, T. Zanetti²

Centro Disturbi del Comportamento Alimentare, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ferrara; ¹ Unità di Epidemiologia Ambientale Polmonare, Istituto di Fisiologia Clinica, CNR, Pisa; ² Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova

Introduzione: la teoria multifattoriale sullo sviluppo dei disturbi alimentari di Garner distingue in fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento.

È interessante però capire quale prospettiva hanno i pazienti sui fattori che hanno contribuito all'esordio del loro disturbo. Il nostro lavoro esamina i fattori che i pazienti considerano maggiormente correlati con l'esordio del DCA

Metodi: abbiamo esaminato 265 pazienti ambulatoriali con diagnosi di anoressia nervosa (80), bulimia nervosa (153) e *Binge Eating Disorder* (32) trattati presso il Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare di Ferrara. Nella fase diagnostica ai pazienti veniva somministrata una intervista strutturata con una specifica sezione riguardante la visione soggettiva dei pazienti rispetto ai fattori che avevano contribuito all'esordio del loro disturbo.

Risultati: tra i fattori maggiormente correlati con l'esordio del dca il 60% dei pazienti riportava eventi di vita stressanti (27% eventi di perdita, 33% esperienze traumatiche, 16% cambiamenti di vita, 8% difficoltà scolastiche) e nel gruppo con BN e BED il 33% riconosceva nella dieta la spinta più importante per i comportamenti di binge eating.

Conclusioni: in generale i pazienti con DCA indipendentemente dalle diagnosi mostrano la tendenza a una interpretazione monofattoriale del loro disturbo discostandosi molto dai modelli multifattoriali complessi proposti in letteratura per i DCA e danno priorità a eventi di vita stressanti.

Bibliografia

- Garner DM, Garfinkel PE. *Handbook of treatment for eating disorders*. New York-London: The Guilford Press 1997.
- Tozzi F, Sullivan PF, Fear JL, et al. *Causes and recovery in anorexia nervosa: the patient's perspective*. Int J Eat Dis 2003;33:143-54.
- Strizzolo S, Favaro A, Tenconi E, et al. *Stressful life events and eating disorders*. Int J Psychopathology 2004;10:1.

P156. Effetti collaterali soft degli antidepressivi: SSRI vs. triciclici

D. Marazziti, S. Baroni, M. Picchetti, S. Silvestri, D. Ceresoli, E. Vatteroni, L. Dell'Osso

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

Introduzione: negli ultimi decenni l'uso dei farmaci inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI) è drammaticamente aumentato al punto che sono diventati tra i farmaci più prescritti nella pratica medica. Questo aumento è dovuto a diversi fattori, in particolare, l'efficacia con scarsi effetti collaterali, paragonata ai vecchi antidepressivi, la maggior facilità con cui le patologie vengono diagnosticate correttamente e la maggiore fiducia verso i trattamenti farmacologici da parte dei pazienti e dei medici. Tuttavia, stanno emergendo preoccupazioni sul fatto che gli SSRI potrebbero provocare effetti collaterali non convenzionali, precedentemente non riconosciuti, come l'appiattimento cognitivo ed emozionale. Alcuni dati controversi indicherebbero che gli SSRI possono alterare la personalità e attenuare le emozioni positive, negative e le relazioni affettive in soggetti sani. Di conseguenza, sta emergendo una particolare attenzione sui possibili effetti psicologici degli SSRI. Con il nostro studio abbiamo messo a punto un questionario (SALT) per valutare l'attaccamento romantico, le emozioni relative al partner e i comportamenti sessuali in un gruppo di pazienti depressi.

Metodi: sono stati inseriti nello studio 100 pazienti ambulatoriali, affetti da depressione maggiore secondo il DSM-IV-TR, che effettuavano un trattamento con un solo antidepressivo (SSRI o triciclico, TCA) da almeno sei mesi.

Risultati: come previsto, i risultati del SALT hanno evidenziato un marcato effetto di SSRI e TCA sul comportamento sessuale sia negli uomini che nelle donne, senza differenze tra le due classi di composti. Al contrario sono emerse differenze significative tra uomini e donne in alcuni *item* emozionali.

Conclusioni: questi risultati sottolineano la necessità di valutare adeguatamente e con strumenti mirati gli effetti collaterali, considerati più lievi fino a oggi, degli antidepressivi, con una particolare attenzione al problema del genere.

P157. Livelli plasmatici di clomipramina in pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo

D. Marazziti, S. Baroni, E. Schiavi, I. Pergentini, M. Corsi, C. Socci, G. Massimetti, M. Picchetti, L. Dell'Osso

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

Introduzione: la clomipramina (CMI) è uno dei più comuni antidepressivi triciclici impiegati nel trattamento della depressione e dei disturbi d'ansia, in particolare il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Scopo di questo studio è quello di esplorare la possibile relazione tra livelli plasmatici della CMI o del suo principale metabolita (DMCMI) e i parametri clinici in pazienti con DOC¹.

Metodi: ventisei pazienti con OCD (13 uomini, 13 donne) sono stati reclutati nello studio. La gravità del disturbo è stata valutata tramite la *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS). I livelli plasmatici di CMI e di DMCMI sono stati misurati mediante HPLC, dopo 4 settimane (t1) e dopo 6 mesi (t2) dall'inizio del trattamento con CMI a dosaggio variabile.

Risultati: i risultati hanno evidenziato che a t1 i dosaggi di CMI erano correlati significativamente con i livelli plasmatici di CMI, con il rapporto CMI/DMCMI e con la somma CMI+DMCMI. Negli uomini è stata evidenziata una correlazione positiva e significativa tra il rapporto DMCMI/CMI e il punteggio totale della Y-BOCS, nelle donne una correlazione negativa e significativa tra la somma CMI+DMCMI e il punteggio della sottoscala ossessiva. A t2 i parametri biologici erano paragonabili a quelli riscontrati a t1. Dal punto di vista clinico, 22 su 26 pazienti mostravano un miglioramento significativo dei sintomi OC. Gli uomini mostravano un miglioramento maggiore del punteggio della sottoscala compulsiva rispetto alle donne.

Conclusioni: questi risultati sottolineano l'importanza della valutazione dei livelli plasmatici di CMI e la loro relazione con i sintomi caratteristici del DOC che sembrano essere correlati al genere.

Bibliografia

¹ Mavissakalian M, Jones B, Olson S, et al. *The relationship of plasma clomipramine and N-desmethylclomipramine to response in obsessive-compulsive disorder*. *Psychopharmacol Bull* 1990;26:119-22.

P158. Ossitocina e disturbo post-traumatico da stress: valutazione dei livelli plasmatici

D. Marazziti, S. Baroni, E. Schiavi, I.E. Vatteroni, I. Pergentini, M. Corsi, S. Silvestri, C. Socci, L. Dell'Osso

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

Introduzione: numerose evidenze suggeriscono che il nonapeptide ossitocina (OT) potrebbe giocare un ruolo nella fisiopatologia di vari disturbi psichiatrici¹. A tutt'oggi, non esiste alcuna evidenza per quanto riguarda il disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Questo studio ha lo scopo di valutare i livelli plasmatici di OT in un gruppo di pazienti con PTSD, confrontati con un gruppo di controlli sani.

Metodi: venticinque soggetti con PTSD, senza terapia farmacologica, (10 uomini, 15 donne, età media 40 ± 5 anni) e 25 controlli sani (10 uomini, 15 donne, età media 42 ± 4 anni) sono stati inseriti nello studio. A tutti i soggetti sono stati prelevati 10 ml di sangue. I livelli plasmatici di OT sono stati misurati con un metodo standardizzato (EIA).

Risultati: i livelli plasmatici di OT (media ± DS, pg/ml) erano significativamente più bassi nei pazienti con PTSD rispetto ai controlli sani (3,37 ± 1,62 vs. 5,59 ± 1,26, p = 0,001). Non sono state rilevate associazioni tra parametri biologici e psicopatologici.

Conclusioni: i dati ottenuti, mostrando la presenza di alterazioni dei livelli plasmatici di OT nei pazienti con PTSD, suggeriscono nuove possibilità di intervento in questo disturbo, attraverso la modulazione del sistema dell'OT.

Bibliografia

¹ Marazziti D, Catena Dell'Osso M. *The role of oxytocin in neuropsychiatric disorders*. *Curr Med Chem* 2008;15:698-704.

P159. Ansia, depressione e qualità della vita nei pazienti oncologici in trattamento radioterapico

G. Marrazzo¹, A.M. Marinaro¹, C. Sartorio¹, R. Rizzo², D. Medusa¹, G. Alaimo¹, O. Lupò¹, I. Fazio³, D. La Barbera¹

¹ *Sezione di Psichiatria Dipartimento, Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche (BioNec), Università di Palermo;* ² *Dipartimento di Scienze Pedagogiche e Psicologiche, Università di Messina;* ³ *UO Radioterapia, Casa di Cura Macchiarella, Palermo*

Introduzione: la gestione del paziente oncologico in corso di trattamento radioterapico non può prescindere da un'attenta valutazione delle variabili soggettive legate all'emotività e al vissuto interno del paziente, essendo tali aspetti implicati nella *compliance* al trattamento. Questo lavoro si pone un duplice obiettivo: indagare la presenza di ansia, depressione e qualità della vita in un gruppo di pazienti oncologici non omogeneo per patologia, stadio della malattia e trattamento; valutare in che termini l'introduzione di un intervento psicologico possa avere delle ricadute sul benessere psico-fisico dei pazienti.

Metodi: il campione è costituito da 50 pazienti suddivisi, con modalità *random*, in un gruppo sperimentale e uno di controllo. Strumenti: *The Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *EORTC QLQ-C30*, *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), Scheda "Credenze e aspettative nei confronti del trattamento". Per il

gruppo sperimentale è previsto uno spazio di ascolto e condivisione dei vissuti legati al trattamento mediante compilazione e lettura di un diario.

Risultati: si attende di riscontrare una riduzione dei livelli di ansia e di depressione, un miglioramento della qualità della vita e una maggiore *compliance* al trattamento nei pazienti del gruppo sperimentale.

Conclusioni: interventi di tipo psicologico costituirebbero un valido aiuto per i pazienti nel fronteggiare paure e angosce legate alla malattia e per migliorare la loro qualità della vita. La ricerca-intervento è ancora in corso di sperimentazione per cui i risultati definitivi saranno discussi in sede congressuale.

Bibliografia

Neilson KA, Pollard AC, Boonzaier AM, et al. *Psychological distress (depression and anxiety) in people with head and neck cancers*. Med J Aust 2010;193(5 Suppl):S48-51.

Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Toronto Alexitymia Scale*. In: Caretti V, La Barbera D, a cura di. *Alessitimia, valutazione e trattamento*. Roma: Astrolabio 2005.

Zigmond AS, Snaith RP. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361.

P160. Sindromi psicosomatiche nella popolazione geriatrica, focus su alessitimia e demoralizzazione: uno studio di prevalenza

E. Martino, S. Massarenti, C. Da Ronch, L. Grassi, Gruppo Mentdis_ICF65+ UniFE

Clinica Psichiatrica, Dipartimento Discipline Medico-Chirurgiche Comunicazione e Comportamento, Università di Ferrara

Introduzione: lo studio della prevalenza di morbilità psichiatrica nella popolazione anziana si pone come punto importante dell'epidemiologia psichiatrica. Diversi studi hanno tuttavia indicato come i classici sistemi diagnostici (DSM-ICD) non siano in grado di cogliere dimensioni di sofferenza psicosociale importanti (ad es. ansia per la salute, demoralizzazione, irritabilità), importanti per le ripercussioni sulla qualità di vita. I Criteri Diagnostici per la Ricerca in Psicosomatica (DCPR) a questo proposito hanno evidenziato dati interessanti nella popolazione generale¹, mentre mancano dati di prevalenza sulla popolazione anziana attraverso l'utilizzo dei DCPR. Su tali basi lo studio presentato ha valutato la prevalenza di diagnosi secondo i DCPR nella popolazione generale anziana, nell'ambito del Progetto Europeo MentDis-ICF65+, sulla prevalenza, incidenza e gravità dei sintomi mentali nella fascia di età 65-84 anni (M = 72,4 SD = 5,1).

Metodi: sono state somministrate a 279 soggetti della provincia di Ferrara 11 delle dimensioni dell'intervista DCPR, dopo opportuno *training* di formazione sulla intervista stessa.

Risultati: il 40,5% dei soggetti è positivo ad almeno una sindrome psicosomatica: il 42,3% presenta alessitimia (vs. 15% della popolazione nella fascia 18-64 anni), mentre il 12,5% presenta demoralizzazione (vs. 3%). L'alessitimia si è correlata positivamente con l'età rispetto alla popolazione generale più giovane. Si segnala una maggior prevalenza negli uomini (56,7% M vs. 43,3% F) e una correlazione negativa col livello di istruzione (70,3% con meno di 13 anni di istruzione). La demoralizza-

zione risulta maggiormente rappresentata nel genere femminile (65,7% F vs. 34,2% M).

Conclusioni: gli aspetti relativi alla demoralizzazione e soprattutto all'alessitimia si pongono come centrali nella prevalenza delle diagnosi DCPR nella popolazione anziana indagata. È possibile che meccanismi di natura diversa intervengano nell'anziano rispetto alle manifestazioni di sofferenza psicosociale in senso lato, tra cui la prevalenza di disturbi dell'umore (possibilmente, ma non necessariamente collegata alla demoralizzazione) o la tendenza maggiormente presente alla repressione emozionale. È inoltre possibile che un accentramento sull'immediato e sul proprio corpo, vissuto come vulnerabile, condizioni l'insorgenza o la cronicizzazione di dimensioni dell'area psicosomatica. In una lettura più ampia il corpo, per propria natura in rapporto dialettico col mondo vissuto, potrebbe divenire oggetto (*Korper*) e ostacolo, all'espressione emozionale e relazionale. Ulteriori approfondimenti e correlazioni con variabili di ordine psicologico e sociale potranno maggiormente chiarire questa interessante area della psico-geriatria rispetto alle dimensioni esplorate dai DCPR.

Bibliografia

¹ Mangelli L, Semprini F, Sirri L, et al. *Use of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in a community sample*. Psychosomatics 2006;47:143-6.

Il presente studio è parte del progetto MentDis-ICF65+ finanziato dalla UE, Università di Ferrara (Grant. 223105).

P161. Il day hospital psichiatrico nei disturbi dell'alimentazione. Sei mesi di trattamento intensivo

E. Marzola, C. Gramaglia, G. Abbate-Daga, C. De Bacco, M. Quaranta, A. Brustolin, S. Campisi, M. Panero, S. Buzzichelli, S. Fassino

Università di Torino, Dipartimento di Neuroscienze, Centro Pilota Regionale per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare, AOU San Giovanni Battista di Torino

Introduzione: questo studio si propone di valutare l'efficacia del trattamento in un *Day Hospital* Psichiatrico (DHP) per la cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA).

Metodi: 62 pazienti affette da DCA hanno effettuato il trattamento di *Day Hospital* della durata di sei mesi presso il Centro Pilota Regionale per la cura dei DCA dell'Università di Torino. Il modello adottato è psicodinamico con il supporto di tecniche cognitivo-comportamentali. All'ammissione e alla dimissione sono state misurate le variabili cliniche e la psicopatologia alimentare con l'*Eating Disorders Inventory-2* (EDI-2) per valutare l'efficacia di tale intervento terapeutico.

Risultati: dopo sei mesi si è osservato un miglioramento significativo del peso corporeo e della sintomatologia alimentare. Sono inoltre migliorati significativamente i punteggi delle seguenti sottoscale dell'EDI-2: impulso alla magrezza, bulimia, insoddisfazione corporea, inadeguatezza, perfezionismo, paura della maturità, regolazione degli impulsi e insicurezza sociale.

Conclusioni: il trattamento intensivo del DHP del Centro per i DCA dell'Università di Torino si è dimostrato efficace. Tali dati preliminari indicano l'efficacia di questo trattamento e la necessità di ulteriori ricerche per confermare i dati presentati.

P162. Studio della personalità premorboza in soggetti a rischio genetico di sviluppare demenza frontotemporale

E. Masotti, C. Scalvini, G. Binetti, R. Ghidoni, L. Benussi, R. Pioli

IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

Presso il Laboratorio di Neurobiologia dell'IRCCS di Brescia è stata identificata una mutazione nel gene *PCRN* in grado di spiegare la comparsa di demenza frontotemporale nel 30% dei pazienti lombardi con FTD familiare. Come accade spesso nel campo delle demenze, le alterazioni cognitivo-comportamentali potrebbero presentarsi anni prima rispetto alla chiara manifestazione della malattia. Nel presente studio ci siamo posti come obiettivo l'identificazione di tratti premorbozi in soggetti a rischio di malattia, appartenenti a famiglie in cui siano state identificate mutazioni *PCRN*. La costituzione di un'équipe di consulenza genetica ha permesso di reclutare 12 soggetti, appartenenti a 5 famiglie, di cui 6 portatori (aa 48,67 12,31) e 6 non portatori (aa 48,83 15,09) del difetto genetico. Le valutazioni si sono focalizzate sulla misurazione di: fattori di personalità, funzioni cognitive, ansia, depressione e qualità di vita. Le prime analisi indicano che i soggetti portatori, ai quali non è stato ancora comunicato il risultato del test genetico, non manifestano significative differenze nel funzionamento cognitivo, mentre si differenziano dai non portatori nei tratti di personalità, descrivendosi come più cordiali ed empatici (BFQ A portatori $m = 52,83$, $ds = 5,85$; non portatori $m = 41,17$, $ds = 5,71$; $p = 0,006$). Da questi primi risultati, la personalità dei soggetti pre-sintomatici portatori di mutazioni *PCRN* sembrerebbe caratterizzata da maggiore amicalità rispetto ai soggetti non portatori.

P163. Sindrome metabolica e rabbia

E. Massihnia, A. Saitta, M.C. Morgante, D. La Barbera

Dipartimento di Biomedicina sperimentale e Neuroscienze cliniche, Università di Palermo, Sezione di Psichiatria

La sindrome metabolica (MS), generalmente considerata un insieme di alterazioni metaboliche quali obesità viscerale, dislipidemia, ipertensione arteriosa, insulino-resistenza, è una importante condizione di rischio cardiovascolare che appare correlata alla dimensione psicologica della rabbia. Il presente lavoro è rivolto allo studio dei livelli sierici di leptina e del controllo emozionale della rabbia in soggetti con sindrome metabolica. Diversi autori hanno osservato come l'ostilità e l'aggressività, due componenti caratteristiche della rabbia, sono in relazione allo sviluppo della sindrome metabolica.

Sono stati selezionati 50 soggetti con MS e 50 soggetti di controllo, ed è stato somministrato lo STAXI-2 (*State-Trait Anger Expression Inventory-2*) e il DMI (*Defense Mechanism Inventory*).

In particolare, abbiamo ipotizzato che i circuiti psico-biologici coinvolti nell'insorgenza della rabbia attraverso la mediazione della leptina, potrebbero avere un ruolo nella genesi della MS.

I livelli sierici di leptina sono significativamente incrementati in presenza di MS e si correlano positivamente con l'espressione della rabbia rivolta verso l'esterno.

Per quanto riguarda le caratteristiche psicologiche, i soggetti con MS nel nostro studio hanno livelli più alti di rabbia di tratto- temperamentale (RT/T), maggiore espressione verbale della rabbia in situazioni specifiche, tendenza alla rabbia di stato agita (RS/V) e prevalenza del meccanismo di difesa TAO (aggressività o rivolgimento verso l'oggetto), rispetto al gruppo di controllo.

Bibliografia

Eikelis N, Schlaich M, Aggarwal A, et al. *Interactions between leptin and the human sympathetic nervous system*. Hypertension 2003;41:1072-9.

Goldbacher EM, Matthews KA. *Are psychological characteristics related to risk of the metabolic syndrome? A review of the literature*. Ann Behav Med 2007;34:240-52.

Raikkonen K, Mattheus KA, Sutton-Tyrrel K, et al. *Trait anger and the metabolic syndrome predict progression of carotid atherosclerosis in healthy middle-aged women*. Psychosom Med 2004;66:903-8.

P164. Evidenze della sovrapposizione genetica tra la dismorfia corporea e i sintomi ossessivocompulsivi in un campione di gemelli nella comunità

B.A. Monzani, F. Rijdsdijk, A.C. Iervolino, M. Anson, L. Cherkas, D. Mataix-Cols

Department of Psychosis Studies, King's College London, Institute of Psychiatry, London; Social, Genetic & Developmental Psychiatry Research Centre (SDGP), Institute of Psychiatry, London; The Centre for Anxiety Disorders and Trauma, South London and Maudsley NHS Trust, London; Department of Twin Research and Genetic Epidemiology, King's College London School of Medicine; Department of Psychology, King's College London, Institute of Psychiatry, London, UK

Body Dysmorphic Disorder (BDD) is described as an excessive preoccupation with a minor defect in physical appearance that leads to clinically significant distress and/or impairment in social and/or occupational functioning. Although BDD is currently classified as a somatoform disorder in DSM-IV-R, an important debate exists as to whether it would be better categorized under an Obsessive Compulsive Disorder (OCD) Spectrum section. BDD is in fact often thought to be etiologically related to OCD but the available evidence is incomplete. The current study examined the genetic and environmental sources of covariance between BDD and OCD traits in a community sample of twins.

A total of 2,148 female twins completed valid and reliable measures BDD and of OCD symptoms. Twin analyses were carried out using Mx statistical program. Liability threshold modelling showed that the association between BDD and OCD traits is largely accounted for by genetic influences common to both phenotypes (64% of genetic sharing). Unique environmental factors, although influencing these traits individually, do not substantially contribute to their covariation.

In conclusion, our study indicates that the association between BDD and OCD symptoms is largely explained by shared genetic factors. Conversely, environmental risk factors were largely unique to each phenotype. These results broadly support the current recommendation to classify BDD together with OCD in the same chapter in the forthcoming DSM-5.

P165. I sintomi depressivi sotto soglia sono più presenti tra i pazienti con fibromialgia che tra i pazienti con artrite reumatoide

I. Moroni¹, M. Cecchini¹, A. Veltri¹, C. Vizzaccaro¹, C. Cerliani¹, L. Bazzichi², A. Piccini¹

¹ Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie; ² Dipartimento di Medicina Interna, Unità di Reumatologia, University of Pisa, Pisa, Italy

Cognitive and emotional processes are crucial contributors to interindividual differences in the perception and impact of pain. Etiology of Fibromyalgia involves the interaction of multiple biological, psychological, and behavioral contributors. Rheumatoid Arthritis (RA) is a chronic illness which symptoms include physical deterioration usually associated with impairment in emotional well-being. Both FM and RA are chronic diseases characterized by pain and associated with different psychiatric disorders. The aim of this study was to investigate and compare, using the MOODS-SR, the prevalence of subthreshold depressive symptoms in FM and RA patients. Our study included two samples of 63 FM patients and 51 RA patients recruited at a Rheumatology outpatient Unit. Axis I psychiatric diagnoses were excluded using the Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I disorders (SCID-I/P), administered by trained psychiatrists. The results show that FM patients had higher subthreshold affective symptoms, in particular subthreshold depressive symptoms, than RA patients, showing that the total depressive component score ($p = 0.002$, $Z = -3.138$) and the total MOOD-SR score ($p = 0.016$, $Z = -2.420$) resulted significantly higher in FM patients than in RA ones. In conclusion, our study demonstrates that subthreshold depressive symptoms are more represented in FM than in RA patients. This could play a role in the worse quality of life and in the major perception of pain which characterizes FM.

P166. Effetto di un trattamento con agomelatina sulle funzioni cognitive/esecutive di un campione di soggetti affetti da fibromialgia

M.R.A. Muscatello¹, A. Bruno¹, U. Micò¹, G. Pandolfo¹, V.M. Romeo¹, N. Cogliandro¹, S. Lorusso¹, G. Pagano Mariano², M. Caminiti², R.A. Zoccali¹

¹ Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche e Anestesiologiche, Università di Messina; ² UO Reumatologia, Azienda Ospedaliera "Presidio Morelli", Reggio Calabria

Introduzione: un'alta percentuale di soggetti affetti da sindrome fibromialgica (FM) manifesta deficit cognitivi spesso rappresentati da disfunzioni mnesiche e dalla riduzione delle capacità attentive. In particolare, diversi studi hanno evidenziato nei pazienti FM alterazioni della memoria di lavoro, episodica e semantica con *performance* pari a quelle di soggetti di 20 anni più grandi. Inoltre sono state riscontrate nei soggetti FM, rispetto ai controlli sani, l'alterazione del controllo esecutivo (maggiore interferenza) e una ridotta vigilanza (tempo globale di reazione più lento). I sintomi cognitivi in questi pazienti possono essere aggravati dalla presenza di depressione, ansia, disturbi del sonno e dal dolore, ma il rapporto fra tali fattori e i deficit cognitivi non è a oggi ancora del tutto chiarito.

L'agomelatina, capostipite di una nuova classe di antidepressivi, è un analogo della melatonina che agisce come agonista a elevata affinità dei recettori melatoninergici MT1 e MT2 e come antagonista dei recettori 5HT_{2c} della serotonina, con aumento delle concentrazioni di noradrenalina e dopamina nella corteccia frontale. Considerato il suo peculiare meccanismo d'azione, l'agomelatina, oltre a risultare efficace su diversi gruppi di sintomi depressivi (sintomi principali della depressione, alterazioni del sonno, ansia, sintomi somatici), potrebbe rappresentare un valido trattamento dei deficit cognitivo/esecutivi presenti nei pazienti FM.

Metodi: a 15 soggetti *drug free* affetti da fibromialgia è stata somministrata agomelatina alla dose di 25 mg/die in monosomministrazione serale. Tutti i soggetti sono stati valutati al tempo T0 e a 8 settimane mediante una batteria di test per la valutazione delle funzioni cognitive (Fluenza Verbale, Stroop Test, WCST).

Risultati: dopo otto settimane di trattamento con agomelatina, i risultati ottenuti non hanno evidenziato miglioramenti statisticamente significativi delle funzioni neurocognitive esplorate.

Conclusioni: il trattamento con agomelatina non sembra essere una strategia utile nel trattamento dei deficit cognitivo/esecutivi dei soggetti affetti da fibromialgia.

P167. Psicosomatica e malattie infiammatorie croniche intestinali

L. Nastri¹, M. Cappello², B. Bonanno¹, I. Bravatà², M. Frenda¹, E. Massihnia¹, M.C. Morgante³, M.V. Rumeo¹, F. Vanella¹, A. Craxi², D. La Barbera¹

¹ Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo (BioNec); ² Sezione di Gastroenterologia, Università di Palermo (DiBiMIS); ³ Università di Palermo, Dipartimento di Medicina Interna e specialistica, Centro di Riferimento Regionale delle malattie rare del metabolismo

Introduzione: i dati di letteratura sostengono che i fattori psicologici esercitano un ruolo fondamentale sulle patologie somatiche quali la rettocolite ulcerosa e il morbo di Crohn¹. Sembraerebbe, inoltre, che stili di vita e *stressors* ambientali contribuiscano non solo all'eziopatogenesi, ma anche alle recidive di tali patologie croniche². Il presente lavoro nasce da una collaborazione tra la UOC di Psichiatria e la UOC di Gastroenterologia del Policlinico Universitario di Palermo. In particolare nel nostro studio abbiamo ipotizzato l'esistenza di associazioni tra le malattie infiammatorie croniche intestinali e fattori quali aspetti personalologici, sistemi di difesa, alessitimia, stili di vita e *stress*, al fine di approfondire la conoscenza di tali patologie e per una più ampia valutazione del paziente che comprenda anche gli aspetti psicologici.

Metodi: il campione, ancora in fase di reclutamento, è composto da 41 pazienti (F = 59%, età media = 40 anni; ds = 16,3) affetti da IBD afferenti il reparto di Gastroenterologia della AUOP P. Giaccone di Palermo. L'assessment testologico è composto dai seguenti strumenti: form per la raccolta dei principali dati socio-demografici e delle informazioni sulla storia clinica del paziente, TAS-20, Eysenck Personality Inventory (EPI), Short-Form Health Survey36, Holmes Rahe Social Readjustment Rating Scale.

Risultati: il campione è costituito per il 69% da pazienti affetti da m. di Crohn. Dall'analisi dei dati è emersa una differenza significativa ($p = 0,03$) nella componente "impulsività", misurata attraverso Eysenck Personality Inventory, che risulta maggiore

nei pazienti affetti da m. di Crohn. Inoltre si è riscontrata una maggiore prevalenza di Alessitimia ($p = 0,01$) tra i pazienti affetti da m. di Crohn. Nessuna differenza significativa per quanto riguarda la qualità della vita nei due gruppi di pazienti. In entrambi i gruppi è emersa una sufficiente percezione della qualità della vita, nonostante alcuni pazienti abbiano una diagnosi con severità maggiore; questo potrebbe dipendere non solo dai progressi della farmacoterapia, ma anche dalla buona qualità del rapporto medico-paziente strutturato nella UO.

Conclusioni: in attesa di ampliare il campione e di poterlo confrontare con un gruppo di controlli appare utile sottolineare la difficoltà dei pazienti affetti da m. di Crohn nel riconoscere ed elaborare i propri vissuti emotivi e una maggiore tendenza all'utilizzo dell'impulsività al posto di trasformazioni più organizzate.

Bibliografia

- Peters EMJ, Arck PC, Paus R. *Hair growth inhibition by psychoemotional stress: a mouse model for neural mechanisms in hair growth control*. *Exp Dermatol* 2006;15:1-13.
- Moreno-Jiménez B, López Blanco B, Rodríguez-Muñoz A, et al. *The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease*. *J Psychosom Res* 2007;62:39-46.

P168. Disturbo del comportamento alimentare e sindromi psicosomatiche secondo i criteri diagnostici per la ricerca in psicosomatica

B. Nicotra, M.C. Giovannone, V. Leone, C. Panepinto, N. Delsedime, G. Abbate Daga, S. Fassino

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

Introduzione: sono pochi gli studi relativi la presenza di una diagnosi psicosomatica nei disturbi alimentari ¹. Scopo del presente studio è di valutare la presenza di sindromi psicosomatiche nei disturbi alimentari e la correlazione tra sindromi psicosomatiche, psicopatologia e *outcome*.

Metodi: sono stati reclutati 162 pazienti ricoverati presso il reparto per i disturbi del comportamento alimentare dell'Università di Torino. I partecipanti hanno completato il *Temperament and Character Inventory* (TCI), il *Body Shape Questionnaire* (BSQ), il *Beck Depression Inventory* (BDI) e l'*Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2) e sono stati sottoposti all'intervista strutturata per i Criteri Diagnostici per la Ricerca Psicosomatica (DCPR) ².

Risultati: le diagnosi più frequenti sono la negazione di malattia (60,2%), la demoralizzazione (55,9%) e l'alessitimia (54,7%). Le diagnosi di negazione della malattia e di demoralizzazione sono significativamente correlate a una durata più lunga di malattia. Alessitimia, comportamento di tipo A e umore irritabile sono associati agli aspetti ansiosi e risultano indipendenti dalla gravità del disturbo alimentare. La presenza di demoralizzazione e l'assenza di tanatofobia hanno evidenziato un *outcome* peggiore a breve termine.

Conclusioni: il presente studio evidenzia il ruolo rilevante dei fattori psicosomatici nella diagnosi e nei percorsi terapeutici dei disturbi alimentari. Lo studio supporta l'utilità clinica dei DCPR per una valutazione più complessiva e una pratica clinica più adeguata nella cura di anoressia e bulimia.

Bibliografia

- Fassino S, Abbate-Daga G, Pierò A, et al. *Psychological factors affecting eating disorders*. *Adv Psychosom Med* 2007; 28:141-68.
- Fava GA, Freyberger HJ, Bech P, et al. *Diagnostic criteria for use in psychosomatic research*. *Psychother Psychosom* 1995;63:1-8.

P169. Uno studio sul *distress* percepito dal caregiver di pazienti con episodio depressivo maggiore: differenze tra disturbo depressivo maggiore e disturbo bipolare

L. Oldani, M. Serati, C. Arici, B. Dell'Osso, A.C. Altamura
Dipartimento di Salute Mentale, Università di Milano, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Introduzione: diversi studi hanno valutato la disabilità in pazienti affetti da DDM ¹ e DB ². Pochi studi hanno confrontato l'impatto della malattia sui caregiver dei pazienti affetti da DDM vs. DB ³. Scopo del presente studio è stato quello di comparare il grado di disabilità/*distress* percepito dal caregiver nel contesto di un EDM indice in pazienti affetti da DDM vs. DB.

Metodi: il campione è costituito da 30 pazienti con EDM (DSM-IV-TR), 15 affetti da DDM e 15 da DB (tipo I o II), e dai rispettivi caregiver. Oltre a raccogliere le principali caratteristiche clinico-demografiche del campione, sono state somministrate scale psicometriche atte a valutare il livello di funzionamento complessivo dei pazienti (tra cui la *Sheehan Disability Scale*, SDS) e il grado di *distress* dei rispettivi caregiver (*Zarit Burden Interview*, ZBI).

Risultati: l'analisi statistica effettuata con *t-test* di Student per gruppi indipendenti ha dimostrato alcune differenze statisticamente significative tra i due gruppi diagnostici, consistenti con i dati di letteratura (età d'esordio, numero degli episodi complessivi di malattia, degli episodi di malattia nell'ultimo anno, delle ospedalizzazioni totali e di tentati suicidi). Circa il *distress* (psicologico e fisico) percepito dal caregiver, non sono state dimostrate differenze statisticamente significative tra i due gruppi diagnostici alla ZBI ($p = 0,890$). La regressione lineare ha evidenziato invece un valore predittivo del numero di ospedalizzazioni nell'ultimo anno e dell'*item* "supporto sociale" della scala SDS sul grado di *distress* provato dal caregiver ($F = 9,684$, $p = 0,004$ e $F = 4,364$, $p = 0,046$).

Conclusioni: il grado di *distress* percepito dai caregiver di pazienti con un EDM in atto sembra essere indipendente dalla categoria diagnostica (DB e DDM). Alcuni parametri clinici, quali il numero di ospedalizzazioni, sembrano essere utili nel prevedere, nel periodo acuto, il grado di disabilità di chi assiste pazienti con un disturbo dello spettro affettivo. Ulteriori parametri clinici indicativi potrebbero essere individuati da un'analisi condotta su un campione più ampio e dall'osservazione *lifetime* del disturbo dell'umore.

Bibliografia

- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. *ESEMeD/ MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;420:38-46
- Simon GE, Bauer MS, Ludman EJ, et al. *Mood symptoms, functional*

impairment, and disability in people with bipolar disorder: specific effects of mania and depression. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1237-45.

- ³ Heru AM, Ryan CE. Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up. *J Affect Disord* 2004;83:221-5.

P170. Temperamento e carattere nei disturbi del comportamento alimentare non purging

R.A. Paoli¹, E. Zugno¹, E. Caletti¹, A. Caldiroli¹, L. Paganelli¹, V. Baglivo¹, C. Prunas¹, B. Penzo¹, N. Suardi¹, V. Losmargiasso¹, L. Danesi², N. Polli²

¹ Università di Milano, IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Dipartimento di Salute Mentale, UO Psichiatria;

² Università di Milano, Istituto Auxologico Italiano

Introduzione: numerose ricerche mostrano che i quadri clinici dei DCA siano strettamente correlati con i tratti di personalità. Assumendo un'ottica dimensionale, scopo di questo studio è individuare le caratteristiche di temperamento e carattere nei DCA non-purging.

Metodi: sono stati reclutati 30 soggetti con diagnosi di DCA secondo i criteri del DSM-IV-TR, suddivisi poi in tre gruppi: anoressia nervosa (ANR), *Binge Eating Disorder* (BED) e bulimia nervosa (BN). Sono stati somministrati il TCI, strumento per la valutazione del temperamento e del carattere, e l'SCL-90. I risultati dei gruppi sono stati confrontati tra loro.

Risultati: il profilo TCI delle pazienti ANR si avvicina di più alla popolazione normale, ma si distingue per un'alta Persistenza. Quelli di BED e BN sono simili, soprattutto per un alto evitamento del danno. I tre gruppi condividono una bassa Autotrascendenza. Anche nella SCL-90 i pazienti BED e BN hanno un profilo più simile; i tre gruppi, però, hanno in comune un'elevata sensibilità interpersonale.

Conclusioni: confrontando i risultati TCI di pazienti con ANR, BED e BN si delineano profili diversificati che possono orientare il *management* terapeutico.

Bibliografia

Fassino S, et al. *Temperament and character in eating disorders: ten years of study*. *Eat Weight Disord* 2004;9:81-90.

Ramacciotti CE, et al. *The relationship between binge eating disorder and non-purging bulimia nervosa*. *Eat Weight Disord* 2005;10:8-12.

P171. Sintomi gastrointestinali e correlazioni psicopatologiche nei disturbi del comportamento alimentare: uno studio prospettico

A. Pellicciari¹, B. Salvioi^{2,3}, S. Gualandi⁴, E. Di Pietro¹, V. Stanghellini⁵, L. Iero¹, E. Franzoni¹

¹ UO Neuropsichiatria Infantile, Ospedale Sant'Orsola Malpighi, Università di Bologna;

² Dipartimento di Gastroenterologia, Istituto Clinico Humanitas, IRCCS, Rozzano, Milano;

³ Ricercatore,

⁴ Dipartimento di Pediatria, Ospedale Sant'Orsola Malpighi,

⁵ Dipartimento di Clinica Medica, Università di Bologna

Introduzione: i disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono spesso associati a sintomi riferiti al tratto gastrointestinale che vengono imputati dai pazienti come causa dell'incapacità

di alimentarsi adeguatamente. Non è noto se i sintomi persistano dopo regime dietetico adeguato in ambiente ospedaliero né se vi siano correlazioni con determinati tratti psicopatologici.

Scopo: (i) valutare la prevalenza di sintomi gastrointestinali di grado moderato-severo nei pazienti DCA ospedalizzati, sia all'inizio del ricovero e dopo sei mesi dalla dimissione; (ii) correlare gli score psicopatologici con sintomi gastrointestinali e il peso corporeo (BMLsds).

Metodi: 48 pazienti (84% F) con DCA all'ingresso in reparto (T1) hanno compilato il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2 o -A) e un questionario validato su sintomi da reflusso gastroesofageo (E) e gastrointestinali (GI). Il test sui sintomi GI è stato ricompilato a fine ricovero (T2), al controllo ambulatoriale dopo un mese (T3) e dopo sei mesi dalla dimissione (T4).

Risultati: (i) i sintomi di grado moderato-severo più frequentemente riportati sono stati la ripienezza postprandiale (70%) e la distensione addominale (57%), senza diversità statistica fra i sintomi E vs. GI (NS). Nel periodo di osservazione (T1-T4) sia i sintomi E (*range* interquartile 3-18,5 e 0,5-6,5) che GI si sono ridotti significativamente (*range* interquartile 14-43,5 e 3,5-27,5; $p < 0,05$ e $< 0,001$, rispettivamente), così come il BMLsds (-3,4 - -1,7 e -1,5 - -0,4); (ii) il BMLsds e i sintomi GI sono risultati significativamente correlati con HS (ipochondria), PT (psicoastenia), SC (schizofrenia) ($p < 0,05$). Il tratto psicopatologico di grado severo (score MMPI > 55) prevalente è stata la depressione (67%). I pazienti con score MMPI < 55 hanno mostrato un miglioramento nel tempo (T1-T4) sia del BMLsds ($p = 0,001$) che dei sintomi GI ($p < 0,05$), mentre quelli con score patologico > 55 solamente la riduzione del BMLsds ($p = 0,01$).

Conclusioni: i sintomi GI sono frequentemente riportati dai pazienti con DCA e migliorano parimenti al peso corporeo dopo ospedalizzazione e per un periodo di *follow-up*. La presenza di tratti psicopatologici severi costituisce un fattore predittivo negativo per il miglioramento dei disturbi GI.

P172. Depressione post-partum: dalle basi biologiche allo sviluppo di nuove terapie

M. Pinna¹, V. Deiana¹, F. Ligas¹, R. Ardau², A. Bocchetta¹, M. Del Zompo^{1,2}

¹ Sezione di Farmacologia Clinica, Dipartimento di Neuroscienze "B.B. Brodie", Università di Cagliari; ² Unità Complessa di Farmacologia Clinica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari

Introduzione: la depressione *post-partum* (PPD) è una malattia psichiatrica che colpisce il 10-20% delle puerpere. Scopo di questo lavoro è di aggiornare le conoscenze sulla PPD con focalizzazione sull'etiopatogenesi.

Metodi: è stata fatta un'accurata revisione della letteratura su siti internazionali dedicati e liberi.

Risultati: allo stato attuale emerge che la PPD è una patologia complessa a patogenesi non ancora chiarita, determinata da fattori genetici, biologici e ambientali. Studi di genetica hanno mostrato un possibile coinvolgimento di polimorfismi di geni codificanti per il trasportatore della serotonina, per i recettori 5HT_{2A} e 5HT_{2C}, dei geni HMCN1 (contenente il sito di legame del recettore estrogenico) e METTL13 (importante nell'induzione della trascrizione genica per il recettore degli estrogeni),

dei recettori D2 e GABA_A (GABA_AR). Il coinvolgimento di questi sistemi potrebbe fornire una spiegazione sulla relazione tra alterazioni genetiche, fluttuazioni ormonali, alterazioni neurotrasmettitoriali e fluttuazioni dell'umore nella PPD.

Conclusioni: i risultati fino a oggi ottenuti non sono esaustivi. Vi sono comunque evidenze che le pazienti con PPD potrebbero presentare un'elevata vulnerabilità genetica, anche se a tutt'oggi non siamo in grado di evidenziare uno specifico *marker* biologico di malattia. La ricerca si sta focalizzando sulla subunità δ dei GABA_AR e sul possibile ruolo di sostanze agoniste selettive di questa subunità, per il trattamento della PPD.

P173. Il ruolo della medicina di base nell'intervento precoce nella psicosi in adolescenti e giovani adulti

A.M. Pizzorno¹, L. Serroni¹, D. Campanella¹, D. De Berardis¹, L. Olivieri¹, A. D'Agostino, A. Serroni, T. Acciavatti², A. Carano, N. Serroni¹, F.S. Moschetta¹, G. Di Iorio², M. Di Giannantonio²

¹ Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "G. Mazzini", Azienda Sanitaria Locale, Teramo; ² Dipartimento di Neuroscienze e Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" di Chieti

L'esordio dei disturbi psicotici avviene per lo più durante l'adolescenza o nel periodo di transizione all'età adulta (17-35 anni), con importanti effetti negativi sul processo di maturazione personale e professionale dell'individuo quali il ritiro sociale e difficoltà nella gestione della vita quotidiana e nel mantenimento di ruolo, proprio nella fase in cui i familiari hanno molte aspettative verso il futuro e l'autonomia di ragazzi e ragazze. Il significativo impatto dei disturbi psicotici sui giovani si estende alle loro famiglie e, in modo più ampio, all'intera società, poiché dopo un primo episodio psicotico e/o una prima ospedalizzazione la gestione della situazione passa alla "comunità".

I MMG sono, sia come informant delle famiglie e quindi non solo vettori ma attori primi di percorsi di educazione sanitaria, e agenti prioritari per una diagnosi precoce, per il monitoraggio delle situazioni a rischio, per l'invio di secondo livello ai servizi del DSM. I compiti dei MMG possono essere raggruppati in 2 aree:

1. ruolo nell'individuazione dei casi precoci;
2. ruolo nel trattamento:
 - come *autorevole agente di invio* al servizio di salute mentale; per consigliare e orientare i familiari al rapporto col servizio pubblico;
 - come *collaboratore del trattamento*, sia per terapie e counselling che per la prevenzione delle ricadute e/o per il mantenimento di continuità terapeutica nei casi "dimessi" e rinviati dal CSM in quanto gestibili fuori da un rapporto diretto col servizio di salute mentale);
 - come *autorevole agente di invio al servizio di salute mentale*;
 - come *consigliere dei familiari*, per orientare la loro ricerca di aiuto restando nel conteso sociale dell'utente; evitare invii al privato in prima battuta, se ci sono pregiudizi o timori verso i CSM; evitare un ricovero in prima battuta by-passando il CSM, specie fuori territorio (dovrà tornare comunque – continuità terapeutica); indurre aspettative razionali nei familiari – no al mito dei "luminari"; sottolineare l'importanza del servizio pubblico per un programma integrato e il lavoro multidisciplinare;

- come *facilitatore/mediatore del primo contatto* (es. a domicilio o nel proprio studio);
- come *detentore di informazioni clinico-sociali*: fornire un'anamnesi medica, esami ematochimici, ecc. e il *background sociale* in modo affidabile fornisce elementi preziosi all'approccio psichiatrico e ne accorcia i tempi;
- come *diretto collaboratore del trattamento*: per successivi colloqui congiunti; prescrizione di terapie sotto indicazione dello psichiatra; uso di strumenti semplici di registrazione che sono pure di guida alla pratica;
- per la *prevenzione secondaria*: riferire al servizio pubblico le situazioni problematiche, di rifiuto o di non consapevolezza; segnalare possibili segni di ricaduta in pazienti in carico al CSM; segnalare noxae somatiche che possono influenzare direttamente o indirettamente la salute mentale (traumi, abuso di alcool o sostanze anche legali, patologie endocrine – tiroide o neurologiche a carattere degenerativo, ecc) o eventi di vita o familiari gravi (incidenti, lutti, ecc.);
- come *tutor di salute*: per casi a rischio a causa della comorbidità per gravi patologie somatiche e gravi disturbi mentali, specie se lungoassistiti e privi di famiglia competente ai problemi. Fare piano di controlli concordati col CSM. NB alta percentuale di casi ignoti al MMG in questa popolazione;
- come *case manager*: sotto supervisione e consultazione a richiesta del CSM (*second opinion*): per terapie farmacologiche e counselling (in particolare per i MMG specialisti in psichiatria; il rischio è però agire in modo non strategico e non coordinato col CSM, ma "alternativo"); attivando l'ADI per trattamento domiciliare di psicosi acute, di concerto col CSM;
- per la *prevenzione* delle ricadute e/o per il mantenimento di continuità terapeutica nei casi "dimessi" e rinviati dal CSM in quanto gestibili fuori da un rapporto diretto col servizio di salute mentale (es. disturbi bipolari con lunghi intervalli liberi-trattamenti profilattici con litio e relativi controlli, ecc.).

P174. Sindromi depressive sottosoglia: prevalenza, riconoscimento e prevenzione nell'ambulatorio di medicina generale

G. Previti, A. Bordone, A. Petralia, E. Aguglia
UOPI Psichiatria, Policlinico G. Rodolico, Catania

Introduzione: i quadri clinici più frequenti negli ambulatori di medicina generale e psichiatria sono costituiti da depressioni sottosoglia, quadri clinici che per durata, gravità o numero di sintomi sono sovrapponibili alla patologia conclamata.

Obiettivo: valutarne la prevalenza tra i pazienti dei medici di medicina generale e la loro capacità di riconoscerla; individuare i sintomi maggiormente presenti e analizzare quali mezzi possono essere utili per la diagnosi.

Metodi: sono state usate le seguenti scale: *Beck Depression Scale*, *Mood-SR* e *SCL-90-R*, oltre a una scheda per i dati demografici, la frequenza e il motivo delle visite. Al medico è stato chiesto di compilare una scheda con la sua diagnosi.

Risultati: sono stati intervistati 620 pazienti. L'8% era affetto da depressione sottosoglia, il 3,2% da depressione maggiore

anche se solo nel 20% dei casi viene ipotizzato un disturbo psichiatrico. Risalta la prevalenza di somatizzazioni sia nei pazienti con depressione maggiore che sottosoglia. Anche nelle caratteristiche dello spettro coinvolte ci sono differenze molto esigue. Per frequenza dell'ambulatorio, i pazienti con manifestazioni sottosoglia sono al primo posto.

Conclusioni: emerge la difficoltà nell'individuare e riconoscere patologie psichiatriche nonostante la frequenza. Utile l'ausilio di strumenti psicodiagnostici per riconoscere sintomatologie sottosoglia che altrimenti passerebbero inosservate, mantenendo alto il rischio di evolvere verso un disturbo conclamato.

Bibliografia

Cameron IM, Lawton K, Reid IC, et al. *Recognition and subsequent treatment of patients with sub-threshold symptoms of depression in primary care.* J Affect Disord 2011;130:99-105.

Ayuso-Mateos JL, Nuevo R, Verdes E, et al. *From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds.* Br J Psychiatry 2010;196:365-71.

Backenstrass M, Joest K, Rosemann T, et al. *The care of patients with subthreshold depression in primary care: is it all that bad? A qualitative study on the views of general practitioners and patients.* BMC Health Serv Res 2007;7:190.

P175. Durata di malattia non trattata ed esiti a lungo termine nei disturbi depressivi maggiori

D. Primavera, F. Cosso, L. Sanna, C. Bandecchi, T. Lepori, B. Carpiello

Dipartimento di Sanità Pubblica, Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari

Introduzione: pochi sono ancora i dati che valutano il ruolo della DUI (*Duration of Untreated Illness*) e l'*outcome* clinico nei disturbi depressivi maggiori. Il nostro studio si propone di studiare la durata di malattia non trattata e valutarne gli esiti a lungo termine in un campione di pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore.

Metodi: il nostro studio, di tipo retrospettivo, è stato condotto in un campione di 73 soggetti (53 F e 20 M) risultati affetti da disturbo depressivo maggiore secondo i criteri del DSM-IV-TR. Abbiamo raccolto i dati demografici, clinici e di decorso inerenti: età, sesso, storia familiare, età di esordio della malattia, età del primo trattamento antidepressivo e dose, eventuale comorbidità con altre diagnosi e con abuso di sostanze, numero di episodi depressivi prima e dopo il trattamento, numero di ricoveri ospedalieri e tentativi di suicidio.

Discussione: i risultati mostrano che la durata di malattia non trattata risulta essere più lunga nel campione maschile rispetto a quello femminile ($p = 0,049$) e la una DUI lunga, risulta correlata a un inizio del disturbo in età più precoce ($p = 0,040$) e a una più lunga durata di malattia ($p = 0,006$). Inoltre è stato dimostrato che il numero di episodi depressivi antecedente al primo trattamento antidepressivo è più alto nel campione di pazienti con una DUI superiore a 12 mesi ($p = 0,006$).

Conclusioni: questi risultati mostrano che nel sesso maschile la durata di malattia non trattata risulta essere più lunga rispetto al sesso femminile e ricalcano gli studi precedenti che hanno mostrato un miglior esito della depressione nei pazienti con una breve durata di malattia non trattata.

P176. Sintomi psicopatologici e qualità di vita nei pazienti in trattamento con interferon: risultati di uno studio prospettico

D. Primavera¹, I. Scanu¹, S. Lostia di Santa Sofia¹, M.E. Lai², C. Balestrieri², G. Serra², L. Chessa², E. Zaccheddu¹, C. Bandecchi¹, B. Carpiello¹

¹ *Dipartimento di Sanità Pubblica, Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari;* ² *UOD di Medicina Interna e Malattie del Fegato, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari*

Introduzione: essere affetti dal virus dell'epatite C ha un impatto decisamente negativo sulla qualità di vita e la terapia antivirale con IFN è anche responsabile dello sviluppo di effetti collaterali neuropsichiatrici.

Obiettivi: il presente studio prospettico è volto a stabilire il ruolo della terapia IFN nei sintomi psicopatologici manifestati dai pazienti in trattamento, in particolare il suo impatto sulla qualità di vita e stabilire quali pazienti possano essere trattati con sicurezza con il *peg-interferon α* , dato che la terapia è costosa, prolungata e presenta considerevoli effetti collaterali psichiatrici che purtroppo non possono essere previsti con assoluta certezza.

Materiali e metodi: il campione esaminato include 32 pazienti, di cui 18 maschi e 14 femmine di età media pari a 48,19 anni ($DS = 9,660$) affetti da epatite C, valutati prima dell'inizio della terapia antivirale con *peg-interferon* mediante l'intervista semi-strutturata SCID-I e SCID-II e *test* autosomministrati Scl90, BDI, SF36 e monitorati al primo e al terzo mese tramite HAM-A, HAM-D, CGI, YMRS, e al sesto mese di terapia tramite Scl90, BDI, SF36, HAM-A, HAM-D, CGI, YMRS.

Conclusioni: costante i disturbi psichiatrici manifestatisi o accentuatisi durante il periodo di assunzione della terapia con *peg-interferon α* + ribavirina, solamente 2 pazienti su 32 non sono arrivati all'end point del nostro studio a causa dell'insorgenza di eventi avversi rilevanti di carattere psicopatologico. Nonostante i sintomi psicopatologici prevalentemente di carattere depressivo e la marcata riduzione della qualità di vita, con un adeguato supporto, anche i pazienti predisposti a sviluppare disturbi dell'umore o d'ansia, possono assumere il Peg-Interferon α e, la presenza di una diagnosi psichiatrica life-time non rappresenta a priori un criterio di esclusione dalla terapia.

P177. La sindrome della vescica timida: uno studio sugli utenti del sito www.paruresis.it

A. Prunas

Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca

Con paruresi o "sindrome della vescica timida" ci si riferisce all'incapacità di urinare in situazioni in cui si è esposti allo scrutinio, o al possibile scrutinio, di altre persone e al conseguente evitamento dei bagni pubblici. Essa si associa a significativo disagio, compromissione del funzionamento sociale e lavorativo e a una ridotta qualità di vita. Nel DSM-IV-TR la paruresi è inclusa nella categoria diagnostica della fobia sociale (FS) per quanto l'accordo su tale scelta non sia unanime.

Obiettivo di questo studio è quello di indagare alcune possibili dimensioni psicologiche associate alla paruresi confrontando soggetti che presentano solo questo disturbo vs. paruresi nel contesto di una FS generalizzata. Entrambi i gruppi verranno

inoltre sottoposti a confronto con un campione di controllo non clinico.

Il campione clinico è stato raccolto tra gli utenti del sito www.paruresis.it. Nel periodo di pubblicazione della batteria, 65 partecipanti mostravano sintomi clinicamente rilevanti di paruresi, come evidenziato dal superamento del punteggio soglia di 5 alla *Paruresis Checklist*. L'età media è risultata pari a 28 anni (DS = $\pm 7,75$ anni); in linea con la letteratura, la maggior parte dei partecipanti (87,7%; N = 57) sono maschi. 35 dei 65 soggetti risultavano soddisfare i criteri per la FS generalizzata.

I nostri dati suggeriscono che il Narcisismo *covert* (misurato attraverso la *Hypersensitive Narcissism Scale*) si associa, secondo un gradiente di gravità, tanto alla paruresi in forma semplice che alla sua presenza nel contesto di fobia sociale generalizzata.

P178. Pseudoneglect e disturbi psichiatrici

M. Ribolsi, G. Lisi, G. Di Lorenzo, V. Magni, I.A. Rubino, C. Niolu, A. Siracusanò

Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze, Università Tor Vergata di Roma

Introduzione: studi presenti in letteratura riportano un'alterata espressione del fenomeno di pseudoneglect nei soggetti affetti da disturbi psichiatrici suggerendo l'esistenza di un'anomala lateralizzazione delle funzioni emisferiche in questi pazienti.

Materiali e metodi: il nostro studio ha esaminato un gruppo di 68 pazienti schizofrenici (28 donne e 40 uomini; età $37,93 \pm 11,61$), 41 pazienti affetti da depressione unipolare (24 donne e 17 uomini; età $44,76 \pm 10,69$) e 103 soggetti sani (51 donne e 52 uomini; età $34,49 \pm 12,97$). I soggetti sono stati sottoposti a un test di "line bisection paper and pencil". Il test, ripetuto tre volte in tre giorni differenti, richiedeva ai soggetti di segnare con un matita la metà di una linea orizzontale lunga 125 mm stampata in nero su un foglio A4 usando, per eseguire il compito, la mano dominante. La deviazione dal centro della linea, misurata in mm, indicava l'errore assoluto.

Risultati: il nostro studio ha evidenziato la presenza di un errore sistematico a destra (*rightward bias*) nelle performance dei pazienti schizofrenici rispetto a quelle dei soggetti sani ($p < 0,0001$) e dei pazienti affetti da depressione unipolare ($p = 0,0001$). Nessuna differenza è stata, invece, osservata tra soggetti sani e pazienti unipolari ($p = 1,00$).

Conclusioni: il risultato conferma l'ipotesi secondo la quale sarebbe presente nei pazienti schizofrenici una perdita della normale lateralizzazione delle funzioni emisferiche.

P179. Ansia e depressione in pazienti con epilessia del lobo temporale

P. Rizza, V. Manfredi, L. Mumoli¹, S. Ruberto, G. Cerminara, A. Labate¹, P. De Fazio

UO e Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Scienze della Salute, ¹ UO e Scuola di Specializzazione in Neurologia, Dipartimento di Scienze Medico-Chirurgiche, Università "Magna Graecia" di Catanzaro

Introduzione: numerose evidenze dimostrano la correlazione tra disturbi psichiatrici ed epilessia del lobo temporale (TLE). Nel presente studio viene valutata l'associazione tra TLE e de-

pressione, ansia di stato e di tratto, tratti di temperamento e carattere.

Metodi: a un gruppo di pazienti con diagnosi di TLE afferiti all'Unità di Ricerca Neuroimmagini del CNR presso il Policlinico Universitario di Germaneto sono stati somministrati TCI-R, *Beck Depression Inventory* (BDI), *State Trait Anxiety Inventory* (STAI). I pazienti sono stati sottoposti a RMN-3T. L'analisi statistica è stata condotta con tecniche di regressione lineare e regressione logistica multipla.

Risultati: è stato selezionato un campione di 28 pazienti affetti da TLE con tasso di risposta del 68,3%. Alla regressione lineare multipla i predittori di ansia di tratto erano rappresentati da: età, autodirezionalità e assenza di crisi temporali parziali; i predittori di ansia di stato anche da: sesso femminile e presenza di crisi secondariamente generalizzate. Il modello di regressione logistica multipla con metodologia *stepwise* ha evidenziato l'associazione statisticamente significativa tra presenza di sintomatologia depressiva e assenza di sclerosi ippocampale.

Conclusioni: in contrasto con i dati esistenti in letteratura è risultata una minore associazione di sintomi depressivi in pazienti con sclerosi ippocampale. Tale dato, di notevole interesse psicopatologico, ha necessità di essere ulteriormente approfondito.

Bibliografia

Bragatti JA, Torres CM, Londero RG, et al. *Prevalence of psychiatric comorbidities in temporal lobe epilepsy in a Southern Brazilian population*. Arq Neuropsiquiatr 2011;69:159:65.

De Oliveira G, Kummer A, Salgado JV. *Psychiatric disorders in temporal lobe epilepsy: an overview from a tertiary service in Brazil*. Seizure 2010;19:479-84.

P180. Variabili psicologiche e aspetti sintomatologici in pazienti con neoplasie ginecologiche: risultati preliminari di una ricerca-intervento

R. Rizzo¹, A. Vela¹, L. Ferraro¹, M.A. Rubino², M. Corso¹, M. Montalbano², N. Varsellona³, D. Gueli Alletti³, D. La Barbera¹

¹ Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, Università di Palermo; ² DSM Mod. 3 ASP di Palermo; ³ UO di Ostetricia, AO "Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello" di Palermo

Introduzione: un nostro precedente studio su un gruppo di 75 donne affette da neoplasia ginecologica in trattamento e in regime ambulatoriale presso l'UOC di Ostetricia e Ginecologia dell'AO "V. Cervello", ha osservato come le pazienti in regime ambulatoriale risentano fortemente della cronicizzazione della patologia e della perdita del contenimento e del vissuto di "cura e presenza" riscontrato in reparto, non riuscendo a recuperare, in fase di guarigione, una buona qualità della vita e risultando tendenzialmente più ansiose e più depresse, nonostante meccanismi di *coping* proattivi e orientati alla soluzione del problema.

Obiettivo: il presente lavoro è stato pensato come una ricerca-intervento che, in continuità con le nostre prime osservazioni, veda le pazienti inserite all'interno di un percorso terapeutico integrato, volto al monitoraggio, alla prevenzione e cura della salute mentale. Lo studio è di tipo comparativo-longitudinale. Prevede 4 gruppi di pazienti afferenti all'ambulatorio o al DH

in recidiva o in prima diagnosi, e una durata di circa due anni. Tutte le pazienti saranno sottoposte a *re-test* a cadenza prestabilita; il trattamento psicologico avrà durata di un anno, il *re-test* di *follow-up* è previsto a 24 mesi dall'inizio dello stesso.

Metodi: a oggi, sono state reclutate 30 pazienti di età compresa tra i 35 e i 77 anni ($M = 59,3$; $DS = 10,7$), afferenti dall'UO di Ostetricia dell'AO "Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello", di cui il 43,3% ricoverate in regime ambulatoriale e il 56,6% in regime di DH. Sono stati somministrati i seguenti test: HADS, Zigmond e Snaith (1983), per valutare lo stato d'ansia e di depressione; TAS-20, Bagby et al. (1994), per l'alessitimia; *Brief-COPE*, Carver (1997), per gli stili di *coping*; EORTC QLQ-C30, Fayers et al. (2001), per la qualità della vita.

Risultati: da una prima analisi statistica della covarianza (ANCOVA) emerge che le pazienti ambulatoriali e le pazienti in regime di DH si differenziano significativamente tra di loro rispetto alle variabili ansia e alessitimia. Le pazienti ambulatoriali risultano più ansiose ($F_{(2-27)} = 4,6$; adjusted $p = 0,039$, $\eta^2 = ,148$) e alessitimiche ($F_{(2-25)} = 4,3$; adjusted $p = 0,047$, $\eta^2 = ,149$) rispetto a quelle in trattamento chemioterapico, restando confrontabili da un punto di vista della qualità della vita, dei sintomi depressivi e degli stili di *coping*. Le pazienti in regime ambulatoriale non mostrano differenze tra uno stato di recidiva e uno stato di primo trattamento e dichiarano di fare più ricorso al supporto emotivo ($t(26) = -2,2$, $p = ,032$) e strumentale ($t(26) = -2,7$, $p = ,008$), rispetto alle pazienti in regime di DH.

Conclusioni: potendo confermare i dati emersi dal campione del primo studio, che verranno ri-verificati a reclutamento ultimato, la ricerca procederà con la proposta dei gruppi terapeutici, della durata di un anno, per una successiva indagine sull'effetto del trattamento psicoterapeutico sulle variabili menzionate.

Bibliografia

Ferraro L, Mezzatesta C, Rubino MA, et al. *Ruolo delle caratteristiche di personalità nel rapporto tra aspetti sintomatologici, qualità della vita e andamento della patologia nelle pazienti con neoplasie ginecologiche in trattamento e in follow-up*, Giorn It Psicopatol 2008;14(Suppl 1):274.

Caretti V, La Barbera D. *Alessitimia, valutazione e trattamento*, Astro-labio, Roma, 2005.

P181. Predittori psicologici del controllo glicemico in pazienti con diabete mellito di tipo 2. Uno studio prospettico

F. Rotella¹, V. Ricca¹, V. Aletti¹, V. Andreoli¹, M. Monami², C. Faravelli³, E. Mannucci²

¹ Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Unità di Psichiatria, Università di Firenze; ² Agenzia di Diabetologia, AOU-Careggi, Firenze; ³ Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze

Introduzione: il diabete mellito di tipo 2 è associato con un'aumentata prevalenza di depressione; mentre l'associazione con i disturbi alimentari non è stata confermata. Livelli più elevati di emoglobina A1c, sono stati rilevati in pazienti diabetici, con depressione o con disturbi alimentari. Non risulta chiaro quale sia il peso specifico dei fattori psicologici nel mantenimento di un adeguato controllo glicemico. Lo scopo dello studio è di esplorare tale associazione, con un disegno longitudinale.

Metodi: sono stati reclutati 250 pazienti con diabete di tipo 2, presso l'Agenzia di Diabetologia dell'AOU-Careggi. Ogni paziente ha eseguito un *assessment* clinico, comprensivo di emoglobina A1c, e psicologico (SCL-90 e EDE-Q). È stato eseguito un *follow-up* a sei mesi che comprendeva il controllo del profilo glicemico.

Risultati: punteggi più bassi alla sottoscala dell'EDE-Q relativa al comportamento alimentare e a quella della SCL-90 relativa alla somatizzazione sono risultati essere dei predittori significativi di un migliore controllo del profilo glicemico.

Conclusioni: le scale psicometriche utilizzate più comunemente in questo settore non sembrano essere esaustive nell'individuare i predittori psicologici di un adeguato compenso glicemico in pazienti con diabete di tipo 2. Per ampliare le conoscenze in questo settore, sarebbe auspicabile un *assessment* più esteso che comprenda anche lo studio di altre aree, come ad esempio il temperamento, la motivazione e la qualità della vita

P182. La dimensione ossessivo-compulsiva in donne gravide con binge eating disorder

A. Saitta, E. Massihnia, D. La Barbera

Dipartimento di Biomedicina sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Università di Palermo, Sezione di Psichiatria

Gli studi sulla psicopatologia alimentare in gravidanza si sono prevalentemente concentrati sulle manifestazioni di anoressia e bulimia nervosa. Questo lavoro preliminare vuole invece indagare l'associazione tra la gravidanza e lo sviluppo del *Binge Eating Disorder*, che da un recente studio risulta associato nel 17,3% dei casi. Il *Binge Eating Disorder* (BED), secondo le indicazioni del DSM-IV TR, è un disturbo della condotta alimentare con ricorrenti abbuffate in assenza di condotte compensatorie atte a ridurre l'incremento ponderale. È stato valutato un campione di 30 donne al termine del nono mese di gravidanza per verificare l'incidenza del BED e la presenza di alcune caratteristiche psicologiche a esso associate. In particolare, sono state somministrate la EDI-2 (*Eating Disorder Inventory-2*), che indaga gli aspetti psicologici e comportamentali associati ai disturbi del comportamento alimentare, e la Y-BOCS (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*), che fornisce una misura della gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi.

Dal nostro studio emerge che il BED è presente nell'11% dei casi esaminati, e risulta associato a un'elevazione del punteggio totale della EDI-2, e in particolare delle sottoscale di Insoddisfazione per il corpo, Perfezionismo e Sfiducia interpersonale, e della Y-BOCS rispetto alle donne gravide che non presentano il disturbo alimentare. Questi dati preliminari permettono di ipotizzare un'associazione tra BED in gravidanza, tendenza al perfezionismo, preoccupazioni per il giudizio altrui, e sintomi ossessivo-compulsivi.

Bibliografia

De Bernardi C, Ferraris S, D'Innella G, et al. *Topiramate for binge eating disorder*. *Progr Neuro Psychopharmacol Biol Psychiatr* 2005;29:339-41.

Micali N. *Eating disorders and pregnancy*. *Psychiatry* 2008;7:191-3.

Soares RM, Nunes MA, Schmidt MI, et al. *Inappropriate eating behaviors during pregnancy: prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in southern Brazil*. *Int J Eat Disord* 2009;42:387-93.

P183. Il carico familiare nella depressione maggiore: uno studio in 30 centri di salute mentale

G. Sampogna, D. Giacco, C. De Rosa, V. Del Vecchio, V. Prisco, L. Del Gaudio, M. Luciano, A. Fiorillo

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Il carico familiare, definito come l'insieme delle difficoltà pratiche e psicologiche legate alla convivenza con un paziente affetto da una patologia di lunga durata, è stato ampiamente studiato nella schizofrenia e nel disturbo bipolare, ma pochi studi sono disponibili nella depressione maggiore. In questo studio ci siamo proposti di analizzare: 1) i livelli di carico familiare in un campione di congiunti di pazienti affetti da depressione maggiore; 2) il supporto professionale e sociale ricevuto dai familiari di pazienti con questo disturbo.

Sono stati invitati a partecipare 30 centri di salute mentale italiani, selezionati con procedura randomizzata e stratificati per area geografica e densità di popolazione, in cui sono stati reclutati 324 pazienti affetti da depressione maggiore e i loro familiari-chiave. Tutti i pazienti e i familiari coinvolti nello studio sono stati valutati con strumenti di misura clinici, sociali e demografici precedentemente validati.

I livelli di carico soggettivo sono maggiori rispetto a quelli riportati per il carico oggettivo ($1,77 \pm 0,56$ vs. $1,52 \pm 0,57$). Le difficoltà pratiche più frequentemente riportate sono state la riduzione delle attività ricreative (53%), delle attività sociali (44%), e la difficoltà nelle relazioni con altri familiari (34%), mentre quelle psicologiche sono state prevalentemente il senso di perdita (75%), la preoccupazione per il futuro (61%), e sentimenti di tristezza (50%). Il carico familiare aumenta in relazione alla gravità della sintomatologia e del funzionamento sociale. I familiari con un maggiore supporto sociale e professionale presentano invece livelli minori di carico ($p < ,05$).

I risultati di questo studio mettono in evidenza la necessità di fornire interventi psicosociali ai pazienti con depressione maggiore e ai loro familiari al fine di ridurre i livelli di carico familiare.

P184. Consulenza psichiatrica nell'iter di riassegnazione in soggetti con disturbo dell'identità di genere

F. Sandri¹, F. Bertossi², C. Bertossi³, G. Daniele⁴, D. Papanti¹

¹ Università di Trieste; ² DSM ASS 4 "Medio Friuli"; ³ Università di Padova; ⁴ Università di Genova

Al di là dei primi riferimenti al fenomeno del transsexualismo presenti in un lavoro di Esquirol (1838) che mirano a darne una connotazione scientifica, va osservato che il fenomeno della transizione sessuale si radica nella possibilità mitologica di rompere lo schema binario della condizione biologica in cui uomo e donna sono separati.

L'OMS definisce il transsexualismo come una condizione nella quale si manifesta la convinzione stabilizzata che il sesso corporeo sia errato. Nel DIG (disturbo di identità di genere) i soggetti, non riconoscendosi nel proprio genere, esprimono la negazione dell'identità biologica e l'appartenenza all'altro sesso. Il comportamento pertanto si caratterizza per il desiderio verso il cambiamento degli organi sessuali (per mezzo di un intervento chirurgico) o verso condotte di occultamento dei propri caratteri primari e secondari o l'adozione di modelli comportamentali del sesso opposto.

In una prima analisi si distingue il transsexualismo primario da quello secondario (pseudotranssexualismo); in quest'ultimo la richiesta di conversione dei caratteri sessuali sottende un disagio psichiatrico latente.

Un'altra importante differenza è legata all'esordio clinico delle due forme, prepuberale in genere nel transsexualismo primario, più tardivo in quello secondario. Un'ulteriore suddivisione viene fatta tra il transsexualismo MtF o Andro-ginoide e transsexualismo FtM, o Gino-androide.

L'iter multidisciplinare di valutazione prevede una consulenza psichiatrica e psicossessuologica volta a escludere la presenza di elementi psicopatologici maggiori e a valutare le motivazioni, il livello di supporto sociale e il grado di comprensione non solo dell'intervento, ma del complesso degli eventi che interverranno nel momento in cui si darà avvio all'iter di prescrizione ormonale; tali eventi si concluderanno con la riassegnazione chirurgica e il complicato decorso postoperatorio che modifica profondamente la quotidianità della persona che si sottopone all'intervento.

Sono state considerate le consulenze alle quali è seguita una certificazione effettuate dal 2004 al 2010 in soggetti che hanno fatto richiesta di conversione MtF (9 soggetti), FtM (6 soggetti).

Bibliografia

Conti C, Bigozzi U. *Problemi di consulenza nel transsexualismo*. Rivista di Sessuologia 1982;6:631-6.

Iacoella S, Marone P. *Strumenti di indagine psicofisiologica nel disturbo dell'identità di genere: vissuti emozionali e problematiche del narcisismo e dell'immagine corporea*. I Convegno Nazionale "Gender Identity Disorder", Roma, Azienda Ospedaliera San Camillo, 1995.

Imbimbo C, Verze P, Arcaniolo D, et al. *Male to female transsexualism*. Urologia 2007;74:187-96.

Hage JJ. *Medical requirements and consequences of sex reassignment surgery*. Med Sci Law 1995;35:17-24.

P185. Asimmetria funzionale dell'asse ipotalamo-ipofisi surrene e del sistema nervoso simpatico nell'anoressia nervosa

P. Scognamiglio¹, A.M. Monteleone¹, M. Di Genio¹, D. Mastromo¹, A.V. Tortorella¹, P. Monteleone^{1,2}, M. Maj¹

¹ Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN;

² Cattedra di Psichiatria, Università di Salerno

È noto che lo *stress* e gli eventi di vita stressanti sono correlati sia con l'esordio sia con l'evoluzione dell'anoressia nervosa (AN); pertanto, lo studio della psicobiologia della risposta allo *stress* in pazienti con AN potrebbe essere utile per comprendere i meccanismi fisiopatologici che sottendono tale disturbo. Le secrezioni di cortisolo e di α -amilasi nella saliva sono *markers* periferici delle due principali componenti della risposta allo *stress*: l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) e il sistema nervoso simpatico (SNS). Per questi motivi, abbiamo dosato i valori di cortisolo e α -amilasi salivare al risveglio, durante il giorno e in risposta a uno *stress* psicosociale, il *Trier Social Stress Test* (TSST), in 8 donne affette da AN e 8 controlli sani.

Per la valutazione del ritmo circadiano, sono stati raccolti 10 campioni di saliva dal risveglio fino alle 20. Il TSST è stato effettuato tra le 15:30 e le 17:00. Il cortisolo e l' α -amilasi salivare sono stati dosati con metodica ELISA.

Rispetto ai controlli sani, le pazienti con AN hanno mostrato un'iper-responsività dell'asse HPA e una ridotta risposta del SNS come mostrato dagli aumentati valori di cortisolo al risveglio, dalla ridotta secrezione complessiva giornaliera dell' α -amilasi e dall'aumento del cortisolo e dalla mancanza di risposta dell' α -amilasi al TSST.

Questi risultati suggeriscono un'asimmetria funzionale tra le due principali componenti della risposta allo stress nelle pazienti con AN in fase acuta. Il significato fisiopatologico di tale asimmetria nello sviluppo e/o nel decorso dell'AN rimane da determinarsi.

P186. Pseudo-demenza depressiva nell'anziano: efficacia dell'ECT

D. Serata^{1,2}, C. Rapinesi^{1,2}, A. Del Casale¹, G.D. Kotzalidis¹, P. Scatena², S. Capezzuto², E. Battellocchi², L. Mazzarini^{1,2}, F.M. Moscati¹, C. Fensore², P. Carbonetti², G. Sani¹, R. Brugnoli¹, R. Tatarelli¹, P. Girardi¹

¹ NESMOS Department (Neurosciences, Mental Health, and Sensory Organs), Sapienza University, School of Medicine and Psychology, Saint Andrea Hospital, Rome, Italy; ² Department of Neuropsychiatry, Villa Rosa, Suore Hospitaliere of the Sacred Heart of Jesus, Viterbo, Italy

Objectives: to assess the effectiveness of electroconvulsive therapy (ECT) in depressive elderly patients associated to pseudodementia.

Methods: we present 11 (eleven) cases of inpatients with DSM-IV major depressive treatment-resistant episode. Assessments were carried-out at admission and at eight weeks follow-up after the ECT cycle with the Clinical Global Impressions (GCI) scale, the Global Assessment of Functioning (GAF), the Mini Mental Status Examination (MMSE), the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and the Young Mania Rating Scale (YMRS). We performed ECT on alternate days for a maximum of three per week. We conducted from 7 to 12 sessions for patients.

Results: student's t-test has been used to compare means in psychometric tests at admission and follow-up. There were significant differences between pre- and post measures of symptoms: clinical scale scores improved significantly from baseline. All patients improved clinically from baseline in psychomotor retardation, cognitive performance and mood symptoms. This improvement was maintained throughout the 8-week follow-up period.

Conclusions: in our sample depressive and cognitive symptoms almost completely subsided after ECT. Clinicians should promptly consider the possibility of ECT in the elderly depressive pseudodementia for rapid-treatment-response, avoiding unnecessary treatments and suffering.

P187. La depressione nei caregiver di pazienti affetti da demenza

N. Serroni^{1,2}, L. Serroni¹, A. D'Agostino, D. Campanella^{1,2}, D. De Berardis^{1,2}, L. Olivieri^{1,2}, A. Serroni, A.M. Pizzorno, T. Acciavatti³, A. Carano, F.S. Moschetta¹, G. Di Iorio³, M. Di Giannantonio³

¹ Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, PO Teramo; ² Dipartimento di Salute Mentale, Centro Alzheimer ASL Teramo; ³ Dipartimento di Neuroscienze e Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio", Chieti

Introduzione: gli AA. in questo lavoro hanno voluto studiare il livello *distress* dei caregiver di un gruppo di pazienti seguiti presso il Centro di Alzheimer di Teramo e l'eventuale presenza di sintomi depressivi.

Metodi: il lavoro stato svolto presso il Centro Alzheimer del PO di Teramo. I soggetti sono stati valutati tramite il *Caregiver Burden Inventory* e scala HRSD.

Risultati: il campione di 50 soggetti, rispetto alle caratteristiche socio-demografiche sono in grande maggioranza donne (75,2%) con un'età media piuttosto elevata (tra i 45 e i 54 anni). Il caregiver assiste prevalentemente familiari conviventi (nella percentuale dell'84,62%) e il 54,3% dei pazienti, vive infatti con il proprio nucleo familiare (il 40,83% con i figli). L'analisi dei punteggi ottenuti dai caregiver alla CBI è stata effettuata analizzando singolarmente le cinque dimensioni che compongono il questionario; il "valore soglia" per ogni dimensione corrisponde a un punteggio di 2,5. Valori superiori a quello soglia sono stati riscontrati in relazione al carico oggettivo con un valore pari a 2,8 mentre quella per cui si sono riscontrati i punteggi medi più bassi ottenuti sono quelli relativi al carico emotivo (0,65). Il grado di depressione rilevato alla scala HRSD nella maggior parte dei casi (79,5%) è risultato di grado lieve, in misura minore (15,4%) di grado medio e nel 5,1% di grado grave. Sono state rilevate correlazioni negative tra punteggi della scala HRSD e MMSE e soprattutto tra punteggi bassi all'MMSE dei pazienti con demenza e maggiore grado di depressione nei caregiver degli stessi

Conclusioni: nel gruppo di caregiver studiati il livello di stress percepito è risultato elevato specie mentre la depressione è risultata nella maggior parte dei casi (79,5%) di grado lieve. Correlazione è stata evidenziata tra bassi livelli di MMSE dei dementi e alto grado di depressione alla scala HRSD nei caregiver degli stessi.

P188. Utilità della prescrizione di esercizi fisici associati alla terapia farmacologica nel trattamento degli stati depressivi e/ o ansiosi

N. Serroni¹, L. Serroni¹, S. Serroni, D. Campanella¹, D. De Berardis¹, L. Olivieri¹, A. Serroni, A.M. Pizzorno, T. Acciavatti², A. Carano, F.S. Moschetta¹, G. Di Iorio², M. Di Giannantonio²

¹ Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "G. Mazzini", Azienda Sanitaria Locale, Teramo; ² Dipartimento di Neuroscienze e Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" di Chieti

Almeno 20 studi pubblicati, indicano un collegamento tra l'attività fisica e i segni del benessere. Esistono molte prove mediche che indicano gli effetti benefici dell'esercizio fisico su malattie cardiovascolari, obesità e diabete. Attualmente si sta

cominciando a mostrare sempre più interesse per verificare se l'attività fisica possa influenzare anche la cura delle malattie mentali. Esistono prove che appoggiano l'idea per cui coloro che si mettono, o sono in forma e attivi, hanno meno probabilità di sviluppare una depressione.

In uno studio svolto nel corso di numerosi decenni, si è intravisto un collegamento tra il livello di attività e il rischio di incorrere in una depressione, le persone che svolgevano livelli di attività fisica intensi riducevano il loro rischio di depressione di circa il 30%, e coloro che avevano un livello medio-alto di attività lo riducevano del 20% rispetto a coloro con un basso livello di attività. I risultati ottenuti dagli AA. in un lavoro basato sulla somministrazione a 250 persone frequentanti palestre, di età compresa tra i 18 e i 65 anni, in un periodo di sei mesi dei tests: *Zung Self-rating Anxiety Scale* e *Zung Depression Rating Scale* hanno rilevato per quanto riguarda la scala di valutazione per l'ansia, nella maggior parte dei casi (oltre il 85%) valori compresi tra 0 e 40 indicativi di ansia nei limiti della norma, e per la scala per la depressione anche valori relativamente bassi non significativi per patologia dell'umore in atto.

I dati rilevati nel lavoro sono risultati significativi nell'evidenziare l'importanza dello sport nella prevenzione dei disturbi d'ansia e dell'umore.

Una attività fisica continua ha dimostrato inoltre avere buoni effetti per quanto riguarda la cura della depressione, almeno alla pari degli effetti ottenuti dalla psicoterapia e si ritiene per questo motivo utile consigliare ai Medici di base la prescrizione di esercizi fisici associati alla terapia farmacologica nella cura degli stati depressivi o ansiosi.

Bibliografia

Serroni N, Pizzorno AM, Di Pietro Piccirilli MA, et al. *Lo sport fattore di prevenzione dei disturbi d'ansia e dell'umore*. XLVIII Congresso della Società Italiana di Psichiatria, Montesilvano 2006.

Serroni L, D'Agostino A, Serroni N, et al. *Lo sport fattore di prevenzione dei disturbi d'ansia e della depressione (risultati di una indagine)*. XV Congresso della Società Italiana di Psicopatologia, Montesilvano 2006.

P189. Intimate partner violence: fattori di rischio e conseguenze psicopatologiche

M.S. Signorelli, E. Arcidiacono, E. Aguglia
 UO Psichiatria, AOU Policlinico "G. Rodolico", Catania

Introduzione: L'Intimate Partner Violence (IPV) è un importante problema di sanità pubblica con gravi implicazioni per il benessere fisico e psico-sociale delle donne.

Obiettivi: l'obiettivo è quello di valutare l'incidenza di depressione e PTSD in un campione di donne vittime di IPV e la correlazione tra IPV e diverse variabili socio demografiche e anamnestiche.

Materiali e metodi: un campione di 31 donne esposte a IPV, reclutate presso un centro antiviolenza, è stato esaminato con un colloquio clinico e un assessment testologico (*Davidson Trauma Scale*, *Hamilton Depression Scale*, *Conflict Tactics Scale-2* (CTS2)).

Risultati: la depressione è presente nell'83,87% dei casi, mentre il PTSD nel 77,42%. Uno stato sociale più alto correla con una minore prevalenza della coercizione sessuale ($r = 0,45$ $p < 0,05$); il numero dei figli correla positivamente con la violenza

fisica ($r = 0,43$ $p < 0,05$) e negativamente con la violenza psicologica ($r = -0,39$ $p < 0,05$). Significativa è la correlazione tra depressione e violenza psicologica ($r = 0,36$ $p < 0,05$). L'IPV in gravidanza è correlata ai punteggi della scala CTS-2 sulla violenza psicologica ($p = 0,03$) e violenza fisica ($p = 0,01$).

Conclusioni: la violenza sulle donne è un problema diffuso e di rilevante interesse clinico per le conseguenze psicopatologiche. Nel campione in esame elevata è la presenza di depressione e disturbo PTSD. Inoltre, alcune variabili socio-demografiche (status sociale, numero di figli) o anamnestiche (violenza o abuso nell'infanzia o durante la gravidanza) correlano con la gravità, la cronicità e il tipo di violenza subita.

P190. Mild cognitive impairment: il ruolo della memoria visuo spaziale per l'assessment

M.S. Signorelli, A. Ullo, E. Aguglia
 AOU Policlinico, Dipartimento di Psichiatria, Università di Catania

Introduzione: il Mild Cognitive Impairment (MCI) è una condizione con caratteristiche intermedie tra l'invecchiamento normale e le demenze. La diagnosi secondo gli attuali criteri diagnostici di Peterson et al (2004) risulta spesso difficoltosa ma importante per la diagnosi precoce dei soggetti a rischio di progressione in demenza.

Materiali e metodi: il campione è costituito da 18 soggetti (età 51-73 anni) a cui è stata somministrata batteria neuropsicologica e per valutare alcuni aspetti psicopatologici (MMSE, CPM di Ravern, TMT-A e TMT-B, Parole e Figura di Rey, Span Verbale, Test di Corsi, ADL, IADL, *Hamilton Depression*, *Quality of Life Index*).

Risultati: è stato confermato nei soggetti con MCI il deficit di memoria relativo alle modalità visuo-spaziali più che a quelle verbali, tali punteggi appaiono inoltre correlare significativamente con le altre variabili cognitive e con quelle comportamentali. L'ipotesi del dominio sembra valida, sul piano metodologico, la collocazione del MCI nei sottotipi risente delle modalità con le quali la diagnosi stessa viene posta.

Conclusioni: la diagnosi di MCI dovrebbe tener conto di queste variabili metodologiche al fine di assicurare un'adeguata collocazione nei suoi sottotipi e una migliore programmazione nel trattamento sul piano cognitivo-comportamentale.

Bibliografia

Maki Y, Yoshida H, Yamaguchi H. *Computerized visuo-spatial memory test as a supplementary screening test for dementia*. *Psychogeriatrics* 2010;10:77-82.

Sanchez-Rodriguez JL, Torrellas-Morales C. *Review of the construct of mild cognitive impairment: general aspects*. *Rev Neurol* 2011;52:300-5.

Delrieu J, Piau A, Caillaud C, et al. *Managing cognitive dysfunction through the continuum of Alzheimer's disease: role of pharmacotherapy*. *CNS Drugs* 2011;25:213-26.

P191. Disturbi del comportamento alimentare e amenorrea: correlati neuroendocrinologici e psicopatologici

A. Simoncini¹, M.G. Oriani², S. Giacomoni¹, L. Orsolini¹, C. Bellantuono¹

¹ *Clinica Psichiatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ospedali Riuniti Ancona;* ² *Dipartimento Salute Mentale, ASUR Marche*

L'amenorrea è uno dei criteri necessari per porre diagnosi di anoressia nervosa (AN) ed è ritenuta secondaria alla perdita di peso più che a una disfunzione ipotalamica. Il sintomo amenorrea nell'AN può comparire indipendentemente dal sottopeso e persistere dopo recupero ponderale. L'amenorrea può anche comparire in donne senza AN, affette da amenorrea ipotalamica funzionale (AF). Obiettivo dello studio è definire se fattori psichici abbiano un ruolo nello sviluppo e nel persistere dell'amenorrea insieme a fattori ormonali e/o alla leptina e se esistano correlazioni a livello endocrinologico e/o psicopatologico tra l'AN e l'AF.

Abbiamo considerato 20 pazienti affette da AN, 15 con AF e 20 donne sane, misurandone: BMI, parametri endocrinologici (17βestradiolo, IGF-1, TSH, fT3, fT4, FSH, LH, leptina) e psichiatrici (intervista clinica, EDI-2, BUT, TAS).

Il profilo ormonale ha evidenziato *deficit* nella funzione gonadica in entrambi i gruppi con amenorrea. I livelli di leptina erano correlati al BMI. Sia il gruppo con AN che quello con AF presentava alterazioni di tipo psicopatologico (ridotta consapevolezza enterocettiva e alti livelli di alessitimia), sebbene le pazienti con AN mostrassero un profilo psicopatologico più grave. I nostri dati sembrano confermare un'alterata capacità di riconoscere e regolare gli stati emotivi nelle pazienti affette da AN e da AF, suggerendo l'ipotesi che tali condizioni si trovino lungo un *continuum* sul piano psicopatologico.

P192. Varianti dei geni per gli endocannabinoidi CNR1 e FAAH sono associate con la vulnerabilità ai disturbi dell'umore

L. Steardo¹, F. Monteleone², C. Di Filippo, A. Tortorella, P. Monteleone, M. Maj

¹ *Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN;*

² *Dipartimento di Scienze Farmacologiche e Biomediche, Università di Salerno*

Sebbene alterazioni del sistema endocannabinoide (ECS) siano state coinvolte nella eziopatogenesi dei disturbi affettivi, non sono stati ancora condotti studi volti a chiarire la correlazione tra varianti dei geni codificanti per componenti del ECS e suscettibilità alla depressione maggiore (MD) e al disturbo bipolare (BD). Il polimorfismo a singolo nucleotide (SNP) del gene codificante per il recettore CB1 (CNR1) rs1049353 (1359 G/A) e quello del gene codificante per la idrolasi delle ammidi degli acidi grassi (FAAH) rs324420 (cDNA 385C to A) sono stati studiati per la possibile associazione con MD e/o BD in 83 pazienti di razza caucasica con MD ricorrente, in 134 caucasici con BD e in 117 controlli sani. La distribuzione dei genotipi CNR1 1359 G/A e degli alleli differiva significativamente tra i diversi gruppi ($\chi^2 = 12,595$; $df = 4$, $p = 0,01$ per i genotipi); ($\chi^2 = 13,773$; $df = 2$, $p = 0,001$ per gli alleli). I pazienti con MD mostravano una maggiore frequenza del genotipi AG e GG, e della variante allelica A rispetto ai controlli. In accordo con il modello dominante CC (AA + AC vs. CC) la distribuzione della variante genica FAAH cDNA 385C/A, differiva significativamente tra i gruppi ($\chi^2 = 6,626$; $df = 2$, $p = 0,04$) ma sia i pazienti con BD sia quelli con MD mostravano solo una tendenza verso una significativa maggiore frequenza del genotipo AC.

Questi dati preliminari suggeriscono che le varianti geniche CNR1 1359 G/A e FAAH cDNA 385C/A possono correlarsi a una maggiore vulnerabilità per i disturbi affettivi. Possono, pertanto, essere ritenuti il primo passo di una ricerca mirata a delucidare il ruolo dei polimorfismi genici del ECS nella patogenesi dei disturbi dell'umore.

Disturbi di Personalità – Doppia Diagnosi e Abuso di Sostanze – Studi su Soggetti sani – Disturbi dell'Adolescenza e dell'Infanzia – Psichiatria Forense e Aspetti Medico Legali correlati alla Psichiatria – *Management* sanitario – Ricerche su animali – Psicoterapia

P193. Cannabis ed età d'esordio psicotico: una questione di genere?

F. Allegri¹, I. Tarricone¹, M. Di Forti², R. Murray², D. Berardi¹

¹ Istituto di Psichiatria "P. Ottonello" di Bologna; ² Institute of Psychiatry King's College, London

Introduzione: questo studio ha l'obiettivo di indagare se l'uso di cannabis influenza diversamente l'età d'esordio psicotico nel genere.

Metodi: sono stati studiati 511 casi di primo esordio psicotico nel South London & Maudsley National Health Service Foundation Trust e 163 nell'area dei centri di salute mentale di Bologna. Dal campione inglese sono state analizzate anche le frequenze di uso.

Risultati: chi usa sostanze mostra un esordio precoce (2-8 anni prima dei non user); dividendo per genere e per uso di cannabis in comorbidità o meno con altre droghe, gli uomini mostrano sempre un'anticipazione dell'esordio rispetto al gruppo non user ($p = 0,01$). Le donne abusatrici solo di cannabis anticipano l'esordio in età molto giovane e mostrano un esordio precoce nel poliabuso di sostanze. È presente un effetto dose-dipendente negli uomini mentre questa relazione è assente nelle donne ($p < 0,001$).

Conclusioni: i nostri risultati mostrano una maggiore e costante vulnerabilità degli uomini alla cannabis. Negli uomini l'uso di cannabis risulta sempre importante nel determinare un esordio precoce rispetto ai non users; nelle donne la cannabis sembra influenzare l'esordio in maniera diversa. La cannabis agisce quindi in maniera differente nei due sessi e sono necessari approfondimenti e indagini sulla presenza di fattori nel genere femminile che proteggono dagli effetti di questa sostanza.

P194. Migrazione e psicopatologia: indagine sui ricoveri in un S.P.D.C.

M. Altamura¹, A. D'Onghia¹, F.A. Patalino¹, M. Mazza¹, A. Bellomo¹, M. Nardini²

¹ Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Università di Foggia; ² Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università "Aldo Moro" di Bari

Introduzione: studi epidemiologici rilevano tra i migranti una maggiore prevalenza di disturbi psichici rispetto ai nativi. Foggia è la città, nel nord della Puglia, che conta il maggior numero di migranti. Lo scopo dello studio è quello di indagare il rischio psicopatologico dei migranti per i quali è stato richiesto un ricovero.

Metodi: sono state esaminate 5599 cartelle cliniche, relative

ai ricoveri presso l'SPDC di Foggia nel periodo compreso dal 1999 al 2010. Sono stati raccolti dati socio-demografici, tipologia del ricovero e diagnosi.

Risultati: i ricoveri sono stati 167 (3% dei ricoveri) ($M = 56\%$, età media 32). Il 52% è costituito da migranti provenienti dall'Europa dell'Est. Gli altri provengono da Paesi in via di sviluppo: Africa del Nord (28%), America Latina (6%), Asia (6%), Ovest Europa (5%), Medio Oriente (2%) e Caraibi (1%). Nel 19% dei casi il ricovero è avvenuto in regime di TSO. Le diagnosi più frequenti sono state: Psicosi schizofreniche (42%), disturbi dell'adattamento (15%), disturbi correlati all'alcol (12%), disturbi dell'umore (11%), disturbi d'ansia (7%), disturbi di personalità (6%), disturbi dissociativi (4%), disturbi somatoformi (3%).

Conclusioni: lo status di migrante è associato a un aumentato rischio di disturbi mentali gravi, come le psicosi. Resta l'assunto fondamentale di provvedere a programmi di prevenzione e alla formazione di operatori in campo trans culturale.

Bibliografia

Migrazioni e salute in Italia. Dossier di ricerca, vol. II. Roma: Caritas 2000.

Bartocci G. *Linee orientative e organizzative per l'assistenza psichiatrica nell'ambito dei Servizi*.

Manna V, Daniele MT, Pinto M. *Immigrazione, stress e psicopatologia. Considerazioni cliniche e dati epidemiologici sui disturbi psichiatrici degli immigrati trattati nei servizi del DSM dell'Azienda USL di Roma H – Distretto RMH2*. Difesa Sociale 2006;LXXXV:17-38.

P195. Associazione tra varianti polimorfiche del gene DRD2, complicanze ostetriche e working memory

I. Andriola¹, G. Ursini¹, G. Maddalena¹, A. Di Giorgio¹,², R. Masellis¹, A. Porcelli¹, M. Mancini¹, B. Gelao¹, A. Rampino¹, G. Miccolis¹, M. T. Attrotto¹; L. Colagiorgio¹, G. Todarello¹, A. Papazacharias¹, R. Romano¹, E. D'Ambrosio¹, L. Lo Bianco^{1,3}, L. Fazio¹, P. Taurisano¹, G. Blasi¹, G. Caforio¹, M. Nardini¹, A. Bertolino^{1,2}

¹ Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università "Aldo Moro" di Bari; ² IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG); ³ Dipartimento di Neuroscienze, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Diversi studi hanno mostrato come le complicanze ostetriche (CO) interagiscano con fattori genetici nell'incrementare il rischio di schizofrenia. Varianti del gene del recettore D2 della dopamina (DRD2) sono state associate al rischio di schizofrenia e a deficit di working memory (WM), uno dei più studiati fenotipi intermedi del disturbo.

Lo scopo dello studio è valutare l'effetto delle CO e dell'interazione tra CO e genotipo dello SNP rs1076560 del *DRD2* sulle performance di WM.

203 soggetti sani (121 femmine e 82 maschi, età media 25,89 anni \pm 6.51) sono stati genotipizzati per lo SNP rs1076560 del gene *DRD2*. I soggetti sono stati sottoposti a valutazione della WM attraverso l'*N-Back task* e a studio delle CO mediante *McNeil-Sjöström Scale*.

I risultati mostrano un'associazione tra presenza di CO e peggiore accuratezza di WM sia all'*1-back* ($p = 0,005$) che al *2-back* ($p = 0,0004$). Inoltre, è evidente un'interazione tra CO e genotipo *DRD2* tale che l'allele T dello SNP rs1076560, in presenza di CO, è associato a peggiori performance sia all'*1-back* ($p = 0,01$) che al *2-back* ($p = 0,01$).

Questi dati dimostrano come le CO e una variante polimorfica di *DRD2* possano interagire nell'influenzare le performance di WM, suggerendo un'interazione gene per ambiente su un fenotipo intermedio associato alla schizofrenia.

P196. Risposta cerebrale al controllo attentivo durante stimolazione dei recettori D2 dopaminergici con bromocriptina

L. Antonucci¹, P. Taurisano¹, B. Gelao¹, L. Fazio^{1,2}, P. Selvaggi¹, T. Quarto¹, R. Vitale¹, G. Ursini^{1,3}, A. Rampino¹, R. Masellis¹, R. Romano¹, A. Papazacharias¹, A. Di Giorgio^{1,2}, G. Caforio¹, T. Popolizio², L. Sinibaldi³, G. Blasi¹, A. Bertolino¹

¹ Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche – Dipartimento di Psichiatria e Neurologia, Università di Bari;

² Dipartimento di Neuroradiologia, ³ Laboratorio Mendel, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", S. Giovanni Rotondo (FG)

Precedenti studi hanno evidenziato che la stimolazione con agonisti dei recettori D2 della dopamina, come la bromocriptina, è correlata ad aumentata attività prefrontale durante compiti di *working memory*. Altri studi hanno mostrato che l'allele T del polimorfismo *DRD2* rs1076560 è associato a riduzione dell'espressione dei recettori D2 *short* e a maggiore attività prefrontale durante compiti cognitivi. Obiettivo del presente studio è esplorare l'interazione fra stimolazione con bromocriptina e *DRD2* rs1076560 sull'attività cerebrale durante controllo attentivo. 32 controlli sani genotipizzati per *DRD2* (22 GG, 10 GT, comparabili per una serie di variabili socio-demografiche) hanno svolto in due sessioni di fMRI, una preceduta dalla somministrazione di bromocriptina, l'altra di placebo, il compito *Variable Attentional Control*, che elicitava tre crescenti carichi di controllo attentivo (LOAD). I dati di fMRI ($p < 0,05$) hanno evidenziato un'interazione tra LOAD, stimolazione con bromocriptina e genotipo a livello del Giro Frontale Inferiore (BA46): nella condizione di placebo, sia nei soggetti GG che nei GT la BA46 aumenta l'attività all'aumentare del LOAD; nella condizione di stimolazione con bromocriptina, i soggetti GT presentano un simile *pattern* di attività in funzione del LOAD, mentre nei GG tale attività è carico-indipendente. Questi risultati preliminari suggeriscono che la variabilità genetica nei recettori D2 interagisce con la stimolazione dopaminergica nel modulare l'attività corticale durante controllo attentivo in funzione del carico cognitivo.

P197. La diagnosi che cambia tra patomorfismo ed errore di valutazione

M. Apuzzo, A. Calento, M. Morlino

Università "Federico II" di Napoli, Dipartimento di Neuroscienze, Area Funzionale di Psichiatria

Presupposto fondamentale per validare le categorie diagnostiche in psichiatria è la loro stabilità, ovvero il grado di concordanza tra diagnosi assegnate allo stesso paziente in valutazioni distanziate. Scopo del nostro studio è stato valutare la stabilità delle diagnosi nel tempo, la loro consistenza, gli spostamenti preferenziali e le presunte fonti di variabilità diagnostica in un campione di 314 pz che tra il 2000 e il 2010 ha effettuato almeno 2 ricoveri a distanza di almeno 1 anno c/o la nostra struttura. Sono stati analizzati retrospettivamente: dati socio-demografici, tipo di ricovero, diagnosi (DSM-IV TR), durata di malattia, anni e numero di ricoveri intercorsi tra primo e ultimo ricovero. Sono state calcolate per ogni diagnosi: consistenza prospettica, consistenza retrospettiva e coefficiente k di Cohen.

La stabilità diagnostica generale è risultata pari al 57,3%. Fattori predittivi di instabilità sono stati il ricovero in emergenza e il cambio di setting tra primo e ultimo ricovero (DH/ordinario), che riflettono la variabilità legata all'informazione sul paziente e quella legata all'osservatore. Anoressia, schizofrenia e disturbo bipolare erano le diagnosi più stabili, confermando la loro validità; i disturbi depressivi e le "altre psicosi" tendevano a virare rispettivamente verso il disturbo bipolare e la schizofrenia. Il disturbo schizoaffettivo ha mostrato una bassa consistenza retrospettiva, a conferma della scarsa attendibilità evidenziata in letteratura.

Bibliografia

Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I, et al. *Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice*. Br J Psychiatry 2007;190:210-6.

Brenner I, Krivoy A, Weizman A, et al. *Stability of Schizoaffective Disorder in Correlation with Duration of Follow-Up: Retrospective Analysis*. Psychopathology 2010;43:285-91.

Schwartz JE, Fennig S, Tanenberg-Karant M, et al. *Congruence of diagnoses 2 years after a first-admission diagnosis of psychosis*. Arch Gen Psychiatry 2000;57:593-600.

P198. Sistema oppioide e bloccanti del recettore N-Metil D-Aspartato (NMDA-R): possibili implicazioni nella fisiopatologia delle psicosi e dell'abuso di sostanze?

L. Avvisati, E.F. Buonaguro, G. Latte, F. Iasevoli, A. de Bartolomeis

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

Encefalina (Enk) e dinorfina sono neuromodulatori endogeni del sistema oppioide implicati nella fisiopatologia dell'abuso di sostanze. Enk è probabilmente implicata nella sensitizzazione comportamentale associata alla somministrazione di sostanze d'abuso; inoltre è un *marker* molecolare dei neuroni GABAergici della via striato-pallidale implicata nel *gating* sensori-motorio, potenzialmente disfunzionale nella fisiopatologia delle psicosi. In questo studio sono state investigate, in un modello animale di ipofunzione del recettore NMDA, le modificazioni dell'espres-

sione genica tramite analisi topografica dei trascritti di *Enk* in aree corticali e sottocorticali di ratto dopo somministrazione, in acuto e in subcronico, di dosi subanestetiche di ketamina. L'espressione di *Enk* risulta ridotta: nel paradigma acuto, in corteccia premotoria, motoria, somatosensitiva e nel giro cingolato, ovvero in aree corticali connesse ai settori dorsali e ventrali dello striato; nel paradigma subcronico, in corteccia premotoria, nell'area ventromediale del caudato putamen e nello shell del nucleo accumbens, ovvero in regioni funzionalmente connesse col sistema limbico. La ridotta espressione di *Enk* nelle aree limbiche potrebbe essere implicata negli aspetti motivazionali presenti nello stadio iniziale della dipendenza da sostanza. I risultati ottenuti confermano il ruolo centrale della disfunzione glutammatergica e GABAergica nella patogenesi delle psicosi schizofrenia-like indotte nell'uomo dalla ketamina.

P199. Ospedalizzazioni in pazienti affetti da psicosi e disturbo da uso di sostanze: studio di coorte retrospettivo

F. Bartoli, M. Clerici

DNTB, Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Sezione di Psichiatria, Università di Milano Bicocca; Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

Introduzione: la comorbidità tra disturbi psichiatrici e disturbi correlati all'uso di alcol e sostanze (doppia diagnosi, DD) è un problema in crescita, per l'aumento della prevalenza e l'associazione con esiti clinici peggiori. La DD è associata a una prognosi avversa caratterizzata dal rischio di esacerbazione di sintomi positivi e di scarsa aderenza al trattamento, e potrebbe essere inoltre correlata a un maggior rischio di ricovero, di degenze di lunga durata e di riduzione dell'intervallo di tempo tra un ricovero e il successivo.

Obiettivi: obiettivo generale di questo studio di coorte retrospettiva è l'analisi delle ospedalizzazioni al *follow-up* di un campione di pazienti affetti da disturbi compresi nello "spettro psicotico", che era stato sottoposto a indagine di *screening* per disturbo da uso di sostanze e/o alcol (DUS) nel corso del 1995. All'epoca, sulla base dei risultati dello *screening*, erano state individuate tre categorie distinte di pazienti:

1. pazienti affetti da DUS attuale (positivi per DUS nell'ultimo anno);
2. pazienti affetti da DUS passato (positivi per DUS precedente all'ultimo anno)
3. pazienti non affetti da DUS.

Il presente lavoro si propone di comparare i tre sottogruppi di pazienti dal punto di vista del numero di ospedalizzazioni e dei giorni di degenza per riacutizzazione psicotica.

Metodi: nel corso del 1995 erano stati sottoposti a indagine i primi pazienti consecutivamente ammessi a ricovero o visita psichiatrica ambulatoriale, affetti da disturbi compresi nello "spettro psicotico". Le diagnosi erano state effettuate in accordo con il DSM-IV. Al fine di stabilire quanti pazienti fossero in comorbidità per DUS, era stato somministrato ai partecipanti un questionario composto da *item* il più possibile assimilabili a quelli impiegati nei protocolli di ricerca internazionale, con riferimento specifico all'*Addiction Severity Index* (ASI). L'intervista era stata eseguita nel momento in cui risultassero soddisfatte

le condizioni di stabilizzazione sintomatologica necessarie a garantire la migliore attendibilità delle risposte.

A distanza di oltre 12 anni dallo *screening*, nel febbraio del 2008, è stata effettuata per ciascun paziente la valutazione retrospettiva del numero di giorni di ricovero e del numero di ricoveri ricevuti per causa psichiatrica tra il 1° gennaio 1996 e il 31 dicembre 2007.

Risultati: *l'indagine del 1995.* Erano stati inclusi nello studio 102 pazienti tra i 20 e i 57 anni, con un'età media di 36,7 anni ($\pm 9,5$), composti da 66 maschi (64,7%) e 36 femmine (35,3%). 15 pazienti (14,7%) erano risultati positivi per DUS attuale (media di 2,0 sostanze utilizzate; *range*: 1-5); 17 pazienti (16,7%) erano risultati positivi per DUS passato (2,8 sostanze; *range* 1-7); i restanti 70 pazienti (68,6% del campione) erano risultati negativi per DUS. Le sostanze maggiormente implicate nel DUS *lifetime* erano risultate cannabis (20,6%) e alcol (19,6% di DUS). *L'indagine del 2008.* Sono stati esclusi dall'indagine 29 pazienti, di cui non è stato possibile recuperare le informazioni in quanto non risultavano registrati in "Psiche", sistema informativo computerizzato, utilizzato presso i Servizi Psichiatrici della Regione Lombardia. Si è potuto pertanto completare l'indagine su 73 pazienti (71,6% del campione iniziale). In particolare, sono stati "recuperati" 12 dei 15 soggetti (80,0%) del gruppo "DUS attuale", 12 dei 17 soggetti (70,6%) del gruppo "DUS attuale" e 49 dei 70 soggetti DUS- (67,14%) ($p = ns$). In Tabella I sono illustrati i risultati principali.

1 gennaio 1996 – 31 dicembre 2007	DUS attuale	DUS passato	DUS negativo	P value
Almeno 1 ricovero % (n)	75.0 (9)	66.7 (8)	63.3 (31)	0.82
Almeno 1 TSO % (n)	58.3 (5)	25.0 (3)	26.5 (13)	0.10
Tempo medio tra l'inizio del follow-up ed il 1° ricovero giorni (DS)	263.4 (461.4)	726.2 (440.2)	355.2 (760.4)	0.07
Numero di ricadute n (DS)	8.1 (9.3)	1.1 (1.4)	6.1 (8.0)	0.03
Tempo medio intercorso tra un ricovero e l'altro giorni (DS)	245.4 (404.9)	725.6 (567.1)	231.1 (506.3)	0.04
Giorni di degenza/pazienti ricoverati giorni (DS)	243.0 (174.8)	32.7 (39.2)	115.9 (108.3)	0.01

Conclusioni: i dati rafforzano in parte l'ipotesi dell'impatto negativo che le sostanze giocano a livello di stabilizzazione sintomatologica. Se da un lato non si sono evidenziate differenze statisticamente significative dal punto di vista dei pazienti con almeno 1 ricovero o 1 TSO nei 12 anni analizzati, dall'altro è emerso come i pazienti del gruppo "DUS attuale" avessero un maggior numero di ricoveri e degenze più lunghe. Viene pertanto confermata l'importanza di una strategia terapeutica, che miri alla completa cessazione dell'utilizzo di sostanze. A questo scopo, come ampiamente evidenziato in letteratura, rimane un punto cruciale un orientamento dei servizi di salute mentale e di quelli volti alle tossicodipendenze diretto a piani di cura "integrati" e a lungo termine, che avrebbero una maggiore efficacia, rispetto alla tradizionale presa in carico in parallelo o, nel peggiore dei casi, di tipo mutuamente esclusivo.

Bibliografia

- Cantwell R; Scottish Comorbidity Study Group. *Substance use and schizophrenia: effects on symptoms, social functioning and service use.* Br J Psychiatry. 2003;182:324-9.
- Carrà G, Sciarini P, Borrelli P, et al. *Dual Diagnosis in Italy: findings from the Psychiatric and Addictive Dual Diagnosis in Italy (PADDI) Study.* Dip Patol 2010;1:9-16.
- Drake RE, McHugo GJ, Xie H, et al. *Ten-year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders.* Schizophr Bull 2006;32:464-73.

P200. Terapia cognitivo-comportamentale e strategie di coping nei giovani con sintomatologia post traumatica dopo il terremoto dell'Aquila

V. Bianchini, N. Giordani Paesani, S. Di Mauro, R. Pollice
Scuola di Specializzazione in Psichiatria; Unità di Psichiatria, Dipartimento Scienze della Salute, Università de L'Aquila

Introduzione: il disturbo post traumatico da stress (PTSD) si manifesta come una risposta precoce e frequente (13% circa) tra le vittime di un trauma e deve essere considerato un importante predittore di scarso outcome clinico e funzionale a breve e a lungo termine. Le strategie di coping individuali sono state a lungo studiate come fattori in grado di modulare la risposta delle vittime di un trauma. La religiosità in numerosi studi si è rivelata un fattore protettivo rispetto ai sintomi d'ansia e depressivi, e un buon indicatore della qualità di vita. La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) risulta essere il più valido approccio terapeutico in soggetti che sperimentano sintomi secondari a un trauma. Lo scopo dello studio è stato la valutazione dell'efficacia di un intervento CBT su una popolazione di giovani esposti al terremoto dell'Aquila e il ruolo delle strategie di coping nella risposta clinica.

Metodi: a due anni dal sisma, giovani tra i 18 e i 35 anni afferiti consecutivamente presso la UOS SMILE (Servizio di Monitoraggio e Intervento precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani) sono stati suddivisi in un gruppo (39 soggetti) sottoposto a trattamento CBT standardizzato per la sintomatologia ansiosa e post traumatica (4) e un gruppo non sottoposto a trattamento (24 soggetti). A T0 sono stati tutti sottoposti a valutazione con l'Impact of Event Scale-Revised (IES-R), la General Health Questionnaire-12 items (GHQ-12) e il Brief Cope. Dopo l'intervento (T1), entrambi i gruppi sono stati valutati con i medesimi strumenti psicometrici.

Risultati: i risultati hanno mostrato, nel gruppo di giovani sottoposti a CBT, una significativa riduzione della sintomatologia post traumatica con un miglioramento in ciascuna delle tre sottodimensioni post traumatiche (riesperienza, iperarousal ed evitamento) e nel punteggio totale dell'IES-R. Differenze significative sono state rilevate anche nei livelli di distress percepito (GHQ-12): il miglioramento più consistente è emerso in coloro che hanno adottato strategie di coping di "Pianificazione" e di "Religiosità".

Conclusioni: il PTSD è associato a numerose difficoltà psicologiche e sociali, con notevole impatto sul funzionamento globale della vittima di un disastro. Il nostro studio suggerisce l'utilità di interventi di provata efficacia come la CBT nel trattamento di soggetti esposti a traumi collettivi o individuali, allo scopo di prevenire conseguenze psicosociali a lungo termine e lo sviluppo di ulteriori problemi psichici.

Bibliografia

- Agustini EN, Asniar I, Matsuo H. *The prevalence of long-term post-traumatic stress symptoms among adolescents after the tsunami in Aceh.* J Psychiatr Ment Health Nurs 2011;18:543-9.
- Bradley R, Greene J, Russ E, et al. *A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD.* Am J Psychiatry 2005;162:214-27.
- Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, et al. *Cognitive therapy for PTSD: development and evaluation.* Behaviour Research and Therapy 2005;43:413-31.
- York K. *Depression and religiosity and/or spirituality in college: a longitudinal survey of students in the USA.* Nurs Health Sci 2011;13:76.

P201. Incremento nell'uso di sostanze tra i giovani sopravvissuti al terremoto dell'Aquila

V. Bianchini, M. Zuccarini, R. Roncone¹, M. Rossetti, L. Verni, R. Pollice¹

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, ¹ Dipartimento di Scienze della Salute, Università de L'Aquila

Introduzione: il terremoto avvenuto a L'Aquila il 6 Aprile 2009 (Richter magnitudo 6,3) ha avuto come bilancio definitivo 309 morti, circa 2.500 feriti, 66.000 sfollati, causando distruzione e gravi danni a circa 11.000 palazzi antichi e case private. L'esposizione a distruzione e morte dovuti a disastri naturali può determinare lo sviluppo di disturbi psicologici con esiti anche a lungo termine e un incremento nell'uso di sostanze come esito delle perdite materiali e spirituali ¹. Lo scopo del presente studio è quello di fotografare l'abitudine all'uso di sostanze tra i giovani sopravvissuti nella fase post-sisma rispetto a quella precedente al terremoto.

Metodi: un totale di 1.078 giovani (età media 21,4 ± 5,6) ha partecipato a un sondaggio condotto sulla salute mentale tra Marzo e Dicembre 2010; il campione di studio è stato reclutato in diverse sedi: 323 afferiti volontariamente presso lo "Smile" (un servizio psichiatrico dedicato al disagio giovanile), 123 dal SACS (servizio dell'Università de L'Aquila di orientamento e tutorato per gli studenti) e i restanti 632 sono studenti universitari e delle scuole superiori che si sono sottoposti volontariamente all'indagine. Tutti i soggetti risultati positivi al PHQ-9 e alla SAS, sono stati ulteriormente sottoposti all'Intervista Clinica Strutturata per il DSM-IV (SCID I). La GHQ-12 è stata utilizzata per valutare il grado di benessere percepito. L'uso di sostanze nella fase post-sisma, è stata valutato con una domanda per ciascuna sostanza (alcol, nicotina, cannabis).

Risultati: il 43% aveva una diagnosi di disturbo d'ansia, il 34% di disturbo dell'umore, il 16% un disturbo post-traumatico da stress (DPTS) e il 7% una diagnosi di psicosi NAS (7%). Tra i giovani con una diagnosi psichiatrica (n = 314) è stato dimostrato un incremento dell'uso di alcol, nicotina e cannabis nel post-sisma rispettivamente in 179 (57%), 128 (41%), e 69 giovani (22%). Nessuno ha riferito una riduzione dell'uso di sostanze. I soggetti senza una diagnosi psichiatrica (n = 764), l'incremento dell'uso di alcool, nicotina e cannabis è stato rilevato in 374 soggetti (49%), 289 (38%), e 138 (18%) rispettivamente.

Conclusioni: i risultati indicano chiaramente un marcato incremento dell'uso di sostanze tra i giovani sopravvissuti a un terremoto disastroso come quello avvenuto a L'Aquila il 6 Aprile 2009. Poiché questi risultati possono avere importanti implicazioni per la salute pubblica, si consiglia di considerare una valutazione di routine per l'aumento uso di sostanze dopo disastri naturali.

Bibliografia

- ¹ Vetter S, Rossegger A, Rossler W, et al. *Exposure to the tsunami disaster, PTSD symptoms and increased substance use – an Internet based survey of male and female residents of Switzerland.* BMC Public Health 2008;8:92.

P202. Trattamento del disturbo *borderline* di personalità con acidi grassi omega-3 in combinazione con acido valproico

P. Bozzatello, C. Rinaldi, F. Fermo, E. Brignolo, C. Brunetti, S. Bellino

Centro per i Disturbi di Personalità, Struttura Complessa di Psichiatria 1; Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: gli acidi grassi omega-3, per la loro attività di stabilizzazione delle membrane neuronali, sono stati impiegati nel trattamento di diversi disturbi psichiatrici, tra cui la schizofrenia, la depressione unipolare e bipolare.

Due recenti RCT riportano l'efficacia degli acidi eicosapentaenoico (EPA) e docosaesaenoico (DHA) nel migliorare le condizioni psicopatologiche di pazienti con disturbo *borderline* di personalità (DBP) e condotte autolesive.

Il presente studio ha lo scopo di indagare l'efficacia e la tollerabilità degli acidi grassi omega-3 in combinazione con l'acido valproico in pazienti con DBP.

Metodi: un gruppo di pazienti con diagnosi di DBP (DSM-IV-TR) è stato assegnato con criterio random a 2 tipi di trattamento: 1) acido valproico 1000 mg/die; 2) EPA (1,3 g/die) e DHA (0,8 g/die) in combinazione con valproato. La durata della terapia è di 12 settimane. I pazienti sono stati valutati al *baseline*, a 4 e a 12 settimane con la CGI-S, la HAM-A, la HAM-D, la SOFAS, la BPDSI, la BIS-11, la MOAS e la SHI per le condotte parasuicidiarie.

Risultati: i risultati attesi riguardano gli effetti degli omega-3 su impulsività, accessi di rabbia, ideazione suicidiaria e condotte autolesive.

Conclusioni: i risultati ottenuti saranno verificati con l'analisi della varianza e analizzati in confronto ai dati di letteratura.

Bibliografia

Zanarini MC, Frankenburg FR. Omega-3 fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *Am J Psychiatry* 2003;160:167-9.

P203. Separation anxiety in gambling and alcoholism (S.A.G.A.): disegno dello studio e dati preliminari

A. Bruschi¹, A. De Angelis¹, M. Pascucci¹, M. Marconi¹, D. Tedeschi¹, P. Grandinetti¹, M. Grassi², E. Salvador¹, S. Solaroli¹, S. Pini³, G. Conte¹, L. Janiri¹, G. Pozzi¹

¹ Dipartimento di Neuroscienze, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma; ² Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Ospedale San Benedetto, Suore Ospedaliere, Albese con Cassano (Co); ³ Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Introduzione: l'obiettivo del nostro studio pilota è la valutazione dei livelli di ansia di separazione (a esordio in età infantile e/o adulta) in un campione di pazienti con dipendenza da sostanze (alcol) e dipendenza comportamentale (Gioco d'azzardo patologico).

Metodi: un campione di pazienti ambulatoriali, consecutivamente afferiti al DH di Psichiatria e Farmacodipendenze, è stato selezionato utilizzando la MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) e i criteri del DSM-IV TR.

Ai due gruppi omogenei di 30 pazienti con diagnosi di dipen-

denza da alcool e gioco d'azzardo patologico e a un gruppo di controllo di 30 pazienti con disturbo d'ansia, è stata somministrata la seguente batteria psicometrica:

- SCI-SAS (*Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Child and Adult*);
- SASI (*Separation Anxiety Symptom Inventory*);
- ASA-27 (*Adult Separation Anxiety Questionnaire*);
- TCI-R (*Temperament and Character Inventory Revised*);
- GAF (*Global Assess of Functioning*);
- SCL-90-R (*Symptom Checklist Revised*);
- SOGS (*South Oaks Gambling Scale*);
- ADS (*Alcohol Dependence Scale*);
- HAM-A (*Hamilton Anxiety Rating Scale*).

Risultati: a oggi sono stati inclusi nello studio 33 pazienti. A una prima analisi emerge una significativa validità interna delle scale per la valutazione dell'Ansia di Separazione (SCI-SAS, SASI e ASA-27; $p = 0,001$) e una rilevante associazione tra i livelli di funzionamento (GAF) e i punteggi alla SASI e alla ASA-27 ($p = 0,010$ e $p = 0,001$).

Conclusioni: i dati preliminari confermano l'impatto dell'ansia di separazione sul funzionamento psicosociale. Per le altre dimensioni psicopatologiche in esame si segnala una tendenza alla correlazione, che, vista l'esiguità del campione in esame, ancora non raggiunge la significatività statistica.

Bibliografia

Cyranowski JM, Shear MK, Rucci P, et al. *Adult separation anxiety: psychometric properties of a new structured clinical interview*. *J Psychiatr Res* 2002;36:77-86.

Manicavasagar V, Silove D, Wagner R, et al. *A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood* *Compr Psychiatry* 2003;44:146-53.

P204. Alessitimia e narrazione nella psicoterapia dei disturbi del comportamento alimentare. Correlazioni tra scale psicometriche e indici narrativi del processo referenziale.

M. Caslini¹, R. Mariani², F. Peroni¹, P. Sciarini¹, L.E. Zappa¹, M. Clerici¹

¹ Clinica Psichiatrica, Università Milano Bicocca; ² Sapienza Università di Roma

Presentiamo i primi risultati dello studio "alessitimia e connessione emotiva nella psicoterapia di pazienti con DCA". Il progetto si propone di valutare, in un campione di 8 pazienti con DCA, la modificazione dell'espressione emozionale attraverso il linguaggio mediante l'applicazione delle misure computerizzate del processo referenziale di Bucci, ed esaminerà l'influenza della condizione alessitimica nelle psicoterapie di quadri anoressico-bulimici.

Nell'analisi che proponiamo, sulla prima valutazione psicométrica e su 25 trascritti di sedute di psicoterapia, si sono valutate le correlazioni tra TAS20, EDI-2, SCL90, PBI, BUT, WDQ, MPS, DES, WAI, alto funzionamento alla SWAP200, e tra queste e gli indici narrativi medi dell'IDAAP (words, dizionario degli affetti, somatosensoriale, riflessività, disfluenza, attività referenziale). Correlazioni significative confermano il legame tra alessitimia e dinamiche di accudimento, per cui trascuratezza e iperprotezione concorrono alle successive difficoltà di connessione emo-

tiva. Viene confermata una relazione tra la carente espressione emozionale e la sintomatologia alimentare.

L'analisi delle correlazioni tra TAS20 e le misure dell'AR attestano:

- una relazione negativa tra disfluenza e TAS20 ad indicare le difficoltà degli Alessitimici a permanere con pensiero e parole nelle fasi di narrazione complesse che indicano attivazione emozionale;
- una correlazione positiva tra MHIWRAD2 e TAS20 per cui ipotizziamo forti fasi di attivazione emozionale in cui il soggetto oscilla tra alti e bassi emotivi.

L'analisi della correlazione tra PBI e le misure dell'AR mostra alcune significatività, segnalando che le cure materne e paterne influenzano il linguaggio. Si ritrova una correlazione positiva tra gli indici IWRAD e l'iperprotezione materna; ipotizziamo che in relazione a questa si presentino fasi di forte attivazione emozionale caratterizzate da disregolazione emotiva.

Emerge infine che l'aspetto riflessivo e razionale delle pazienti è in relazione al loro alto funzionamento, al contrario della disregolazione emotiva, che risulta in relazione ad un basso funzionamento.

P205. Efficacia di un programma di intervento per pazienti con disturbi psichiatrici gravi in regime di day hospital: l'integrazione tra farmacologia e psicologia

G. Cauli, E. Ermoli, S. Anselmetti, R. Viganoni, E. Corbetta, C. Gala

Dipartimento di Psichiatria, UOP 51, AO "San Paolo", Milano

Attualmente, è sempre più sentita la necessità di offrire alle persone con disturbi psichici, la possibilità di un trattamento integrato e multidisciplinare, all'interno di un servizio pubblico. Il *Day-Hospital* Psichiatrico, attivo da due anni presso l'UOP 51 dell'Ospedale "San Paolo", effettua prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine. L'obiettivo ultimo è il miglioramento del funzionamento quotidiano, personale e sociale, attraverso un intervento specifico sulle capacità metacognitive, le relazioni con i familiari e la capacità di coping nelle situazioni stressanti. Tale approccio terapeutico, di durata variabile tra sei mesi e un anno, si propone inoltre di migliorare la conoscenza del proprio disturbo e la compliance al trattamento. Lo studio, dopo aver analizzato la tipologia dei pazienti, l'outcome alle dimissioni e la durata degli interventi, mostra i risultati clinici dell'esperienza maturata nei primi due anni e valuta l'efficacia dell'intervento integrato sulle abilità di funzionamento dei soggetti afferenti. I risultati preliminari su un campione di 38 pazienti hanno mostrato un miglioramento significativo ($p < ,001$) alla scala di funzionamento PSP (*Personal and Social Performance Scale*).

P206. Qualità del sonno, igiene del sonno e stili di attaccamento nei giovani universitari

C. Cedro¹, E. Smeriglio

¹ Facoltà di Scienze della Formazione, Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche e Anestesiologiche, Università di Messina

Introduzione: i disturbi del sonno sono molto diffusi e colpiscono nei paesi occidentali circa un terzo della popolazione.

Tra i giovani i disturbi del sonno occupano un posto considerevole, con la diminuzione del numero di ore di sonno per la maggior parte di loro ¹. Lo stile di vita dei giovani può avere uno specifico ruolo nei disturbi del sonno. Un'alterazione dell'igiene del sonno può essere correlata alle alterazioni qualitative e quantitative del sonno ².

Metodi: la ricerca è stata condotta su un campione di 214 studenti universitari dell'Ateneo di Messina, valutati con i seguenti strumenti psicodiagnostici: questionario socio-demografico, intervista sulle abitudini relative al sonno, *sleep hygiene index*, *Pittsburgh sleep quality index* e *Parental bonding instrument*.

I risultati ottenuti hanno messo in evidenza non solo le problematiche relative alla qualità del sonno del campione esaminato, ma anche la relazione di questa con l'igiene del sonno, e specifiche caratteristiche dello stile di attaccamento.

Bibliografia

- ¹ Roberts RE, Roberts CR, Duong HT. *Sleepless in adolescence: prospective data on sleep deprivation, health and functioning*. J Adolesc 2009;32:1045-57.
- ² Mastin DF, Bryson J, Corwyn R. *Assessment of sleep hygiene using the Sleep Hygiene Index*. J Behav Med 2006;29:223-7.

P207. Il disturbo da uso di sostanze in comorbidità con il disturbo da deficit di attenzione e iperattività nell'adulto e il disturbo bipolare è un fenotipo clinico distinto?

G. Ceraudo, G. Vannucchi, S. Rizzato, F. Casalini, N. Mosti, C. Toni, I. Maremmani, L. Dell'Osso, G. Perugi
Dipartimento di Psichiatria Neurobiologia Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Introduzione: l'associazione tra disturbo da uso di sostanze (DUS) e il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) è stato osservato in studi clinici ed epidemiologici. Abbiamo svolto uno studio a coorte allo scopo di determinare l'impatto dell'ADHD in pazienti adulti affetti da DUS, ricercando la prevalenza e le caratteristiche cliniche associate a tale comorbidità. **Metodi:** sono stati reclutati 109 pazienti affetti da DUS. Tutti i pazienti sono stati valutati con l'*Adult ADHD Self-report Scale* (ASRS) v 1.1, la *Diagnostic, Clinical and Therapeutic Checklist* (DCTC) per la diagnosi delle patologie psichiatriche di Asse I secondo i criteri del DSM-IV e delle comorbidità, la *Clinical Global Impression Bipolar* (CGI-BP), la *Global Assessment of Functioning* (GAF) e la *Sheehan Disability Scale* (SDS).

Risultati: 20 pazienti (18,35%) hanno soddisfatto sia i criteri del DSM-IV sia quelli della ASRS per la diagnosi di ADHD. Non sono state osservate differenze significative tra pazienti con e senza ADHD per quanto riguarda età, sesso, stato civile, istruzione, attività lavorativa e tipologia di sostanza usata. I pazienti con ADHD avevano una più alta prevalenza di disturbo bipolare (DB) e di episodi maniacali o misti al momento dell'osservazione. I punteggi della CGI-BP riportati dai pazienti ADHD sono risultati più alti per gli item "mania" e "stato misto". Per quanto riguarda la risposta a precedenti trattamenti con antidepressivi, i pazienti ADHD hanno riportato più frequentemente "resistenza al trattamento" e "irritabilità".

Conclusioni: i risultati suggeriscono che pazienti con DUS e ADHD hanno un decorso peggiore e una più grave psicopatologia rispetto ai pazienti senza ADHD. ADHD influenza negativamente il decorso, la prognosi e il trattamento di DUS e DB. I pazienti con ADHD, DUS e DB sembrano essere un fenotipo distinto caratterizzato da poliabuso di sostanze, deficit cognitivi e instabilità dell'umore.

P208. Inquadramento clinico e medico-legale della "sindrome soggettiva post-traumatica"

L. Cimino, D. De Ronchi

Istituto di Psichiatria "P. Ottonello", Università di Bologna

Introduzione: per "sindrome soggettiva post traumatica" si intende la comparsa di un quadro clinico psico-comportamentale caratterizzato da una discordanza fra sintomi lamentati dal paziente e negatività dei reperti obiettivamente. A fronte della rilevanza di questa problematica non esiste a tutt'oggi una definizione univoca di questa proteiforme sindrome che appare di incerta classificazione sul piano clinico e di difficile inquadramento e valutazione medico-legale. Il nostro intento è proporre una definizione univoca che sia fruibile in ambito clinico e medico-legale.

Metodi: è stata effettuata una revisione della letteratura relativa alla sindrome soggettiva post-traumatica.

Risultati: l'analisi della letteratura ha rilevato orientamenti non convergenti in merito alla definizione dei criteri per delineare la "sindrome soggettiva post-traumatica", emergendo la tendenza ad accomunare questo quadro clinico con la cd "sindrome post-commotiva", senza operare una specifica differenziazione all'interno delle "posttraumatic cranio-cerebral syndromes".

Conclusioni: riteniamo che la "sindrome soggettiva post traumatica" non sia sovrapponibile a una "sindrome post concussiva", né a un "sindrome da indennizzo" o a una "neurosi post traumatica", ma debba indicarsi esclusivamente una sintomatologia soggettiva su base fisiogena, non espressione di un disagio emotivo, insorta a seguito di un traumatismo cranio/cervicale in assenza di una obiettività clinica e strumentale.

P209. La cefalea post traumatica cronica: forma autonoma o di origine psicogena/risarcitoria?

L. Cimino, D. De Ronchi

Istituto di Psichiatria "P. Ottonello", Università di Bologna

Introduzione: la "cefalea post-traumatica cronica" rappresenta una particolare forma di cefalea insorta a seguito di trauma cranico lieve che persiste per oltre tre mesi dal trauma stesso; essa è stata per lungo tempo considerata un disturbo funzionale riconducibile all'ambito dei disturbi somatoformi o, per le frequenti implicazioni risarcitorie, alle cd "sindromi da indennizzo". L'importanza di una corretta definizione appare evidente non solo in ambito clinico, ma soprattutto in un contesto valutativo medico-legale.

Metodi: è stata effettuata una revisione della letteratura clinica e medico-legale relativa alla definizione e valutazione della "cefalea post traumatica cronica".

Risultati: dalla revisione sistematica della letteratura emergono risultati contrastanti in merito alla patogenesi di tale sindrome; infatti se da un lato evidenze strumentali sembrano orientare verso una natura organica del disturbo, dall'altro l'efficacia dei trattamenti cognitivi-comportamentali sembra avvalorarne la componente psicogena.

Conclusioni: sebbene appare riduttivo considerare la "cefalea post traumatica cronica" in termini puramente pretestuosi, tuttavia, trattandosi di una sintomatologia meramente soggettiva, risulta estremamente importante rispettare rigorosi criteri clinico-documentali qualora si ipotizzi la possibilità di una valutazione del tutto autonoma dell'esito traumatico per non incorrere in pretestuosi accoglimenti finalizzati unicamente ad un incremento risarcitorio.

P210. Associazione del genotipo GSK3β rs12630592 con i livelli proteici di Akt1, Gsk-3β, β-catenina e pGsk-3β nei linfociti di soggetti sani

L. Colagiorgio¹, F. Napolitano², G. Ursini¹, R. Masellis¹, A. Rampino¹, M. Attrotto¹, I. Andriola¹, G. Miccolis¹, G. Rizzo¹, G. Maddalena¹, M. Depalma¹, A. Di Giorgio¹, G. Todarello¹, L. Iacovelli³, M. Nardini¹, G. Caforio¹, G. Blasi¹, A. Usiello², A. Bertolino^{1,4}

¹ Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Bari "Aldo Moro"; ² CEINGE-Biotecnologie Avanzate, Università "Federico II" di Napoli; ³ Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia "V. Erspamer", Sapienza Università di Roma; ⁴ IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo, Foggia

La via dopaminergica del segnale AMPc-indipendente D2/Akt1/Gsk3β/β-catenina sembra essere coinvolta nella patofisiologia della schizofrenia. La stimolazione del recettore D2 determina defosforilazione/inattivazione di Akt1, lasciando costitutivamente attiva Gsk3β. A sua volta, Gsk3β fosforila β-catenina, inattivandola. Livelli proteici ridotti di Akt1 e di pGsk3β (Ser9) sono stati riscontrati in corteccia prefrontale e ippocampo di pazienti schizofrenici *post mortem*. Inoltre, nei linfociti dei pazienti schizofrenici si riscontrano bassi livelli di Akt1 rispetto ai controlli. Ad oggi, non sono state individuate varianti genetiche funzionali di GSK3β; tali varianti potrebbero svolgere un ruolo nella patofisiologia della schizofrenia. Scopo dello studio è valutare l'eventuale associazione del genotipo GSK3β rs12630592 (G > T) con i livelli di espressione proteica di Akt1, Gsk3β, β-catenina e pGsk3β nei linfociti di 36 soggetti sani (età media: 27,5 ± 5,91; maschi: 17) mediante *western blotting*. L'ANOVA ha evidenziato che i soggetti con genotipo TT presentano, rispetto ai GT e ai GG, livelli significativamente ridotti di Akt1 (F_{2,19} = 6,615; p = 0,0066), Gsk-3β (F_{2,33} = 9,090; P = 0,0007), pGsk-3β (F_{2,32} = 3,385; P = 0,0464), β-catenina (F_{2,23} = 5,143; p = 0,143). Tali evidenze suggeriscono che il polimorfismo rs12630592 di GSK3β conferisce variabilità individuale ai livelli proteici di Akt1, Gsk3β e β-catenina e potrebbe essere importante nello studio della patofisiologia della schizofrenia.

P211. Interazione tra uso di cannabis e polimorfismo rs1076560 del gene DRD2 sui livelli di schizotipia in soggetti sani

M. Colizzi¹, G. Ursini¹, A. Porcelli¹, M. Mancini¹, R. Romano¹, B. Gelao¹, I. Andriola¹, M. Attrotto¹, G. Miccolis¹, L. Sinibaldi², R. Masellis¹, A. Di Giorgio¹, G. Caforio¹, G. Blasi¹, M. Nardini¹, A. Bertolino¹

¹ Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università "Aldo Moro" di Bari; ² Mendel Laboratory, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo

Numerose ricerche mostrano come l'uso di cannabis possa costituire un fattore di rischio per l'insorgenza di schizofrenia in individui geneticamente vulnerabili. Diversi studi suggeriscono che la cannabis possa favorire una disregolazione della trasmissione dopaminergica in aree prefrontali e striatali. Il polimorfismo rs1076560 del gene DRD2 (G > T) modula il signaling dopaminergico striatale e l'attività prefrontale. La schizotipia, insieme di sintomi sub-clinici della schizofrenia presenti nel 10% della popolazione generale, potrebbe rappresentare un fenotipo associato al rischio di malattia. Obiettivo di questo studio in un gruppo di soggetti sani (NC), è di valutare la relazione tra uso di cannabis, genotipo DRD2 rs1076560 e schizotipia. 98 NC, genotipizzati per DRD2 rs1076560, sono stati sottoposti a Drug Abuse Screening Test e Schizotypal Personality Questionnaire per valutare l'uso di cannabis e il livello di schizotipia. L'ANOVA ha mostrato come l'uso di cannabis sia significativamente associato alla schizotipia ($p < 0,001$). Un ANOVA fattoriale, inoltre, indica come l'uso di cannabis interagisce con il genotipo DRD2 sui livelli di schizotipia: l'uso di cannabis è significativamente associato a maggiori livelli di schizotipia soltanto per i DRD2 Tcarrier ($p = 0,012$). I risultati suggeriscono come l'uso di cannabis, interagendo con varianti geniche del DRD2, possa avere un ruolo nella patofisiologia del rischio di schizofrenia.

P212. Il trattamento psicosociale del paziente autore di reato dal carcere o dall'OPG alla comunità terapeutica riabilitativa: valutazione, in real life, di tredici progetti terapeutici riabilitativi individualizzati e integrati

D. Cristina, R. Auditore, P. Caponnetto, A. Salerno, M. Sciacca, A. Sciuto, M. Testai

Comunità Terapeutica Assistita (CTA), Villa Chiara (Mascalucia-CT), Accreditata SSN

Introduzione: attualmente le istituzioni penitenziarie accolgono un surplus di popolazione e i disagi connessi al sovraffollamento possono determinare l'aggravarsi o insorgere di psicopatologie. La continuità terapeutica è un obiettivo importante per ottenere una completa salute mentale del paziente al fine di garantire il miglior reinserimento nella società. La legge 180 ha determinato una grande riforma ma non ha tenuto conto dei pazienti psichiatrici gravi che hanno commesso reato, che sono difficilmente gestibili e che si trovano in carcere o all'OPG. In questo studio abbiamo valutato gli esiti del trattamento psicosociale in comunità terapeutica di 13 pazienti provenienti dal Carcere o OPG.

Metodi: valutazione di sei parametri: VGF, SAPS, SANS, BPRS; n. ricoveri in SPDC; recidive di condotte criminali.

Risultati: oltre il 50% del campione ha evidenziato un miglioramento alle scale SAPS, SANS, BPRS e VGF. Considerata la storia clinica di ognuno, durante il percorso effettuato in CTA abbiamo osservato una riduzione nel numero di ricoveri in SPDC con assenza di recidive di condotte criminali.

Conclusioni: il percorso in CTA, rispetto al regime di detenzione in carcere e/o OPG, sembra garantire un miglioramento delle condizioni psicopatologiche e del funzionamento personale-sociale. Nonostante il tasso di recidiva rispetto al reato precedentemente commesso è stato dello 0%, rimangono ancora pochi i pz che riescono a reinserirsi nel contesto sociale di appartenenza.

Bibliografia

Melega V, Neri G, Gosio N, et al. *Psicopatologia e violenza, disturbo di personalità, processo psicopatologico e isolamento relazionale nella genesi degli atti violenti in pazienti psichiatrici*. In: Sarteschi P, Maggini C, eds. *Personalità e psicopatologia*, vol. I. Pisa: ETS Editrice 1990.

Russo G. *Follow-up of 91 Mentally Ill Criminals Discharged from the Maximum Security Hospital in Barcelona PG*. *Int J Law Psychiatry* 1994;17:279-301.

P213. L'ottodonte come nuovo modello dell'ansia e dell'anedonia

L. D'Antuono^{1,2}, P. Iacobucci^{1,2}, S. Cloutier¹, J. Panksepp¹

¹ Center for the Study of Animal Well-being, Washington State University, Pullman, USA; ² Sapienza University of Rome, Rome, Italy

Early social deprivation often results in general anhedonia and depressive-like symptoms later in life, in both humans and animals. The *Octodon degus*, an altricial rodent that shares more physiological, developmental, social, and behavioral features with humans could be a more reliable and effective model of attachment-related psychological disorders than other rodent species. We aimed to determine the effect of isolation early in infancy on degus affective development. The hedonic and anxiety-related responses, social motivation, impulsivity and emotion-regulation of degus separated from their mother and siblings at 2 wks of age was assessed using Sucrose Preference (3 and 5 months of age), Open Field, Social Interaction (3 months), Acoustic Startle (5 months), and Social Choice tests (7 months). We found that isolated degus consumed more sucrose solution at both ages, showed fewer anxiety-related and fear-related responses, and differed in social motivation at 7, but not 3 months of age compared to controls. Our results suggest that isolation at an early age affects hedonic and anxiety-related responses, impulse control, and social motivation of degus differently than other rodent species.

P214. Strategie di intervento per la prevenzione dell'assenteismo prolungato e ingiustificato da scuola e delle condotte a rischio tra gli adolescenti europei: we-stay project

M. D'Aulerio¹, V. Carli^{1,2}, M. Iosue¹, F. Basilico¹, A. Di Domenico¹, L. Recchia¹, C. Wasserman³, C.W. Hoven³, M. Sarchiapone¹, D. Wasserman²

¹ Dipartimento di Scienze per la Salute, Università del Molise, Campobasso; ² National Prevention of Suicide and Mental Ill-Health (NASP), Karolinska Institutet, Stoccolma, Svezia; ³ Columbia University-New York State Psychiatric Institute, New York, NY

Introduzione: le ricerche più recenti dimostrano la relazione tra assenteismo prolungato e ingiustificato da scuola e disturbi psichiatrici, tra cui ansia, depressione, disturbi somatici, comportamento delinquenziale, abuso di sostanze (Steinhausen et al., 2008), comportamenti a rischio, problemi della condotta e del controllo degli impulsi (McCare, 2004). WE-STAY (*Working in Europe to Stop Truancy Among Youth*) è un programma di prevenzione dell'assenteismo prolungato e ingiustificato da scuola rivolto agli adolescenti delle scuole europee. Co-finanziato dall'Unione Europea all'interno del 7° Programma Quadro sviluppato da un consorzio di 10 nazioni europee.

Metodi: lo studio prevede il reclutamento di un campione di 9600 studenti (1600 per ciascun centro partecipante), tra i 14 e i 18 anni, che verrà assegnato, con metodologia random, in uno dei quattro diversi bracci di intervento. L'*assessment* iniziale sarà condotto attraverso la somministrazione di un questionario costituito sia da domande riguardanti strategie di *coping*, traumi subiti, bullismo, eventi di vita stressanti, discriminazione, relazioni con i coetanei e con i genitori, salute fisica e prospettive future, sia da *item* estrapolati da scale che misurano le principali dimensioni psicopatologiche quali l'ansia e la depressione.

Risultati: il reclutamento delle scuole e degli studenti è in progresso. Nella regione Molise, sono presenti 58 scuole, 15 scuole professionali e 43 licei e istituti tecnici, per un totale di 15393 studenti. Dopo il piano di randomizzazione, sono state selezionate 32 scuole, 6 scuole professionali e 26 licei e istituti tecnici, per un totale di 9.489 studenti, 4.166 maschi e 323 femmine.

Conclusioni: grazie a WE-STAY sarà possibile acquisire maggiori informazioni sulla prevalenza, sui dati psico-sociali e psichiatrici correlati all'assenteismo ingiustificato e prolungato da scuola. Dall'attuazione dei tre tipi d'intervento di prevenzione ci si attende una significativa riduzione dei tassi di assenteismo; inoltre, attraverso il confronto con il gruppo di controllo, sarà possibile individuare quali dei modelli di promozione della salute implementati risultino maggiormente efficaci, economici e culturalmente adeguati, secondo una prospettiva multidisciplinare che includa aspetti sociali, psicologici ed economici.

Bibliografia

McAra L. *Truancy, school exclusion, and substance misuse*. Edinburgh Study of Youth Transitions and Crime 4, 2004.

Steinhausen HC, Muller N, Metzke CW. *Frequency, stability and differentiation of self-reported school fear and truancy in a community sample*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2008.

P215. Pensare positivo: un progetto di promozione della salute mentale nelle scuole attraverso l'educazione razionale-emotiva

S. D'Onofrio, A. Tosone, L. Anneschini, R. Ortenzi¹, A. Tomassini¹, R. Roncone¹, R. Pollice

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, ¹ Dipartimento di Scienze della Salute, Università de L'Aquila

Introduzione: la promozione del benessere tra i giovani delle scuole è argomento di notevole interesse da parte delle Istituzioni e della Comunità Scientifica. Nell'ambito di tali suggestioni nasce il progetto "Pensare Positivo", collaborazione tra la cattedra di Psichiatria dell'Università de L'Aquila e l'Istituto Istruzione Statale Superiore (IISS) per Geometri "O. Colecchi" de L'Aquila. Lo scopo di "Pensare Positivo" è la promozione del benessere psicologico tra i ragazzi delle scuole attraverso l'acquisizione delle abilità propedeutiche al riconoscimento delle emozioni alla riformulazione di pensieri disfunzionali con *focus* sull'intelligenza emotiva, il potenziamento della comunicazione interpersonale: l'acquisizione di tecniche comportamentali per la gestione dell'ansia, l'apprendimento del metodo Problem-Solving.

Materiali e metodi: "Pensare Positivo" ha coinvolto 50 alunni di due classi dell'IISS; si è svolto in 10 incontri della durata di 2 ore ognuno. Gli incontri, tenuti all'interno degli edifici scolastici da un'équipe di operatori della Salute Mentale, sono stati condotti attraverso una modalità interattiva (*role playing, modelling, simulate ...*), con il supporto di un manuale teorico-pratico realizzato ad hoc. All'inizio (T0) e alla fine degli incontri (T1) i ragazzi sono stati sottoposti a valutazione psicometria attraverso GHQ-12 (Goldberg, 1978), *Idea Inventory* (Kassinove, Crisci e Tiegerman (1977), TAS-20 (G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker) e un'apposita batteria per il terremoto. Al T0 è stata somministrata una scala analogica a termometro relativa all'utilizzo di sostanze pre e post sisma.

Risultati: al T1 è emersa una riduzione statisticamente significativa del livello di *stress* percepito dai ragazzi, ($p = 0,00$), del pensiero assolutistico ($p < 0,05$), del fattore 2 (difficoltà a esprimere i propri sentimenti) e dello score totale della TAS ($p < 0,05$). Le strategie di fronteggiamento mostrano la prevalenza di stili pro attivi con incremento statisticamente significativo del *coping* "espressione" al T1. Si è rilevato un incremento statisticamente significativo ($p < 0,05$) del consumo di Nicotina e Alcol nel periodo post sisma.

Conclusioni: gli interventi nelle scuole rivestono un ruolo centrale nell'ambito della prevenzione e della promozione alla salute e rappresentano uno strumento utile per conoscere lo stato di salute dei ragazzi, le loro modalità di pensare, di relazionarsi e di gestire i propri problemi.

Bibliografia

OMS. *Conferenza Ministeriale Europea sulla Salute Mentale. Migliorare la salute mentale della popolazione*, 2005.

Kaltiala-Heino R, Ranta K, Fröjd S. *Adolescent mental health promotion in school context*. Duodecim 2010;126:2033-9.

P216. Indagine con fMRI in soggetti con consumo problematico di alcool

I. D'Orta, Y. Khazaal, R. Khan, D. Zullino

Hôpitaux Universitaires de Genève, Département de Santé Mentale et de Psychiatrie, Service d'Addictologie

Background: addictive behaviours are linked to a cue-reactivity. This reactivity involves emotions, physiologic reactions and behaviours. One part of these reactions is conscious and the other one is automatic. Previous findings revealed that in people with a dependence the reactivity to these stimuli alters inhibition process. The "stop-signal" paradigm allows to measure this process. The study aims to evaluate this phenomenon with Functional Magnetic Resonance Imaging in order to assess the process that stands below and the involved cerebral mechanisms.

Methods: it will be proposed to subjects with addiction and control-subjects to execute a stop-signal task, connected to alcohol-related picture, during the fMRI.

We suppose that subjects with addiction have more difficulties to inhibit their action in an experimental context of stop-signal when the showed alcohol-related picture is associated to high arousal. The emotional imagines used in this study are the selected and validated Geneva Appetitive Alcohol Pictures, GAAP.

We utilize the Stop-Signal Reaction Time that corresponds to the latent side of the inhibition's process, as dependent variable. The participants will be previously estimated for their degree of dependence and the automatism's peculiarity of their use. This experimental procedure may allow to differentiate the explicit answers to the stimuli – by a questionnaire – from the implicit ones.

P217. Condotta autolesiva e impulsività nella popolazione carceraria

N. D'Urso¹, F. Castellano¹, F. Cicolari¹, V. Cimolai¹, F. Cova¹, S. Mauri², M. Provenzi¹, P. Rubelli², M.R. Sergio¹, U. Mazza², M. Clerici³

¹ *UO Psichiatria*, ² *UO Psicologia*, AO "San Gerardo" di Monza; ³ *UO Psichiatria, Scuola di Specialità di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Università di Milano Bicocca*

Introduzione: in Italia sono pochi gli studi volti ad attestare la prevalenza delle malattie psichiatriche negli Istituti Penitenziari¹. Uno dei problemi fondamentali nelle carceri italiane è costituito dalle condotte autolesive². Il suicidio rappresenta infatti la prima causa di morte in carcere e conta per circa la metà di tutti i decessi³.

Metodi: il nostro è uno studio descrittivo osservazionale prospettico. Il campione è costituito da 119 detenuti; si è rilevata in primo luogo l'incidenza delle condotte autolesive in un periodo di osservazione di 6 mesi. Sono state inoltre somministrate 6 scale di valutazione psicopatologica, tra cui la *Barrat Impulsiveness Scale* (BIS-11).

Risultati: il 16% del campione ha compiuto gesti autolesivi e il 3,4% ha compiuto un TS. Il 77,8% dei paziente che ha compiuto gesti autolesivi aveva già commesso un tentativo simile in passato. Il 44,2% dei soggetti è risultato ad alta impulsività (BIS-11 > 72). Il 66,6% dei soggetti del gruppo considerato soffriva di un disturbo della personalità a fronte del 22% dei pazienti del resto del campione. Questi ultimi risultavano colpiti nel

31,8% dei casi da un disturbo dell'adattamento che interessava invece solo il 13,3% dei *self-harmer* ($p = 0,037$).

Conclusioni: il presente studio s'inserisce nel contesto poco esplorato della psichiatria penitenziaria italiana, con lo scopo di dare un contributo per quanto riguarda la gestione delle condotte autolesive e dell'impulsività nella popolazione carceraria.

Bibliografia

- Carrà G, Giacobone C, Pozzi F, et al. *Prevalence of mental disorders and related treatments in a local jail: a 20-month consecutive case study*. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2004;13:47-54.
- Carli V, Mandelli L, Postuvan V, et al. *Self Harm in Prisoners*. *CNS Spectr* 2011; in press.
- Fazel S, Baillargeon J. *The health of prisoners*. *Lancet* 2011;377: 956-65.

P218. Epidemiologia dei disturbi mentali in carcere

N. D'Urso¹, F. Castellano¹, F. Cicolari¹, V. Cimolai¹, F. Cova¹, S. Mauri², M. Provenzi¹, P. Rubelli², M.R. Sergio¹, U. Mazza², M. Clerici³

¹ *UO Psichiatria*, ² *UO Psicologia*, AO "San Gerardo" di Monza; ³ *UO Psichiatria, Scuola di Specialità di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Università di Milano Bicocca*

Introduzione: negli ultimi 30 anni gli Istituti di Pena sono diventati sempre più contenitori di disagio psichico¹. La letteratura italiana, al contrario di quella internazionale², offre pochi spunti a riguardo dell'epidemiologia psichiatrica nelle carceri. Lo scopo del nostro studio è di descrivere l'epidemiologia all'interno dell'Unità di Psichiatria Penitenziaria della Casa Circondariale di Monza.

Metodi: il campione, composto da 119 pazienti (M = 101; F = 18), è stato suddiviso a seconda della diagnosi e delle variabili socio-demografiche. Inoltre sono state somministrate 7 scale di valutazione all'inizio del periodo di osservazione, durato complessivamente 6 mesi.

Risultati: le diagnosi più comuni rilevate sono disturbo dell'adattamento con ansia e/o umore depresso (29,2%), disturbo di personalità NAS (12,3%), disturbo *borderline* di personalità (8,5%) e disturbo d'ansia (7,5%). Tra i sottogruppi diagnostici è stata osservata una differenza statisticamente significativa per quanto riguarda MRS e PANSS: il punteggio totale medio di MRS è risultato più elevato tra i disturbi di personalità (F = 2,262; $p = 0,044$) così come il quello della PANSS, anche se al limite della significatività (F = 2,184; $p = 0,051$).

Conclusioni: questi dati preliminari evidenziano come all'interno della realtà carceraria italiana odierna sia imprescindibile il contributo di un'assistenza psichiatrica continuativa³. Peculiarità del nostro studio è l'utilizzo di scale di valutazione, al fine di delineare la gravità dei quadri clinici e di valutarne in futuro l'eventuale remissione sintomatologica.

Bibliografia

- Priebe S. *Institutionalisation revisited with and without walls*. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 81-2.
- Fazel S, Danesh J. *Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys*. *Lancet* 2002; 359(9306): 545-50.
- Clerici M, Bertolotti Ricotti P, D'Urso N, et al. *Un servizio di consulenza psichiatrica in ambito penitenziario. Quali bisogni, quali risposte?* *NÖOS aggiornamenti in psichiatria* 2006; 12(1): 35-58.

P219. Variabili predittive di insoddisfazione post-operatoria a seguito di interventi di chirurgia estetica

A. Dakanal^{1,3}, V.E. Di Mattei³, A. Prunas², F. Baruffaldi Preis⁴, L. Lanfranchi⁵, L. Sarno³

¹ Università di Pavia; ² Università di Milano-Bicocca; ³ Università Vita-Salute San Raffaele; ⁴ Ospedale San Raffaele, Milano; ⁵ Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano

Introduzione: la soddisfazione post-operatoria del paziente è il metro fondamentale con cui misurare l'*outcome* degli interventi di chirurgia estetica. Essa tende a essere condizionata da variabili socio-demografiche, anamnestiche e soprattutto psicopatologiche su cui, al momento, non esiste un consenso. Obiettivo dello studio è determinare il grado in cui le suddette variabili possano ritenersi predittive di insoddisfazione. Le variabili cliniche valutate sono: tratti patologici di personalità, narcisismo *covert*, entità del disagio relativo all'immagine corporea.

Metodi: il campione è risultato composto da 77 soggetti (91,3% F) tra i 18 e i 57 anni di età sottoposti a diversi tipi di interventi di chirurgia estetica presso due ospedali milanesi, tra il 2009-2010. È stata impiegata una batteria di questionari finalizzata alla rilevazione delle variabili di interesse.

Risultati: tra le variabili considerate, i migliori predittori dell'insoddisfazione post-operatoria risultano: precedenti procedure estetiche chirurgiche, la gravità e la precocità dell'insorgenza del disagio relativo all'immagine del corpo, il numero dei tratti patologici della personalità in generale e quelli riconducibili ai disturbi del *cluster B* in particolare. Esse risultano inoltre correlate a motivazioni estrinseche e aspettative irrealistiche rispetto all'esito dell'intervento.

Conclusioni: i dati supportano l'utilità di una valutazione clinica da parte dei professionisti della salute mentale per tutti i candidati a un intervento di chirurgia estetica.

P220. Emotional Training: una psicoterapia di gruppo per migliorare consapevolezza e modulazione dell'esperienza emozionale

R.M. De Santo¹, A. Palma², F. Mancuso¹, G. Piegari¹, D. Russo¹, A. Mucci¹, S. Galderisi¹, M. Maj¹

¹ Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN;

² Dipartimento di Scienze Neurologiche, Sapienza Università di Roma

Diversi studi hanno riscontrato una scadente elaborazione emozionale nei soggetti con disturbo di panico (DP).

Il nostro gruppo ha messo a punto una psicoterapia di gruppo, l'*Emotional Training* (ET), basata sull'integrazione di elementi derivanti dalle *emotion-focused therapies* e dagli *skills training*, in un contesto cognitivo-comportamentale. Il presente studio pilota si è proposto di verificare l'efficacia dell'ET nel migliorare consapevolezza, accettazione e modulazione adattiva dell'esperienza emozionale in un gruppo di soggetti sani.

Nove soggetti hanno partecipato al progetto pilota seguendo un programma di 21 incontri, uno a settimana della durata di 2,5 ore, nell'arco di 6 mesi. Prima e dopo l'intervento sono stati valutati i seguenti aspetti: abilità cognitive generali, attenzione selettiva, flessibilità cognitiva, espressività e gestione delle emozioni, empatia, capacità di inibire l'interferenza emozionale (*emotional Stroop test*), sintomatologia ansiosa e depressiva, alessitimia e Teoria della Mente.

Nel confronto tra le due valutazioni, sono emerse differenze statisticamente significative all'*emotional Stroop test* e al Quoziente di Empatia. I risultati suggeriscono, nei partecipanti al gruppo ET, un'incrementata percezione di stati emozionali in contesti sociali e una maggiore capacità di controllare l'interferenza emotiva. Ulteriore obiettivo sarà verificare nei pazienti con DP l'efficacia dell'ET, nonché la sua utilità nella riduzione delle ricadute.

P221. Valutazione psicopatologica mediante somministrazione di una batteria di test di pazienti afferenti al reparto di degenza dell'AOU Federico II di Napoli

E. De Vivo, D. Iodice

Università di Napoli "Federico II", DAS Neuroscienze e Comportamento Area Funzionale di Psichiatria

La necessità di valutare in maniera oggettiva i pazienti Psichiatrici appare sempre più pressante, nell'ottica di un più completo inquadramento clinico e terapeutico, oltre che di una raccolta dati al fine di ricerca. Il nostro gruppo, da circa un anno, mette in atto un protocollo, per i pazienti ricoverati presso la nostra struttura, teso a valutare la condizione clinica di ingresso e alla dimissione, basato sulla somministrazione di una batteria di test "su misura" per ciascuna delle seguenti categorie diagnostiche:

- psicosi: PANSS, SANS, BPRS, MMSE, CGI;
- DCA: BUT, EDI-2, BIS, EAT-26, SCID-II, CGI;
- DOC: Y-BOCS, BABS, BIS, HAM-A, HAM-D, SCID-II, CGI;
- mania: YMRS, BPRS, MMSE, CGI;
- depressione: HAM-D, HAM-A, MMSE, CGI;
- schizofrenia: PANSS, SANS, BPRS, CDSS, BACS, MMSE, BACS, CGI;
- disturbi di personalità: SCID-II, BIS, HAM-A, HAM-D, BPRS, CGI.

In questo lavoro vengono presentati i dati preliminari di tale ricerca, organizzati per diagnosi, con attenzione alle aree psicopatologiche più compromesse all'ammissione nei pazienti che necessitano di ricovero e quelle più suscettibili a miglioramento alla dimissione, oltre che alla durata media della degenza per categoria.

P222. Caratteristiche cliniche nel disturbo borderline: ruolo del trauma e dell'instabilità affettiva

A. Del Carlo, F. Dima, M. Benvenuti, S. Rizzato, F. Casalini, V. Falaschi, N. Mosti, M. Fornaro, L. Dell'Osso, G. Perugi

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

In una casistica di 50 pazienti affetti da "disturbo *borderline* di personalità" (DSM-IV) abbiamo valutato l'impatto dei livelli di instabilità affettiva, misurata attraverso la ALS (*Affective Lability Scale*), e delle esperienze traumatiche infantili, valutate con il CTQ (*Child Trauma Questionnaire*) sulle caratteristiche demografiche, cliniche e di decorso. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a valutazione attraverso una batteria di questionari diagnostici e sintomatologici (DIB; MINI, SIMDr; HCL-32, SCL-90-R, ALS-SF, CGI, GAF, TEMPS M, ISSI, SASI). Confrontando i pazienti con punteggi sopra ($n = 24$) e sotto ($n = 26$) la me-

diana al CTQ, non emergevano differenze significative in: età di esordio, diagnosi, numero di precedenti episodi di malattia, tentativi di suicidio, comorbidità con disturbo da panico o uso di sostanze e in nessuna altra caratteristica clinica indagata. Il confronto tra pazienti con punteggi sopra ($n = 23$) e sotto ($n = 27$) la mediana della ALS non mostrava differenze nelle caratteristiche demografiche e di decorso. Tuttavia, i sentimenti cronici di vuoto erano più rappresentati nei soggetti con elevata instabilità affettiva (55% vs. 45%, $p = ,01$) e una percentuale maggiore di questi riportava positività per esperienze traumatiche durante l'infanzia (63,8% vs. 58%, $p = ,02$), punteggi maggiori nella sezione del DIB riguardante l'affettività (48,5 vs. 42,4, $p = ,03$) e le relazioni interpersonali (46 vs. 39,3, $p = ,01$); punteggi più elevati nei fattori della SCL 90 "somatizzazioni", "ossessivo-compulsivo", "depressione", "ansia", "rabbia-ostilità" e "ideazione paranoide" (10,6 vs. 7,3, $p = ,04$).

P223. La soddisfazione dei familiari dei pazienti per i trattamenti psichiatrici ospedalieri: quale relazione con l'esito clinico-sociale?

L. Del Gaudio, D. Giacco, V. Del Vecchio, M. Luciano, G. Sampogna, V. Prisco, C. De Rosa, A. Fiorillo

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Il coinvolgimento dei familiari nel trattamento dei disturbi mentali gravi è stato recentemente suggerito da numerose linee-guida internazionali. Tuttavia, al momento, non sono ancora disponibili dati sulla relazione tra la soddisfazione dei familiari per i trattamenti ospedalieri e l'impatto di questi ultimi sull'esito clinico e sociale dei disturbi mentali gravi.

Lo studio *European evaluation of coercion in psychiatry and harmonization of best clinical practice* (EUNOMIA), finanziato dalla Comunità Europea nell'ambito del VII programma quadro, ha inteso valutare le pratiche cliniche relative ai ricoveri psichiatrici e all'utilizzo delle misure coercitive in 12 paesi europei. Nell'ambito di tale studio otto paesi (Bulgaria, Repubblica Ceca, Germania, Grecia, Italia, Polonia, Slovacchia, Svezia) hanno coinvolto i familiari dei pazienti per valutarne la soddisfazione sui trattamenti ospedalieri mediante la *Client Scale for Assessment of Treatment* (CAT) a un mese dall'ammissione dei pazienti in reparto. Le condizioni cliniche e il funzionamento sociale dei pazienti sono state valutate con la BPRS e la GAF al momento del ricovero e tre mesi dopo.

Sono stati reclutati 578 pazienti e altrettanti familiari. Il 51,6% dei pazienti è di sesso maschile, con un'età media di $39,5 \pm 11,6$ anni, con precedenti ricoveri nel 68% dei casi. Il 58% ha una diagnosi di disturbo psicotico. I familiari sono prevalentemente di sesso femminile (57,6%), con un'età media di $49,7 \pm 16,8$ e nel 43% dei casi sono i genitori dei pazienti. Il livello di soddisfazione dei familiari per i trattamenti ricevuti dai pazienti è globalmente elevato e risulta maggiore rispetto a quello dei pazienti (*range* 1-10; $8,4 \pm 1,4$ vs. $8,0 \pm 1,9$; $t=2,487$; $p < ,05$). La soddisfazione dei familiari per i trattamenti, inoltre, predice un migliore esito clinico a tre mesi dall'ammissione in reparto ($B = -1,456$; IC 95% = $-2,476$; -437 ; $p = > ,01$; $R^2 = ,247$).

I risultati di questo studio forniscono evidenze a sostegno dell'associazione tra il livello di soddisfazione dei familiari per i trattamenti psichiatrici e la loro efficacia. Essi sottolineano, quindi, l'importanza di prendere in considerazione le opinioni dei familiari dei pazienti sui trattamenti e di condurre studi partecipativi con il coinvolgimento di *users* e *carers*.

P224. Strategie di coping nei familiari dei pazienti con disturbo bipolare tipo I

V. Del Vecchio, G. Sampogna, L. Del Gaudio, V. Prisco, D. Giacco, M. Luciano, C. De Rosa, A. Fiorillo

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Le strategie di *coping*, definite come le modalità messe in atto per fronteggiare una situazione nuova o stressante con lo scopo di superarla, di evitarne l'esposizione o di diminuirne gli effetti, sono state studiate soprattutto nei familiari dei pazienti affetti da schizofrenia. Le strategie di *coping* descritte in letteratura sono di due tipi: *problem-oriented* ed *emotion-focused*. Questo studio, finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dal Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN, si è proposto di valutare le strategie di *coping* in un campione di familiari, conviventi di pazienti affetti da disturbo bipolare tipo I.

Sono stati invitati a partecipare 11 CSM sull'intero territorio nazionale, in cui sono stati reclutati 152 familiari di utenti con disturbo bipolare tipo I. Le strategie di *coping* sono state valutate attraverso l'utilizzo del Questionario sui Comportamenti Familiari (QCF), da parte di operatori adeguatamente formati al suo utilizzo.

Il campione è composto prevalentemente da pazienti di sesso femminile (59%), con un'età media di $52 (\pm 13,4)$ anni, conviventi da $26 (\pm 12,2)$ anni con il paziente. Le strategie pratiche più frequentemente messe in atto dai familiari sono la comunicazione positiva ($3,1 \pm 0,5$), il coinvolgimento sociale del paziente ($3,0 \pm 0,7$), e la ricerca di informazioni sulla malattia di cui soffre il paziente ($2,4 \pm 1,5$). Tra le strategie di *coping emotion-focused* prevalgono la collusione ($2,1 \pm 0,4$), i comportamenti coercitivi ($2,2 \pm 0,4$) e la ricerca di aiuto spirituale ($2,0 \pm 1,1$).

I familiari dei pazienti con disturbo bipolare di tipo I spesso assumono comportamenti sbagliati nei confronti della patologia del proprio congiunto. Sulla base di questi dati il Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Napoli SUN ha promosso uno studio per diffondere un intervento psicoeducativo familiare, al fine di migliorare l'ambiente di vita dei pazienti con disturbo bipolare tipo I.

P225. Determinazione dell'esordio e della latenza ai trattamenti nei disturbi psichiatrici attraverso la somministrazione del Questionario per l'Esordio Psicopatologico e la Latenza al trattamento (POLQ)

B. Dell'Osso¹, M. Palazzo¹, D. Primavera², N. D'Urso³, C. Arici¹, B. Penzo¹, C. Dobrea¹, L. Oldani¹, A. Tiseo¹, E. Nahum Sembira¹, F. Colombo¹, G. Camuri¹, B. Benatti¹, M. Serati¹, S. Zanoni¹, F. Castellano², L. Lietti¹, B. Carpiello², A.C. Altamura¹

¹ Università di Milano; Fondazione IRRCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento di Psichiatria, Milano; ² Dipartimento di Psichiatria, Dipartimento di Salute Pubblica, Università di Cagliari; ³ Dipartimento di Psichiatria, Ospedale "San Gerardo", Monza

Introduzione: in letteratura esistono pochi studi sull'esordio psicopatologico e la latenza al trattamento farmacologico nei disturbi psichiatrici ^{1 2} inoltre non è disponibile una scala psicometrica per l'assessment di queste variabili. Per tale motivo

abbiamo sviluppato il *Psychopathological Onset and Latency to Treatment Questionnaire* (POLQ), un questionario di rapida esecuzione (10'), incentrato sull'esordio psicopatologico (età, tipo, eventi stressanti, etc) e il primo trattamento (latenza alle terapie, tipo di primo contatto, ecc.)³.

Metodi: il questionario è stato somministrato a 265 pazienti affetti da qualsiasi diagnosi psichiatrica. Sono state effettuate analisi statistiche tramite SPSS.

Risultati: il campione ha mostrato le seguenti variabili demografiche: età (48 ± 15anni); occupazione (17%disoccupati), familiarità (54%). Le variabili cliniche comprendevano: età all'esordio (30,66 ± 15 anni); età alla prima diagnosi (36 ± 19 anni), età al primo trattamento farmacologico (35 ± 14 anni). I sintomi più comuni osservati all'esordio sono risultati essere quelli relativi allo spettro d'ansia 41,2%, spettro dell'umore 24,5% o entrambi 25,3%. Eventi di vita stressanti si sono verificati nel 63% dei pazienti (problemi familiari 12,1%; problemi lavorativi 11,3%, lutto o fine relazione nel 16,6% complessivamente); tipo di prima diagnosi (episodio depressivo, 26,8%, disturbo bipolare 13,6% disturbo d'ansia 11,7%; latenza media alla prima visita 34 mesi (scarso insight 23%, resistenza personale 12,8%). Nel 76,2% il primo contatto con un clinico è stato uno psichiatra o nel 15,8% uno psicologo; il 78,1% è stato trattato con farmaci come primo trattamento, 11,7% invece ha fatto psicoterapia, il 7,2% entrambe. Le terapie prescritte (escluse le benzodiazepine) sono state: antidepressivi 49,4%, antipsicotici 23%, stabilizzanti 6%. La durata media del primo trattamento è stata 23 mesi con un range da meno di 4 settimane a 360 mesi, le cause di discontinuazione sono state la mancanza di efficacia nel 23,8% dei casi oppure la remissione completa 21,9%. Il 10,2% dei pazienti ha avuto effetti collaterali, mentre il 14,7% sta ancora seguendo il primo trattamento.

Conclusioni: POLQ è risultato essere uno strumento utile e attendibile nella raccolta di informazioni sull'esordio e la latenza al trattamento.

Bibliografia

- Altamura AC, Buoli M, Albano A, et al. Age at onset and latency to treatment (duration of untreated illness) in patients with mood and anxiety disorders: a naturalistic study. *Int Clin Psychopharmacol* 2010;25:172-9.
- Becharad-Evans L, Schmitz N, Abadi S, et al. Determinants of help-seeking and system related components of delay in the treatment of first-episode psychosis. *Schizophrenia Res* 2007;96:206-14.
- Dell'Oso B, Palazzo MC, Arici C, et al. Sviluppo di un questionario per la valutazione dell'esordio psicopatologico e della latenza ai trattamenti (QEP-LAT). Presented at the XV National Congress of the Società Italiana di Psicopatologia (SOPSI) 2011, Rome 15-19 February 2011.

P226. La Wellbeing Therapy: un intervento sulla salute mentale. Studio sperimentale su un campione di popolazione

C. Fanara, D. Giacco, A. D'Ambrosio

Seconda Università di Napoli, Dipartimento di Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, Audiofonia e Dermatovenereologia, Napoli

La WBT origina dalla psicologia positiva per potenziare le capacità per raggiungere un maggior benessere attraverso:

- riduzione dell'ansia, dello stress, della solitudine, della paura, della tristezza e dei relativi sintomi fisici;
- aumento della capacità di gestire le sfide della vita e di perseguire i propri obiettivi; migliorando l'autostima e la consapevolezza di sé;
- miglioramento delle abilità di comunicazione, di *problem solving*, modificando le proprie convinzioni limitanti e i modelli di comportamento automatici.

Metodi: sperimentazione su due gruppi di soggetti (N = 35) per un progetto di promozione del benessere (6 incontri, uni-settimanali).

Valutazioni:

- prima dell'inizio della terapia, alla conclusione e dopo tre mesi;
- utilizzando le seguenti scale: RAS, HRS-A, PWB, SCL-90-R, SF-36;
- per l'analisi statistica: l'ANOVA T TEST e il T-TEST.

Risultati: risultati significativi nelle varie dimensioni del benessere: autonomia, padronanza ambientale, crescita personale, relazioni positive con gli altri, scopo vita, auto-accettazione; migliorava notevolmente il livello di ansia (HRS-A).

Dopo tre mesi si è avuto un ulteriore progresso che si è esteso anche ad altre dimensioni: RAS; SCL-90; *General Index Severity*.

Conclusioni: la *Well-Being Therapy* può essere una utile e maneggevole strategia riabilitativa, utilizzabile nel pre o post intervento in varie patologie psichiatriche.

Bibliografia

- Andrews FM, et al. *Measures of subjective well-being. In measures of personality and social psychological attitudes*. Vol. I. New York: Academic Press 1991.
- Fava GA. *Well-being therapy. Conceptual and technical issues*. *Psychoter Psychosom* 1999;68:171-9.
- Fava GA, et al. *Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders*. *Psychol Med* 1998;28:475-80.

P227. Evoluzione di tratti Alessitimici, sintomi depressivi e personalità in un campione non clinico di adolescenti. Uno studio longitudinale

M. Farano¹, G. Sepede¹, R. Santacroce¹, R. Santoro¹, S. Marini¹, R. Mangifesta², E. Ballone², G. Martinotti¹, R.M. Salerno¹

¹ Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Imaging, ² Dipartimento di Scienze Biomediche, Università "G. D'Annunzio" di Chieti

Introduzione: questo lavoro si propone di valutare la presenza, l'andamento temporale e le eventuali correlazioni tra alessitimia, depressione, aspetti temperamentalmente e caratteriali, in un campione di adolescenti sani.

Metodi: 215 studenti appartenenti alle prime due classi di una scuola tecnica superiore di Pescara hanno compilato, all'inizio e alla fine dell'anno scolastico:

- *Toronto Alexythmia Scale* (TAS-20), per la valutazione dei tratti alessitimici;
- *Beck Depression Inventory* (BDI), per la valutazione delle componenti depressive;
- *Temperament and Character Inventory* (TCI), per la valutazione di tratti temperamentalmente e caratteriali della personalità.

Risultati: i punteggi BDI e TAS-20 sono rimasti stabili nel tempo. Per il TCI, abbiamo trovato un incremento significativo in due componenti del Carattere: Autodirezionalità (SD) e Cooperatività (C). Abbiamo osservato una correlazione positiva tra BDI e TAS 20, una correlazione negativa tra BDI e SD e tra TAS-20 e SD.

Conclusioni: nel campione di adolescenti da noi analizzato, abbiamo osservato una relativa stabilità dei livelli di alestitimia e dei sintomi depressivi. Abbiamo osservato un miglioramento delle capacità di autodirezionalità e cooperatività. La componente autodirezionalità appare un elemento protettivo, poiché è associato a valori più bassi di sintomatologia depressiva.

P228. Correlati neurali dell'inibizione della risposta motoria: uno studio event-related

F. Ferrante¹, P. Taurisano¹, T. Quarto¹, L. Fazio¹, G. Punzi^{1,2}, L. Lo Bianco¹, A. Papazacharias¹, B. Gelao¹, M. Mancini¹, A. Di Giorgio¹, G. Blasi¹, A. Bertolino¹

¹ Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, ² Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, DiMIMP, Università di Bari "Aldo Moro"

L'inibizione della risposta coinvolge le cortece prefrontali (PFC), premotorie e motorie coinvolte nella preparazione ed esecuzione della risposta; il cingolo, coinvolto nel monitoraggio del conflitto attentivo; e lo striato, coinvolto nel controllo della risposta motoria. Questo meccanismo inoltre è legato a livello neuropsicologico al costrutto di impulsività.

Obiettivo dello studio è quello di indagare i correlati neurali del meccanismo di inibizione, utilizzando un compito neuropsicologico ad eventi in fMRI.

Sono stati studiati 10 soggetti sani (4M, età = 27,5 ± 4,5).

Il compito è composto da 130 stimoli GO (X) e 43 stimoli NOGO (K), in modo da favorire una tendenza impulsiva alla risposta. Inoltre è stata somministrata la BIS-11 per valutare l'impulsività. Sono state effettuate un'ANOVA a misure ripetute e delle correlazioni di Pearson fra i punteggi della BIS-11 e il segnale BOLD. L'ANOVA mostra un network di attività, relativo agli stimoli NOGO, che comprende aree motorie (BA6/8), aree prefrontali (BA9) e cingolo anteriore (BA32), $p < ,005$. L'attività in caudato emerge solo a soglie statistiche più deboli ($p < ,05$).

La correlazione fra segnale BOLD in BA6/8 e la scala di impulsività totale dimostra un trend di correlazione negativa ($p = ,08$ $r = -,61$), laddove i soggetti con più alti punteggi attivano meno. Da questi dati preliminari emerge quindi il coinvolgimento di un network di attività coerente con i dati riportati in letteratura e il suo legame con il costrutto di impulsività.

P229. I pazienti all'esordio psicotico con storia di uso di cannabis hanno un QI premorbo normale

L. Ferraro^{1,2}, M. Di Forti^{1,2}, M. Russo², B. Wiffen², J. O'Connor², M.A. Falcone², S. Bonaccorso², P. Dazzan², V. Mondelli², H. Sallis², A. Mule^{1,2}, C. La Cascia², D. La Barbera², C. Morgan¹, A. David¹, A. Reichenberg¹, R.M. Murray¹

¹ King's College, London; ² Università di Palermo

Introduzione: l'uso di cannabis è altamente diffuso tra le persone con schizofrenia e, accanto ad un pattern cognitivo deficitario, aumenta il rischio di esordio (FEP). Molti studi riportano come l'uso di cannabis *lifetime* sia il predittore più forte di una

performance cognitiva migliore nei pazienti psicotici. Questo studio caso/controllo ha osservato, in un gruppo FEP, l'associazione tra uso di cannabis, QI attuale e premorbo.

Metodi: i dati provengono dal GAP study-South London and Maudsley Mental Health NHS Foundation Trust. 279 soggetti: 119 FEP (29,6 ± 8,5 anni; 70% maschi) e 160 controlli sani (29,6 ± 10,8 anni; 52% maschi), hanno completato una batteria neuropsicologica in grado di misurare il QI attuale (WAIS-III, short version) e pre-morbo (WTAR), e un questionario (Cannabis Experience Questionnaire) indagante l'uso di cannabis e altre droghe.

Risultati: i pazienti con uso di cannabis *lifetime* avevano un QI attuale ($p = ,001$) e premorbo ($p = ,011$) significativamente più alti di chi non aveva mai usato cannabis *lifetime*, mentre non c'erano differenze nel campione di controllo. Non c'erano differenze significative tra casi e controlli in chi aveva usato solo cannabis *lifetime*, nel QI pre-morbo ($p = ,284$).

Conclusioni: i nostri risultati confermano la relazione tra un funzionamento cognitivo superiore e uso di cannabis *lifetime*. Suggestiscono, inoltre, che questa relazione possa essere letta in direzione di un migliore e pre-esistente funzionamento cognitivo.

Bibliografia

Di Forti M, et al. High-potency cannabis and the risk of psychosis. Br J Psychiatry 2009;195:488-91.

Rabin RA, et al. The effects of cannabis use on neurocognition in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophr Res 2011;128:111-6.

P230. Effetti della scrittura espressiva positiva: relazioni col locus of control

G.M. Festa, I. S. Lancia, L. Janiri

Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Introduzione: la cornice teorica all'interno della quale si articola il presente studio è quella della "psicologia positiva", sviluppata alla fine degli anni Ottanta negli Stati Uniti come corrente scientifica interessata all'analisi di quegli assetti di personalità e di quelle metodologie applicative in grado di favorire stati di benessere psichico.

In tale contesto gli studi sulla scrittura emozionale espressiva, affrontando tematiche relative ad esperienze stressanti o traumatiche, hanno costituito una tecnica originale e innovativa nella promozione della salute psicologica e fisiologica. Più recentemente un nuovo filone di ricerca sta concentrando la propria attenzione sulla trattazione in forma scritta di contenuti a connotazione positiva per verificare la possibilità di indurre cambiamenti di carattere salutogenetico mediante tale metodica clinico-sperimentale.

Nello specifico questa ricerca, ancora in corso, si propone l'obiettivo di analizzare gli effetti della scrittura espressiva positiva ed eventuali differenze di risposta, in base al costrutto del locus of control, a seguito dell'applicazione del trattamento.

Metodi: il campione sperimentale è composto da 10 individui di età compresa tra i 18 e i 65 anni ($M = 45$; $DS = 6,86$), di genere maschile ($N = 2$) e femminile ($N = 8$), appartenenti alla classe socio-economica media. I soggetti sperimentali sono tutti individui che non mostrano sofferenze né di tipo psichico né di tipo medico. Essi hanno partecipato volontariamente all'esperimento e il loro compito è consistito nello scrivere per

3 giorni consecutivi e per 20 minuti quotidiani sulla propria esperienza di vita più gratificante.

Per analizzare gli effetti derivanti dal possedere un *locus of control* interno o esterno in relazione all'esperienza della scrittura espressiva sui diversi parametri di natura psicologica sondati è stata effettuata l'analisi della varianza (ANOVA a 2 vie per misure ripetute). Le ipotesi specifiche sono state successivamente analizzate attraverso la verifica dei *test post-hoc* (*Test LSD*). L'analisi statistica dei dati è stata effettuata attraverso il software STATISTICA per Windows versione 5.

I *test* psicologici – POMS (*Profile of Mood States*) e *test Locus of Control* di Rotter – sono stati somministrati subito prima la sessione iniziale di scrittura, dopo la terza e dopo una settimana dalla fine dell'esperimento.

Risultati: tramite il *test post-hoc* si è evidenziato per il fattore D (depressione) del POMS un calo significativo di tale parametro nel gruppo con *locus of control* esterno nel confronto fra il livello basale e il *follow-up* a 7 giorni (13,30 vs. 8,17; $p < 0,05$). Per la variabile psicologica S (Stanchezza) si è registrato un calo significativo e progressivo, nel gruppo *locus of control* esterno, di tale fattore sia nella rilevazione a 3 giorni (9,83 vs. 7,50; $p < 0,05$) sia in quella a 7 giorni (9,83 vs. 6,50; $p < 0,005$).

Conclusioni: i dati iniziali del presente studio, tuttora in corso, sembrano suggerire un effetto maggiormente incisivo della scrittura espressiva positiva per quei soggetti che posseggono un *locus of control* esterno. Tale dato si è manifestato in modo evidente per ciò che attiene diversi parametri del tono dell'umore e in specifico per la depressione e la stanchezza. Ovvero gli individui con *locus* esterno del campione oggetto di studio dimostrano, a seguito del trattamento, di sperimentare sensazioni di maggiore serenità e integrità emotiva ma anche la percezione di un incremento delle proprie energie psichiche e fisiche. È ipotizzabile che tale risposta sia dovuta alle caratteristiche di personalità di tali soggetti che necessitano di un ausilio "esterno" per l'utilizzo e l'interiorizzazione dei loro vissuti in relazione ad eventi di vita gratificanti. Probabilmente gli individui con *locus* interno hanno minor bisogno della tecnica espressiva in quanto posseggono un maggior senso del controllo sulle dinamiche affettive legate al processamento di eventi di vita quotidiani. Il proseguimento della ricerca chiarirà se tale andamento si manterrà in modo costante con l'ampliamento del campione.

Bibliografia

- Diener E. *Subjective well-being*. Psychol Bull 1984;95:542-75.
- King LA, Richards JH, Stemmerich E. *Daily goals, life goals, and worst fears: means, ends, and subjective well-being*. J Pers 1998;66:713-44.
- Pennebaker JW, Seagal J. *Forming a story: The health benefits of narrative*. J Clin Psychology 1999;55:1243-54.
- Rotter JB. *Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement*. J Consult Clin Psychol 1975;43:56-67.

P231. La promozione del benessere attraverso la scrittura espressiva e l'EMDR: un'analisi comparativa

G.M. Festa, M. Ciarrocchi, L. Janiri

Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Introduzione: una delle aree più recenti della psicologia sta dedicando i propri sforzi nell'identificazione di costrutti in

grado di fronteggiare con adeguate risorse i fenomeni di *stress* e in grado di garantire lo sviluppo di processi salutogenetici. All'interno di questa matrice teorica si inserisce l'implementazione di quelle metodologie dedicate in modo specifico alla promozione di "parti sane".

Questo studio, tuttora in corso, si propone di applicare e verificare gli effetti della tecnica di scrittura espressiva e dell'EMDR attraverso la focalizzazione su esperienze di "buon funzionamento". Nel primo caso i soggetti hanno trattato in forma scritta ripetutamente l'esperienza più gratificante della loro vita, mentre nel secondo caso il compito sperimentale è consistito nel richiamo di un ricordo relativo ad una situazione positiva seguito da stimolazioni bilaterali in base alla metodica dell'EMDR. L'efficacia dei protocolli EMDR utilizzati come tecniche di sviluppo e installazione di risorse positive secondo alcuni autori possono favorire la creazione o la stabilizzazione di cognizioni positive sul Sé, aiutando a sperimentare emozioni positive e benessere psicofisico. Allo stesso modo una nuova corrente di ricerche nell'area della scrittura espressiva sostiene che scrivere su esperienze intensamente positive, può facilitare l'elevazione del tono dell'umore e favorire un miglioramento del benessere psico-fisico percepito.

Metodi: il campione è costituito da 15 soggetti (5 maschi; 10 femmine) in salute, con un'età media pari a 31,93 (*range* = 28-40 anni). I 2 gruppi sperimentali (Gruppo EMDR e Gruppo Scrittura espressiva) e il gruppo di controllo (Scrittura neutra) sono stati formati con modalità random e risultano bilanciati per età.

I *test* psicologici somministrati sono: il POMS (*Profile of Mood State*) e il RSES (*Rosenberg Self-Esteem Scale*). I reattivi mentali sono stati somministrati in fase basale, in un *follow-up* a 3 giorni e in un ulteriore *follow-up* a 10 giorni.

Per analizzare gli effetti della scrittura espressiva e dell'EMDR, in relazione ai diversi parametri psicologici considerati, fra i gruppi (Gruppi Sperimentali vs. Gruppo di Controllo) e nei tre differenti tempi (base-line, 3 giorni, 10 giorni), le variabili sono state analizzate attraverso l'analisi della varianza (ANOVA per misure ripetute a 2 vie). Le ipotesi specifiche sono state successivamente analizzate attraverso la verifica dei *test post-hoc* (*Test LSD*).

Risultati: per quanto riguarda gli effetti misurati attraverso il POMS si registrano i valori indicati di seguito. Per la sottoscala "Tensione-Ansità" si assiste ad un decremento significativo unicamente nel gruppo sperimentale della scrittura espressiva sia nella rilevazione a 3 giorni (8,00 vs. 3,40; $p < 0,01$) sia in quella a 10 giorni (8,00 vs. 3,60 $p < 0,05$).

Per la variabile "Depressione" si registra un calo significativo nel gruppo scrittura espressiva nel confronto fra il livello basale e il *follow-up* a 10 giorni (4,20 vs. 1,40 $p < 0,05$).

Per la variabile "Aggressività" si osserva un decremento significativo, ancora una volta, nel gruppo della scrittura espressiva, fra il livello basale e la rilevazione a 3 giorni (9,00 vs. 1,60 $p < 0,05$).

Relativamente all'analisi dei risultati emersi dalla somministrazione del RSES, si osserva un aumento di tale valore nel gruppo EMDR dopo 3 giorni (35,80 vs. 38,00 $p < 0,05$). Si registra, inoltre, un aumento ancor più rilevante di tale indicatore anche nel gruppo della scrittura espressiva sia nella misurazione dopo 3 giorni (34,20 vs. 36,80 $p < 0,01$) sia in quella dopo 10 giorni (34,20 vs. 36,80 $p < 0,01$).

Conclusioni: questo studio pilota evidenzia la capacità della scrittura espressiva positiva nel favorire un miglior adattamento per ciò che attiene diversi indicatori dell'umore misurati attraverso il *test* POMS. La metodologia in oggetto si dimostra,

inoltre, in grado di promuovere l'accrescimento di sentimenti legati all'autostima, come risulta dall'indicatore RSES.

L'applicazione della tecnica EMDR non si è dimostrata altrettanto incisiva nel promuovere la crescita di quelle parti sane inerenti alle emozioni "tensione", "depressione" e "aggressività". Si registra, in ogni caso, un aumento transitorio e nel breve termine (dopo 3 giorni) di sensazioni cognitive legate a una miglior soddisfazione delle proprie capacità operative legate all'autostima.

Bibliografia

Burton CM, King LA. *The health benefits of writing about intensely positive experiences*. Journal of Research in Personality 2004;38:150-63.

Foster S. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Four case studies of a new tool for executive coaching and restoring employee performance after setbacks*. Consult Psychol J Pract Res 1996;48:155-61.

Pennebaker JW, Seagal JD. *Forming a story: the health benefits of narrative*. J Clin Psychology 1999;55:1243-54.

Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press 1995.

P232. Analisi delle risposte psicologiche a seguito dell'applicazione di un trattamento di scrittura emozionale positiva

G.M. Festa, F. Gervasoni, L. Janiri

Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Introduzione: la scrittura su eventi positivi della propria vita è l'ultima innovazione introdotta al paradigma classico della scrittura espressiva sviluppato da James Pennebaker. L'interesse per tale tecnica deriva dalla possibilità di rinforzare e implementare stati di benessere, attraverso la trattazione in forma scritta di eventi reali o immaginati a connotazione positiva, nei soggetti che vi si sottopongono. L'oggetto dello studio presentato, e in fase di ampliamento del campione, consiste nel verificare e analizzare le risposte dell'umore a seguito dell'applicazione di tale metodica espressiva in un gruppo di soggetti in salute.

Metodi: il campione è costituito da 35 soggetti (11 maschi e 24 femmine) con un'età media di 36 anni. Si sono costituiti con modalità random 2 gruppi: uno sperimentale e uno di controllo che hanno affrontato per 3 giorni consecutivi argomenti distinti. Il primo gruppo ha scritto per 20 minuti al giorno sull'esperienza più gratificante della propria vita, mentre il secondo ha descritto, sempre per la stessa durata temporale del gruppo sperimentale, un argomento a bassa connotazione emozionale. Si sono attuate tre somministrazioni (*baseline*, *follow-up* a 3 giorni e *follow-up* a 10 giorni) del reattivo mentale POMS (*Profile of Mood States*) su tutti i soggetti.

Per analizzare gli effetti della scrittura emozionale espressiva, in relazione ai diversi parametri considerati, fra i gruppi (Gruppo Sperimentale vs. Gruppo di Controllo) e nei tre differenti tempi (base-line, 3 giorni, 10 giorni), le variabili sono state analizzate attraverso l'analisi della varianza (ANOVA a 2 vie per misure ripetute).

Le ipotesi specifiche sono state successivamente analizzate attraverso la verifica dei *test post-hoc* (*Test LSD*).

L'analisi statistica dei dati è stata effettuata attraverso il software STATISTICA per Windows versione 5.1.

Risultati: i dati significativi, dal punto di vista statistico, sulle variabili derivate dal POMS sono di seguito descritti sinteticamente. Rispetto alla variabile confusione (Fattore C) si registra un decremento significativo dei valori di tale parametro psichico (7,44 vs. 5,23 $p < 0,05$ e 7,44 vs. 5,00 $p < 0,01$) nei soggetti del gruppo sperimentale (a 3 giorni e a 10 giorni). Nel gruppo sperimentale rispetto alla variabile stanchezza (fattore S) si assiste a una diminuzione significativa nel controllo a 3 giorni e a 10 giorni rispetto all'assetto basale (5,94 vs. 3,88; $p < 0,05$). Risulta pure significativo il confronto fra gruppi e nello specifico i valori registrati nel controllo a 3 giorni e a 10 giorni sono significativamente più bassi nel gruppo sperimentale rispetto ai valori della fase basale del gruppo di controllo (5,80 vs. 3,88 $p < 0,05$).

Conclusioni: i dati provenienti da questo studio dimostrano come scrivere su argomenti relativi a esperienze positive passate produca effetti di potenziamento della salute psichica su diversi parametri. È probabile che l'indirizzamento dell'attenzione e il richiamo di ricordi di "buon funzionamento" abbia un ruolo importante nella modulazione emozionale producendo miglioramenti nella *performance* psichica. Nello specifico abbiamo registrato un miglioramento a livello cognitivo per quelle sensazioni che attengono alla chiarezza e linearità del pensiero. Si è, inoltre, potuto constatare una diminuzione di sentimenti di stanchezza psico-fisica e noia.

Bibliografia

Burton CM, King LA. *Effects of (very) brief writing on health: the two-minute miracle*. Br J Health Psychol 2008;13:9-14.

King LA. *The health benefits of writing about life goals*. Pers Soc Psychol Bull 2001;27:798-807.

Lepore S, Smyth J. *The writing cure: how expressive writing promotes health and emotional well-being*. Washington, DC: American Psychological Association press 2002.

Pennebaker JW, Seagal JD. *Forming a story: the health benefits of narrative*. J Clin Psychology 1999;55:1243-54.

P233. L'Italia partner del progetto UE "HEALTH25": il ruolo del centro adolescenti

G. Francesconi¹, E. Arimatea²

¹ *Clinica di Psichiatria, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Sezione di Neuroscienze Cliniche, Università Politecnica delle Marche;* ² *Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile, DSM Zona 7, Ancona*

Introduzione: *Health 2 you in 5 countries "Health25"* è un progetto pilota co-finanziato dalla UE finalizzato alla promozione della salute degli adolescenti "NEET" (*Not in Education, Employment or Training*) costituenti il *Target Group*. Obiettivo del progetto è stimolare i giovani del *Target Group* a stili di vita e livelli di salute superiori.

Metodi: Periodo: Feb11-Gen14.

Partners: Italia, Danimarca, Austria, Francia, Inghilterra. Il progetto è suddiviso in 8 *Work Package* (WP). L'Italia è *leader* del WP4 (Ricerca in letteratura e indagine sul campo).

Oggetto: N = adolescenti (16-20) NEET. Tutti i soggetti vengono sottoposti al MQOP (Mini Questionario sull'Organizzazione Personale) secondo l'approccio evolutivo-adattivo Post Razionalista.

Risultati: ci si attende di evidenziare gli aspetti psicopatologici

e non caratterizzanti la condizione NEET in relazione alla soggettività della Organizzazione di Significato Personale (OSP).

Conclusioni: l'MQOP è un test valido per l'individuazione degli stili di personalità (OSP) che predispongono alla condizione NEET e dei soggetti più predisposti ad aderire ai Programmi di Salute UE.

Bibliografia

Giovannini E. *Rapporto annuale Istat: la situazione del Paese nel 2010*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica 2011.

Nardi B, Arimatea E, Giovagnoli S, et al. *The mini questionnaire of personal organization (MQPO): preliminary validation of a new post-rationalist personality questionnaire*. Clin Psychol Psychother 2011.

P234. Valutazione dell'empowerment nei percorsi integrati di riabilitazione psichiatrica in uno studio caso-controllo

A. Francomano, M. La Placa, V. Di Giorgio, M. Dazzo, M. Messina, C. Auteri, F. Sciortino, A. Meli, T. Guarneri, D. La Barbera

Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Sezione Psichiatria, Università di Palermo

Introduzione: lo studio dell'empowerment individuale e grup-ale ha motivato la strutturazione di uno strumento di valutazione delle aree di intervento lungo le dimensioni (*self-efficacy*, partecipazione/coinvolgimento, progresso/autonomia). Lo strumento è stato somministrato ad un gruppo di 23 soggetti affetti da disturbo schizofrenico denominato "Albatros" costituito presso la UO di Psichiatria dell'AUOP di Palermo e fruente di percorsi terapeutici riabilitativi multidisciplinari, confrontato con un gruppo di controllo di soggetti psicotici in esclusivo trattamento farmacoterapico.

Materiali e metodi: lo strumento permette la valutazione dei livelli di *empowerment* raggiunti tramite l'utilizzo di schede di ricognizione compilate da operatori esterni al gruppo. Step del processo: 1) identificazione e articolazione delle dimensioni da analizzare; 2) elaborazione delle schede di ricognizione da parte dell'équipe multiprofessionale; 3) raccolta dati; 4) valutazione dell'efficacia dello strumento in un intervallo di tempo semestrale in tre rilevazioni.

Conclusioni: i dati ad oggi raccolti ed elaborati raffrontati gli utenti del gruppo con i controlli, lungo le dimensioni analizzate, permettono il monitoraggio e la gestione dei punti di forza e di debolezza dei percorsi riabilitativi. Le risultanze assumono una valenza pro-attiva per la modulazione degli interventi e dei progetti, mentre la progettazione e l'uso di uno specifico strumento valutativo favorisce l'identità del gruppo di lavoro limitando i rischi di autoreferenzialità.

Bibliografia

Piccardo C. *Empowerment – Strategie di sviluppo organizzativo centrata sulla persona*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2005.

La Barbera D, Francomano A, La Cascia C. *Cento fiori nel giardino – Apporti teorici, interventi terapeutici e nuove prospettive nella riabilitazione psicosociale*. Milano: Franco Angeli 2007.

Barone R, Bellia V, Bruschetta S. *Psichiatria di Comunità*. Roma: Franco Angeli 2011.

P235. Modulazione di meccanismi neuroplastici nel cervello di ratto dopo trattamento cronico con aripiprazolo

F. Fumagalli, A. Luoni, G. Cazzaniga, G. Racagni, M.A. Riva
Center of Neuropharmacology, Department of Pharmacological Sciences, Università di Milano

Anche se l'attività terapeutica dei farmaci antipsicotici (APDs) dipende dall'interazione con specifici recettori, è ormai ampiamente dimostrato che meccanismi neuro-adattativi che si instaurano durante il trattamento antipsicotico contribuiscono in modo rilevante alla stabilizzazione a lungo termine e al recupero funzionale del paziente.

Nel nostro studio abbiamo pertanto analizzato l'espressione di alcuni geni che giocano un ruolo importante nella neuroplasticità dopo trattamento cronico con l'antipsicotico aripiprazolo (ARP).

I nostri risultati dimostrano che tale trattamento determina, in condizioni basali, un significativo incremento dell'espressione per la neurotrofina BDNF nell'ippocampo ventrale. Quando gli animali trattati cronicamente con ARP sono stati esposti ad un stress acuto, al fine di valutarne la risposta funzionale in una situazione avversa, abbiamo osservato che i ratti pretrattati con ARP mostravano un significativo incremento dell'espressione di BDNF in corteccia prefrontale, a suggerire che il trattamento cronico con ARP esercita un ruolo facilitatorio sulla responsività di BDNF. Inoltre anche l'espressione di due geni precoci (*early-inducible*), quali c-fos e Arc, risulta significativamente incrementata in corteccia prefrontale dopo trattamento cronico con ARP. Questi dati suggeriscono che gli effetti prodotti dal trattamento cronico con ARP, soprattutto a livello della corteccia prefrontale, potrebbe contribuire al miglioramento di funzioni che sono alterate nei pazienti schizofrenici o affetti da disturbo bipolare. Questo studio è stato finanziato da Bristol Myers Squibb Italy.

P236. Borderline intellectual functioning e psicopatologia

D. Galletta, M. D'Addio, S. De Simone, A. Mastrola, G. Sica, M.M. Cozzolino, C. Sarappa, M. Casiello

Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Psichiatrica, Università "Federico II" di Napoli

Si definisce *borderline intellectual functioning* (BIF) un quoziente intellettivo (QI) compreso tra 71 e 84 (DSM-IV-TR). Il gruppo di soggetti che rientra in questa condizione clinica, pur funzionando ad un livello più elevato del ritardo mentale lieve, presenta problemi sul piano dell'adattamento quotidiano, lavorativo e scolastico. L'alta prevalenza del BIF, circa il 13,6% della popolazione USA, e il suo possibile significato ha attivato un dibattito sulla sua collocazione all'interno del DSM-V.

Il BIF è considerato un fattore di rischio per lo sviluppo e il decorso meno favorevole di un ampio spettro di disturbi neuropsichiatrici; frequente nei pazienti dello spettro autistico e psicotico è apparso correlato anche con i disturbi di personalità.

Tra il 2007 e il 2011 sono stati valutati presso la nostra struttura, con la WAIS-R e con la scala di valutazione funzionale globale (GAF), 44 pazienti (26 maschi e 18 femmine) di età compresa tra 16 e 45 anni, con QI compreso fra 71 e 84, così distribuiti: 20 con disturbo di personalità schizoide (45,4%), 14 con disturbo di personalità *borderline* (DPB) (31,8), e 10 con disturbo psicotico (DP) (22,7%). Il gruppo di controllo non BIF è costituito da 17 soggetti con DPB; 11 con DP e 7 con disturbo di

personalità schizoide. Sono stati considerati: età, sesso, scolarità, psicopatologia, età di esordio della psicopatologia, deterioramento mentale, mancino, abuso di sostanze, trattamento terapeutico, lavoro e stato civile.

Sono stati individuati alla WAIS-R 4 fattori, caratterizzanti i seguenti domini cognitivi: F1 livelli di cultura generale e fluency verbale; F2 concettualizzazione e semantica; F3 attenzione; F4 coordinazione motoria e visuospatiale. Maggiormente compromesso nei BIF appare il fattore F3 per i DPB, e il fattore F4 nei DP. Si evidenzia una compromissione cognitiva diversificata nei singoli domini.

Tutte le variabili cliniche esaminate risultano significativamente compromesse rispetto al gruppo di controllo. Pertanto, il BIF si conferma come fattore di rischio associato ad *outcome* meno favorevoli.

P237. Livelli di coercizione percepita nei pazienti ricoverati in psichiatria: effetti sull'esito e sull'utilizzo dei servizi

D. Giacco, C. De Rosa, V. Del Vecchio, M. Luciano, L. Del Gaudio, V. Prisco, G. Sampogna, A. Fiorillo
Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

La coercizione percepita dai pazienti ricoverati nei reparti psichiatrici rappresenta un tema controverso, dibattuto e di grande attualità, in cui coesistono problematiche di carattere clinico e medico-legale. In letteratura sono disponibili pochi dati sulle conseguenze a breve e lungo termine della coercizione percepita da parte dai pazienti al momento del ricovero, e gli studi effettuati su questo argomento hanno fornito risultati contrastanti. Questo studio, svolto nell'ambito del progetto EUNOMIA sulla valutazione delle misure coercitive in psichiatria in 12 Paesi europei (Bulgaria, Germania, Grecia, Inghilterra, Israele, Italia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Spagna, Svezia), ha inteso valutare: a) la coercizione percepita dai pazienti ricoverati in 5 SPDC italiani; b) l'effetto sulle principali misure di esito della coercizione percepita al momento del ricovero.

Sono stati reclutati consecutivamente, nel periodo compreso tra Settembre 2003 e Dicembre 2005, 294 pazienti ricoverati in TSV (n = 165) e in TSO (n = 129) presso 5 SPDC della Regione Campania (Napoli, Salerno, Nocera Inferiore, Sant'Angelo dei Lombardi, Polla). Il 53% dei pazienti era di sesso maschile, con un'età media di 40 ($\pm 10,5$) anni, single (75%), e con almeno un ricovero precedente in SPDC (70%). I livelli di coercizione percepita, valutati con la *McArthur Perceived Coercion Scale*, erano piuttosto elevati (4,0 \pm 0,9 su un totale di 5). Per quanto riguarda i pazienti ricoverati in TSV, il 45% ha riferito che la decisione relativa al ricovero era stata presa da altre persone e il 40% non era d'accordo con tale decisione.

A tre mesi, i pazienti con più alti livelli di coercizione percepita avevano avuto un maggior numero di riospedalizzazioni, meno contatti con i servizi di salute mentale territoriali e riportavano un'opinione negativa sulla necessità del ricovero e sull'appropriatezza dei trattamenti ricevuti.

Questi risultati sottolineano gli effetti negativi della coercizione percepita durante i ricoveri ospedalieri sull'esito dei pazienti e sull'utilizzo dei servizi di salute mentale dopo le dimissioni. L'introduzione nella pratica clinica di modelli di *clinical decision making* volti a favorire una partecipazione attiva dei pazienti alle decisioni cliniche potrebbe migliorare l'aderenza degli utenti ai trattamenti e il loro rapporto con i servizi di salute mentale.

P238. Interazione tra variazione genetica e stimolazione farmacologica dei recettori D2 sull'attività prefrontale durante un compito di working memory

A. Incampo, L. Fazio, B. Gelao, V. Petrerà, P. Taurisano, M. Mancini, A. Porcelli, T. Quarto, R. Romano, G. Ursini, A. Rampino, A. Papazacharias, G. Caforio, A. Di Giorgio, G. Blasi, A. Bertolino.

Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università "Aldo Moro" di Bari

La somministrazione di bromocriptina, agonista dei recettori dopaminergici D2, incrementa le *performance* di *working memory* (WM), e potrebbe esercitare un effetto differente durante le fasi di codifica, mantenimento e recupero dell'informazione. A livello striatale, il recettore D2 è presente in due isoforme di cui una con funzione prevalentemente autorecettoriale. Un polimorfismo intronico del gene dei D2 (*DRD2*, rs1076560; G > T) influenza la relativa densità delle due isoforme, con l'allele minore T associato a maggiore attività corticale e sotto-corticale e peggiori *performance* durante WM. Obiettivo dello studio è indagare l'effetto della bromocriptina sull'attività cerebrale durante le fasi di WM in base al genotipo *DRD2* rs1076560.

16 soggetti sani (11 GG e 5 GT) hanno partecipato a un trial di stimolazione acuta con bromocriptina, controllato con placebo e in doppio cieco, in cui svolgevano un compito di memoria a risposta differita di Sternberg. L'analisi dei dati fMRI (SPM8), ha mostrato un'interazione tra genotipo *DRD2*, fasi di WM e farmaco bilateralmente nel giro frontale inferiore ($p = 0,003$). L'analisi *post-hoc* ha mostrato un'interazione significativa principalmente in fase di codifica, quindi un incremento dell'attività nei soggetti GT e un decremento nei soggetti GG dopo bromocriptina. Pertanto, l'effetto della stimolazione acuta dei recettori D2 modifica l'attività prefrontale in funzione del genotipo *DRD2* e della fase di WM.

P239. Ansia e depressione in adolescenza. Dati di prevalenza nel campione italiano del progetto SEYLE

M. Iosue¹, V. Carli^{1,2}, M. D'Aulero¹, F. Basilio¹, A. Di Domenico¹, L. Recchia¹, C. Wasserman³, C.W. Hoven³, M. Sarchiapone¹, D. Wasserman²

¹ Department of Health Sciences, University of Molise, Campobasso, Italy; ² National Prevention of Suicide and Mental Ill-Health (NASP), Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ³ Columbia University-New York State Psychiatric Institute, New York, NY

Introduzione: sintomi ansiosi sono molto comuni tra gli adolescenti e diverse ricerche mostrano una loro correlazione con sintomi depressivi, nonché con un'ampia gamma di comportamenti a rischio.

Metodi: SEYLE (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*) è uno studio randomizzato con gruppo di controllo volto a valutare l'efficacia di diversi programmi di prevenzione del suicidio tra gli adolescenti. Il campione italiano è composto da 1195 studenti delle Scuole Secondarie Superiori del Molise (età media 15,3 \pm 0,6; 68% femmine), ai quali è stato somministrato un questionario comprendente anche la *Zung Self-Rating Anxiety Scale* e il *Beck Depression Inventory-II*.

Risultati: il punteggio medio della Zung è di 36,23 \pm 5,86. Il 7,9% mostra livelli moderati di ansia con un punteggio compre-

so tra 45 e 59, mentre lo 0,4% presenta livelli di ansia marcati (≥ 60). Il punteggio medio alla BDI-II è di $8 \pm 6,48$. Il 17,8% del campione ottiene un punteggio superiore a 13, indicando una sintomatologia depressiva degna di attenzione clinica. Su entrambe le scale le femmine raggiungono punteggi significativamente più elevati ($p < 0,0001$).

Conclusioni: l'analisi condotta sembra confermare i dati di letteratura sulla prevalenza dei disturbi dello spettro ansioso e depressivo in adolescenza, così come una più alta incidenza degli stessi nel sesso femminile. Ulteriori analisi potranno chiarire la relazione di tali disturbi con l'adozione di comportamenti a rischio e la presenza di condotte suicidarie.

Bibliografia

Zung WWK. *A rating instrument for anxiety disorders*. Psychosomatics 1971.

Wasserman D et al. *Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial*. BMC Public Health 2010;10:192.

P240. Internet addiction e comorbilità psichiatrica

C. La Cascia, F. La Paglia, F. Seminerio, B. Buffa, G. Coraci, D. Zammataro, F. Cangialosi, A. Mormino, G. Tripoli, D. La Barbera

Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, Università di Palermo

Introduzione: parallelamente al massiccio diffondersi di *internet* e dei nuovi mezzi di comunicazione, la comunità scientifica ha posto l'attenzione sui fenomeni psicologici e psicopatologici legati ad all'uso eccessivo o inadeguato della rete, individuando nell'*Internet Addiction* un costrutto piuttosto vasto e complesso che copre un'ampia varietà di caratteristiche personali e comportamentali nonché di sintomi simili a quelli che si osservano in soggetti dipendenti da sostanze psicoattive.

Obiettivo: lo studio si propone di valutare l'uso/abuso/dipendenza di *internet* in un campione clinico e individuare quali sono le dimensioni dell'IA più riscontrabili tra i soggetti con una diagnosi psichiatrica conclamata.

Metodi: campione: lo studio è stato condotto su un campione di 165 pazienti (48 M e 97 F) di età compresa tra i 18 e i 61 anni, età media 41 ± 12 , con diverse diagnosi afferenti all'UO di Psichiatria dell'AOUP "P. Giaccone" di Palermo. Di questi il 58% (N = 94, 46 M e 48 F; età media 37 ± 12) dichiara di usare *internet* e presenta le seguenti patologie: disturbi d'ansia (32%), disturbi dell'umore (25%), psicosi (15%), disturbi di personalità (16%) e disturbi dell'adattamento (12%).

A tutti i partecipanti è stato chiesto di compilare il questionario *self-report* UADI (Uso, Abuso e Dipendenza da *Internet*) composto da 80 *item* con modalità Likert a 5 punti. Lo strumento indaga le variabili psicologiche e psicopatologiche correlate all'uso di *internet* e si compone di 5 scale: Evazione compensatoria (EVA), Dissociazione (DIS), Impatto sulla vita reale (IMP), Sperimentazione (SPE) e Dipendenza (DIP).

Risultati: il ricorso alle statistiche descrittive sui dati in nostro possesso ha consentito di calcolare, per ciascuna categoria diagnostica, i punteggi medi e le deviazioni *standard*. Dai risultati emergono condizioni sintomatologiche di *internet addiction* (T > 70) per la scala Impatto sulla vita reale (IMP) nelle seguenti categorie diagnostiche: disturbi di personalità (33%), psicosi (22%), disturbi dell'umore (24%), disturbi di ansia (10%).

Un dato degno di particolare attenzione è quello che riguarda i punteggi medi delle Dimensioni Dissociazione (51 ± 4) e Impatto sulla vita reale (52 ± 4) che risultano più alti rispetto a quelli delle altre dimensioni. Di contro la dimensione Sperimentazione registra il punteggio medio più basso (40 ± 4). L'ANOVA, inoltre, mostra che il gruppo degli psicotici si distingue in modo significativo dagli altri nella dimensione Evazione (F = 2,38; $p < 0,05$) e nella dimensione Sperimentazione (F = 2,12; $p = 0,08$) registrando il valore più alto.

Conclusioni: i risultati suggeriscono che, anche nella popolazione dei pazienti psichiatrici, si rilevano le conseguenze sulla vita reale derivate dall'uso di *internet*: modifica delle abitudini, dei rapporti sociali e dell'umore (IMP). Inoltre, in linea con i risultati presenti in letteratura, l'uso di *internet* viene vissuto come atto compensatorio rispetto alla difficoltà della vita reale (EVA). Tali risultati necessitano di ulteriori conferme sperimentali e costituiscono il presupposto per indagare ulteriori aspetti dell'*internet addiction*.

Bibliografia

Cantelmi T, Toro M, Talli M. *Avatar*. Roma: Magi 2010.

Caretti V, La Barbera D, editors. *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*. Milano: Raffaello Cortina 2010.

P241. Alessitimia, internet addiction disorder e mobile addiction in un campione di adolescenti

G. La Ciura, M.R.A. Muscatello, U. Micò, G. Pandolfo, G. Scimeca, V.M. Romeo, L. Cava, F. Di Nardo, A. Bruno, R.A. Zoccali

Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche e Anestesiologiche, Università di Messina

Introduzione: con il termine IAD si intende una condizione clinica assai ampia, ascrivibile al campo del discontrollo degli impulsi e delle dipendenze, che si caratterizza per la presenza del fenomeno della tolleranza nonché di sintomi di astinenza, disturbi dell'affettività e interruzione delle relazioni sociali. Sebbene le cause che determinano la IAD siano ad oggi ancora poco note, diversi fattori sono stati proposti come possibili favorevoli l'insorgenza delle psicopatologie legate all'uso di *Internet*; fra questi, oltre la comorbilità con altri disturbi psicopatologici (condizioni di dipendenza multipla, disturbi dell'umore, disturbo ossessivo-compulsivo), fattori di tipo comportamentale, personali e psicodinamici, socioculturali e biologici vengono considerati basilari per lo sviluppo di tale forma di dipendenza. Sulla base delle evidenze presenti in letteratura, il presente studio ha avuto l'obiettivo di analizzare in un gruppo di adolescenti e di giovani le modalità di utilizzo di *internet* e del telefono cellulare e le eventuali relazioni con differenti variabili socio-demografiche e psicologiche; particolare attenzione è stata posta sul possibile ruolo dell'alessitimia quale condizione predisponente l'insorgenza di tali comportamenti di dipendenza.

Metodi: l'indagine è stata condotta su un campione di 600 studenti di età compresa tra i 13 e i 22 anni frequentanti tre diverse scuole secondarie superiori. A tutti i soggetti sono stati somministrati, oltre ad una scheda di rilevamento dati anagrafici, l'*Internet Addiction Disorder*, il *Cellular Addiction* e la TAS-20. Inoltre sono state valutate, attraverso domande chiuse, le modalità di utilizzo del telefono cellulare (navigazione su *internet*) e la presenza di nomofobia (reazione d'ansia alla situazione

obbligata di disconnessione per motivi indipendenti dalla volontà del soggetto).

Risultati: dall'analisi dei dati è emerso che nel campione esaminato il 4,3% dei soggetti fa un uso eccessivo della rete e il 28% del telefono cellulare. Si è evidenziata inoltre una stretta correlazione tra alestitimia e IAD mentre non è emersa correlazione tra alestitimia e dipendenza da cellulare. Si è infine messa in evidenza una significativa correlazione tra dipendenza da cellulare e nomofobia ($p = ,007$) e tra dipendenza da cellulare e utilizzo delle applicazioni on-line ($p < ,0001$).

Conclusioni: i risultati ottenuti indicano complessivamente che l'alestitimia ha un importante ruolo predittivo nell'insorgenza della IAD e che i soggetti risultati avere comportamenti di addiction nei confronti della mobile hanno un elevato rischio di sviluppare veri e propri stati d'ansia in relazione all'utilizzo del proprio cellulare.

P242. Influenza delle variabili socio-demografiche sull'uso di internet in un gruppo di pazienti psichiatrici

F. La Paglia¹, C. La Cascia¹, R. Rizzo², F. Seminerio¹, B. Buffa¹, D. La Barbera¹

¹ Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, Università di Palermo;

² Dipartimento di Scienze Pedagogiche e Psicologiche, Università di Messina

Introduzione: lo studio si propone di identificare, in un campione di pazienti con diverse diagnosi, le caratteristiche socio-demografiche che possono influenzare l'uso di internet.

Metodi: campione: lo studio è stato condotto su un campione di 94 pazienti (46 M e 48 F) di età compresa tra i 18 e i 61 anni (età media 37 ± 12), con livello di istruzione medio-alto (71%), afferenti all'UO di Psichiatria dell'AOUP "P. Giaccone" di Palermo. A tutti i partecipanti è stato chiesto di compilare il questionario *self-report* UADI (Uso, Abuso e Dipendenza da Internet) composto da 80 item con modalità Likert a 5 punti. Lo strumento indaga le variabili psicologiche e psicopatologiche correlate all'uso di internet e si compone di 5 scale: *Evasione compensatoria* (EVA), *Dissociazione* (DIS), *Impatto sulla vita reale* (IMP), *Sperimentazione* (SPE) e *Dipendenza* (DIP).

Risultati: il ricorso alle statistiche descrittive sui dati in nostro possesso ha consentito di calcolare, per ciascuna categoria diagnostica, i punteggi medi e le deviazioni *standard*. Dai risultati emerge che il 14% dei pazienti presenta condizioni sintomatologiche di *internet addiction* ($T > 70$).

In relazione al genere di appartenenza, l'uso dell'ANOVA ha consentito di riscontrare una differenza statisticamente significativa nella dimensione SPE: gli uomini ottengono un punteggio medio più alto rispetto alle donne (43 ± 10 vs. 38 ± 8 ; $F_{(1-92)} = 7,49$; $p < 0,01$).

I soggetti con basso livello di istruzione hanno ottenuto punteggi medi più elevati nelle seguenti variabili: EVA ($F_{(3-90)} = 2,85$; $p = 0,04$), DIS ($F_{(3-90)} = 3,09$; $p = 0,03$), IMP ($F_{(3-90)} = 2,65$; $p = 0,05$) e DIP ($F_{(3-90)} = 3,08$; $p = 0,03$).

Conclusioni: in merito alle differenze di genere, dai risultati ottenuti emerge una maggiore tendenza negli uomini ad utilizzare internet come spazio privato, come laboratorio sociale di sperimentazione del sé, come terreno per il gioco e per la regressione e come strumento per la ricerca di emozioni. Rispetto al livello di istruzione è stata riscontrata una maggiore propensione, nei soggetti con livello di istruzione più basso, ad un uso patologico di internet.

I nostri dati sembrano confermare quanto emerso in letteratura, per cui un più elevato livello di istruzione sembra svolgere un ruolo protettivo, anche tra i soggetti con disagio mentale, rispetto all'uso patologico della Rete.

Bibliografia

Cantelmi T, Toro M, Talli M. *Avatar*. Roma: Magi 2010.

Caretti V, La Barbera D, a cura di. *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*. Milano: Raffaello Cortina 2010.

P243. Confronto tra transessuali e partner di transessuali: un'indagine esplorativa sulla sessualità, caratteristiche di personalità e stili di attaccamento

L. Lacarbonara, V. Pace, M. Tyropani, A. Pastore, F. Margari, O. Todarello

Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Bari

Introduzione: nel dibattito circa l'inquadramento nosografico del disturbo d'identità di genere nel DSM V, occorre approfondire gli studi sul funzionamento interpersonale, affettivo e sessuale dei soggetti rispondenti a tale diagnosi. Il presente studio si propone pertanto di allargare il campo d'osservazione per valutare tali modalità relazionali nei soggetti transessuali e nei rispettivi partner.

Metodi: è stato utilizzato un campione composto da 20 transessuali con diagnosi di disturbo dell'identità di genere secondo il DSM-IV e 20 rispettivi partner, tra cui 19 non transessuali e 1 transessuale, che avevano con i primi relazioni sentimentali stabili. Il reclutamento è avvenuto presso il DH dei Disturbi della Sessualità e sull'Identità di Genere del Policlinico di Bari. Sono stati somministrati i seguenti test: HSAS, MMPI-2, ECR e SAS. In base ai quali è stata effettuata un'analisi descrittiva con SPSS, test *T* di Student e test di correlazione di Persons.

Risultati: i dati preliminari evidenziano alcune differenze significative nel funzionamento interpersonale, affettivo e sessuale tra i soggetti transessuali e i rispettivi partner non transessuali.

Conclusioni: i risultati preliminari confermano la necessità di ulteriori studi di approfondimento, in particolare la valutazione delle modalità relazionali di tipo affettivo e sessuale tra soggetti con disturbo d'identità di genere e rispettivi partner su un campione di studio più ampio.

P244. Differenti moderatori della terapia cognitivo comportamentale sulle abbuffate soggettive e oggettive nella bulimia nervosa e nel disturbo da alimentazione incontrollata: uno studio di follow-up a tre anni

L. Lazerretti¹, V. Ricca¹, G. Castellini¹, C. Lo Sauro¹, E. Mannucci⁴, L. Benni¹, C. Ravaldi¹, C.M. Rotella³, C. Faravelli²

¹ Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Firenze; ² Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze; ³ Unità di Endocrinologia, Dipartimento di Patofisiologia, Università di Firenze; ⁴ Sezione di Cardiologia Geriatrica, Dipartimento di Medicina Cardiovascolare

Vari studi hanno preso in considerazione i fattori coinvolti nel mantenimento della perdita di controllo sul cibo nella bulimia

nervosa (BN) e nel disturbo da alimentazione incontrollata (DAI), suggerendo differenti meccanismi. Il presente studio di *follow-up* a tre anni ha valutato le relazioni tra variabili cliniche e abbuffate oggettive e soggettive in 85 pazienti con BN e 133 pazienti con DAI. I pazienti sono stati valutati tramite un'intervista clinica e questionari auto compilati al primo accesso, alla fine di un percorso individuale di terapia cognitivo comportamentale e a tre anni dalla fine del trattamento. Le emozioni associate alle abbuffate sono risultate diverse nei due gruppi di pazienti: rabbia/frustrazione nei pazienti con BN e depressione nei pazienti con DAI. Sono risultati predittori di risposta al trattamento (riduzione della frequenza delle abbuffate o guarigione) i livelli di impulsività e di preoccupazione per la forma corporea nei pazienti con BN e il livello di emotional eating e di sintomi depressivi nei soggetti con DAI; in entrambi i gruppi una minor frequenza di abbuffate soggettive alla prima valutazione è risultata predittiva di guarigione. Data la specificità dei fattori di mantenimento delle abbuffate nelle due sindromi è utile considerare l'opportunità di diversi obiettivi di trattamento nella BN e nel DAI. Si rende inoltre necessaria l'attenta valutazione delle abbuffate soggettive visto il loro valore predittivo.

P245. Presentazione di un nuovo test sul monitoraggio delle emozioni in età scolare: il Coffy test

L. Leonardi, M. Cardi

Azienda Sanitaria Locale Frosinone, Servizio di Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva

I test proiettivi infantili più diffusi, basati sulla teoria classica freudiana, sono stati criticati per la loro insufficiente validazione statistica; per questo si è pensato di costruire un nuovo test.

Il *Coffy test* è un test proiettivo, per soggetti in età scolare (5-14 anni); l'oggetto d'indagine è il monitoraggio cognitivo delle emozioni del bambino nell'ambito delle sue relazioni d'attaccamento con le figure genitoriali.

L'ipotesi di partenza è che un monitoraggio corretto delle emozioni riguardanti pericoli, divieti educativi, autonomia esplorativa, ecc, possa essere considerato indice di buon funzionamento mentale.

Il *Coffy test* è stato somministrato a tutti gli alunni di 6 classi (dalla 1a elementare alla 1a media), costituendo un campione di riferimento di n. 140 soggetti.

Gli enunciati sono stati analizzati e classificati in 13 categorie, secondo criteri in gran parte mutuati dal lavoro di Attili per la versione italiana del SAT; alle risposte sono stati attribuiti punteggi, secondo una scala Likert, esaminati utilizzando la statistica non parametrica.

Il *Coffy test* si è rivelato interessante per l'abbondanza del materiale proiettivo evocato, utile per una valutazione clinica, inoltre la codifica quantitativa, introdotta per esigenze di convalida statistica, fornisce un indice delle capacità di lessitimia.

P246. Interazione fra varianti genetiche del recettore D2 della dopamina ed eventi di vita stressanti sul comportamento emotivo e la fisiologia corticale durante elaborazione esplicita delle emozioni

L. Lo Bianco^{1,2}, F. Ferrante¹, P. Taurisano¹, A. Di Giorgio¹, B. Gelao¹, L. Fazio¹, G. Ursini¹, I. Andriola¹, M.T. Attrotto¹, R. Romano¹, T. Quarto¹, M. Mancini¹, A. Porcelli¹, A. Papazacharias¹, G. Caforio¹, C. Bellantuono², G. Blasi¹, A. Bertolino¹

¹ Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Bari "Aldo Moro"; ² Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Sezione di Neuroscienze Cliniche, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Stress e livelli corticali di dopamina modulano la *working memory* e relativa attività prefrontale. Un polimorfismo del gene dei recettori D2 (*DRD2*, rs 1076560, G > T) è associato all'espressione delle due isoforme dei D2 (*Long* e *Short*) e modula il controllo emotivo e l'attività corticale durante elaborazione emotiva.

Obiettivo dello studio è valutare l'interazione fra eventi stressanti *lifetime* e polimorfismo *DRD2* sul controllo emotivo e fisiologia cerebrale durante elaborazione emotiva. 207 volontari sani sono stati genotipizzati per *DRD2* rs 1076560 e sottoposti al Big Five Questionnaire e ad un'intervista sugli eventi stressanti (GG con basso stress: N = 90; GG alto stress: N = 61; GT basso stress: N = 32; GT alto stress: N = 24 – gruppi confrontabili per variabili sociodemografiche e QI). Un sottocampione di 108 soggetti (GG basso stress: N = 44; GG alto stress: N = 35; GT basso stress: N = 14; GT alto stress: N = 10) ha eseguito inoltre, un compito di elaborazione emotiva esplicita durante fMRI.

I risultati mostrano che in condizioni di maggiore *stress lifetime*, i GG hanno un controllo emotivo più basso rispetto ai GT ($p < 0,005$). L'ANOVA sui dati di fMRI ha mostrato che, in corrispondenza di maggior numero di eventi stressanti, i GG hanno un'attività della corteccia prefrontale più alta rispetto ai GT ($p < 0,002$).

Tali dati suggeriscono che caratteristiche genetiche interagiscono con fattori ambientali nella modulazione del comportamento e della fisiologia cerebrale inerente l'elaborazione emotiva.

P247. Il nucleo psicopatologico dell'anoressia nervosa nelle pazienti in remissione alla fine del trattamento con terapia cognitivo-comportamentale, dopo 3 e 6 anni di follow-up

C. Lo Sauro¹, V. Ricca², G. Castellini², L. Lelli², L. Lazzeretti², L. Benni², G. Fioravanti¹, F. Rotella², C. Faravelli¹

¹ Dipartimento di Psicologia, ² Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Firenze

L'anoressia nervosa (AN) è un disturbo del comportamento alimentare (DCA) caratterizzato da un nucleo psicopatologico di sintomi cognitivi, come preoccupazioni per il cibo, il peso e la forma del corpo e restrizione alimentare.

La letteratura riporta che le pazienti con AN, che recuperano peso e riducono la restrizione, conservano distorsioni cognitive circa il peso e la forma del corpo simili a quelle di pazienti con AN in atto, mentre coloro che guariscono anche da un punto di vista cognitivo non si differenziano dai controlli.

Il presente studio ha osservato 134 pazienti con AN e 89 soggetti di controllo. I soggetti sono stati valutati con intervista clinica (SCID) e questionari autosomministrati come la *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q). La valutazione è stata ripetuta alla fine di una Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT), dopo 3 e dopo 6 anni di *follow-up*.

Dopo CBT e ai successivi *follow-up*, le pazienti con remissione totale (n = 34) o parziale (con DCA subclinico, n = 33) hanno mostrato livelli di restrizione e preoccupazione per il peso uguali a quelli dei controlli, mentre le distorsioni cognitive relative all'alimentazione e alla forma corporea sono rimaste simili a quelle delle pazienti che manifestavano ancora un DCA clinico (n = 67).

In conclusione, dopo la remissione, le pazienti anoressiche mantengono preoccupazioni eccessive per l'alimentazione e la forma corporea, mentre la restrizione e le preoccupazioni per il peso tornano a livelli di normalità.

P248. La formazione in psicoterapia in Europa: una survey dell'Early Career Psychiatrists' Council della World Psychiatric Association

M. Luciano, D. Giacco, V. Del Vecchio, C. De Rosa, V. Prisco, G. Sampogna, L. Del Gaudio, A. Fiorillo
Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

Un'ampia eterogeneità nell'organizzazione dei corsi di formazione in psicoterapia nei differenti paesi europei è stata recentemente documentata.

L'Early Career Psychiatrist Council della World Psychiatric Association ha condotto una survey in 13 paesi europei (Austria, Belgium, Cyprus, Estonia, France, Germany, Italy, Spain, Switzerland, Sweden, Turkey, UK) con l'obiettivo di valutare: 1) le principali caratteristiche del *training* in psicoterapia ricevuto durante la specializzazione in psichiatria; 2) le differenze organizzative e cliniche dei corsi di formazione in psicoterapia; 3) la soddisfazione e la competenza all'utilizzo delle differenti tecniche psicoterapiche acquisite durante il corso di formazione.

Il *training* in psicoterapia è obbligatorio nella maggior parte dei paesi partecipanti, sebbene soltanto in Germania, Spagna, Svizzera e Inghilterra sia disponibile nelle scuole di specializzazione di psichiatria. Nei rimanenti paesi gli specializzandi devono provvedere autonomamente alla propria formazione in psicoterapia. I corsi di formazione in psicoterapia analitica e cognitivo-comportamentale sono disponibili in tutti i paesi inclusi nello studio a differenza dei corsi di psicoterapia sistemico-relazionale, interpersonale, di supporto e psicoeducazionale. Il numero di pazienti da trattare per completare il corso di formazione in psicoterapia è molto variabile, ed è compreso tra zero e 15. Le principali difficoltà nell'accesso al *training* sono state la mancanza di tempo per frequentare il *training*, la carenza di un'adeguata supervisione e le difficoltà economiche.

Nonostante questa ampia eterogeneità il 70% degli specializzandi europei si ritiene globalmente soddisfatto del *training* ricevuto in psicoterapia, l'80% afferma di sentirsi in grado di utilizzare le tecniche acquisite con i propri pazienti.

I risultati di questo studio forniscono utili informazioni sulla formazione in psicoterapia rappresentando un supporto adeguato verso il processo di armonizzazione dei corsi nei paesi europei.

P249. Relazione tra metilazione di BDNF rs6265, complicanze ostetriche e working memory

G. Maddalena¹, G. Ursini¹, I. Andriola¹, V. Bollati², L. Fazio¹, L. Colagiorgio¹, L. Sinibaldi³, R. Masellis¹, B. Gelao¹, A. Porcelli¹, M. Mancini¹, R. Romano¹, A. Rampino¹, G. Miccolis¹, M.T. Attrotto¹, P. Taurisano¹, A. Di Giorgio¹, G. Blasi¹, G. Caforio¹, M. Nardini¹, A. Bertolino¹

¹ Università di Bari "A. Moro", Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso; ² Department of Environmental and Occupational Health, Università di Milano; ³ Laboratorio Mendel, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo

Complicanze ostetriche (OC) come l'ipossia sono state associate ad un aumentato rischio di sviluppare schizofrenia. L'ipossia sembra regolare l'espressione del gene *BDNF*, che svolge un ruolo importante nel neurosviluppo e nella plasticità sinaptica. Lo SNP rs6265 (G→A, Val→Met) di *BDNF* influenza la secrezione di BDNF e la fisiologia della corteccia prefrontale (PFC). In aggiunta questo SNP crea un dinucleotide CpG, potenziale sito di metilazione, meccanismo epigenetico di regolazione dell'espressione genica.

Scopo di questo studio è valutare la relazione tra OC, metilazione di rs6265 e fisiologia della PFC. 210 soggetti sani (86 maschi, età media 26,2 ± 7) sono stati genotipizzati per lo SNP rs6265; la metilazione di questo SNP è stata analizzata mediante *pyrosequencing*. L'esposizione a OC è stata valutata mediante *McNeil-Sjöström Scale* mentre per valutare la fisiologia della PFC i soggetti hanno eseguito un task di *Working Memory* (WM), l'*N-back task*.

I nostri risultati evidenziano come l'esposizione a OC influenza la metilazione di rs6265 in maniera opposta nei ValVal (F = 6; p = 0,016) e nei ValMet (F = 8; p = 0,006). Analogamente, la metilazione dello SNP rs6265 è correlata alle *performance* di WM in maniera opposta nei ValVal (Rho = -0,25; p = 0,002) e nei ValMet (Rho = 0,26; p = 0,04).

Questi dati suggeriscono come lo SNP rs6265 e la metilazione di *BDNF* interagiscano nel mediare l'effetto delle OC sulle *performance* di WM, fenotipo intermedio della schizofrenia.

P250. Intervento psicoeducazionale e di supporto psicologico in una popolazione rurale colpita dal terremoto de L'Aquila del 6 aprile 2009: follow-up a due anni

M. Malavolta, N. Giordani Paesani, V. Bianchini, L. Verni, I. De Lauretis, R. Roncone¹

Scuola di Specializzazione in Psichiatria, ¹ Dipartimento di Scienze della Salute, Università de L'Aquila

Introduzione: il terremoto de L'Aquila ha rappresentato un'esperienza traumatica per una popolazione di più di 100.000 persone. Per chi ha vissuto un trauma, la vita sembra aver perso il suo significato e prevedibilità. Una sinergia tra servizio sanitario in salute mentale e psicosociale si rende necessario per assistere i sopravvissuti a un trauma, sia nella fase di emergenza che in quella di ricostruzione e di ripresa. Studi sulla popolazione adulta esposta a catastrofe naturale riportano un'associazione (50-65% dei pazienti) tra diagnosi di PTSD, DB e depressione maggiore, che in un terzo dei casi precede l'esordio del disturbo d'ansia (DA).

Scopo: la presente indagine ha avuto lo scopo di valutare gli

effetti psicologici al *follow-up* a 2 anni dalla conduzione di uno specifico intervento cognitivo-comportamentale erogato a seguito dell'evento sismico su una popolazione rurale.

Materiali e metodi: la popolazione rurale è stata selezionata tra i residenti nella zona rurale del sisma COM 6. Hanno partecipato al progetto un totale di 34 soggetti (25 F e 9 M). L'inserimento nello studio è stato preceduto da una valutazione clinica e da una batteria di test autocompilati, scale di valutazione e interviste semistrutturate ad uso clinico. Tale valutazione è stata effettuata all'inizio (T0), alla fine (T1) e a due anni dal termine del trattamento di gruppo (T2). Sono stati somministrati nello specifico i seguenti questionari: *Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire* (SARSQ), *General Health Questionnaire-12* (GHQ-12) oltre che una batteria di test specifici per la valutazione della sintomatologia ansiosa, fobica e di evitamento. Dopo le valutazioni effettuate è stato svolto un intervento di psicoeducazione e di psicoterapia cognitivo-comportamentale sulla gestione dello stress e dei sintomi ansiosi correlati all'evento sismico. I dati sono stati elaborati con l'SPSS (*Statistical Package For Social Science*) versione 14.0 per Windows.

Risultati: in relazione alle valutazioni effettuate al T0 con l'SCL-90, la "Somatizzazione", l'"Ansia" e la "Depressione" sono le dimensioni più rappresentate. Rispetto alla valutazione con la SASRS, il 27,8% della popolazione ha soddisfatto i criteri per un disturbo acuto da stress, secondo il DSM-IV R. La valutazione psicopatologica effettuata con il GHQ-12 al tempo T0 (inizio CBT) mostra un punteggio medio pari a 17,2+5,4, indicativo della presenza di livelli medi di stress. Al T1 (fine CBT) si sono invece rilevati valori medi al pari a 14,3+3,5 con un miglioramento del 16,2%. La media dei punteggi all'SF-36 ha mostrato un basso livello di soddisfazione per la propria qualità di vita al T0 con una maggiore compromissione delle aree relative alla "Attività Fisica" e al "Ruolo Emotivo". Per tutte le dimensioni della SF-36 si è evidenziato un effetto significativo per il "fattore tempo". Tale risultato indica che il trattamento cognitivo-comportamentale di gruppo promuove, nel tempo, un miglioramento della qualità della vita.

Conclusioni: l'intervento psicoeducativo e di supporto ad impostazione cognitivo-comportamentale, non controllato, condotto con una popolazione rurale dell'aquilano a seguito del sisma, ha mostrato al *follow-up* a 2 anni una buona tenuta, evidenziando una buona riduzione della sintomatologia panica, dell'ansia, un miglioramento della qualità di vita. In base a quanto emerso dagli studi analizzati, sembra possibile prevedere un futuro inserimento di interventi cognitivo-comportamentali per il trattamento dei diversi disturbi d'ansia correlati a un trauma da terremoto nell'ambito delle prestazioni che ogni servizio di salute mentale di buona qualità dovrebbe fornire. Dati il contesto e la fase temporale in cui è stato realizzato il programma, le attività svolte hanno avuto caratteristiche più vicine ai programmi di prevenzione e supporto che agli interventi di psicologia dell'emergenza focalizzati sulle reazioni traumatiche. I risultati emersi sembrano indicare una buona applicabilità clinica del trattamento cognitivo-comportamentale di gruppo nei disturbi d'ansia e nel PTSD anche in un setting clinico come quello di una tendopoli.

Bibliografia

Gottlieb JD, Mueser KT, Rosenberg SD, et al. *Psychotic depression, posttraumatic stress disorder, and engagement in cognitive-behavioral therapy within an outpatient sample of adults with serious mental illness*. *Compr Psychiatry* 2011;52:41-9.

Hamblen JL, Gibson LE, Mueser KT, et al. *Cognitive behavioral therapy for prolonged postdisaster distress*. *J Clin Psychol* 2006;62:1043-52.

P251. Immagine corporea in un campione di 191 mamme e figlie adolescenti della provincia di Ferrara

E. Manzato, S. Tassinari¹, E. Roncarati, G. D'Alessandro, F. Zurlo, F. Francato, A. Bolognesi, P. Schlagenauf, M. Cuzzolaro²

Centro Disturbi del Comportamento Alimentare, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Sant'Anna", Ferrara; ¹ *Osservatorio Adolescenti, Comune di Ferrara;* ² *Sapienza Università di Roma*

Introduzione: lo sviluppo identitario degli adolescenti è fortemente condizionato dal contesto familiare. I modelli estetici genitoriali in particolare della madre, le modalità e i rituali nell'alimentazione all'interno della famiglia, possono influenzare la costruzione dell'immagine corporea nei figli.

L'obiettivo della ricerca è valutare se vi sono correlazioni tra gli atteggiamenti problematici relativi al proprio corpo di un campione non clinico di madri e il BMI e la percezione dell'immagine corporea delle relative figlie adolescenti.

Metodi: a 191 adolescenti afferenti alle Pediatrie di Comunità dell'Az. USL di Ferrara per l'ultima vaccinazione obbligatoria, e alle relative madri è stato somministrato il *Body Uneasiness Test* (BUT), ed è stato calcolato il BMI.

Risultati: dalle correlazioni è emerso come l'immagine corporea delle madri, possa influire sull'immagine corporea delle figlie adolescenti, inoltre madri con BUT positivo hanno la maggior percentuale di figlie in sottopeso e vi sono correlazioni positive tra alterati valori di alcune sottoscale del BUT nelle madri e nelle figlie.

Conclusioni: indagare approfonditamente i contesti familiari in cui si ritrovano elementi di criticità come ad esempio insoddisfazione corporea nelle madri, (che associati ad altri fattori predisponenti, potrebbero creare situazioni a rischio di sviluppo di disturbi del comportamento alimentare nei figli adolescenti), è importante per un miglioramento delle azioni di prevenzione primaria.

P252. L'esposizione all'odore del predatore e il conseguente stato ansioso determina un transitorio aumento dell'espressione della subunità $\alpha_2\delta_1$ dei canali del calcio voltaggio dipendenti nell'amigdala

M. Marchiafava^{1,3}, P. Boldrini¹, C. Nasca¹, R. Orlando¹, Y. Barone³, G. Di Lorenzo³, C. Niolu³, A. Siracusano³, F. Nicoletti^{1,2}

¹ *Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia "V. Erspamer", Sapienza Università di Roma;* ² *INM Neuromed, Pozzilli;*

³ *Dipartimento di Neuroscienze, UOC Psichiatria, Università Tor Vergata di Roma*

$\alpha_2\delta_1$ è una subunità ancillare dei canali del calcio voltaggio dipendenti in grado di influenzarne la velocità di attivazione e inattivazione modulando la depolarizzazione cellulare. Dal punto di vista farmacologico è il bersaglio del Gabapentin e del Pregabalin, farmaci antiepilettici efficaci anche nel trattamento del dolore neuropatico, del disturbo di ansia generalizzato e del disturbo bipolare.

Molti studi dimostrano come la subunità $\alpha_2\delta_1$ sia iperespressa nelle corna posteriori del midollo spinale in modelli di dolore neuropatico e come il Pregabalin sia in grado di bloccarne il trasporto dalle radici dei gangli dorsali ai terminali presinaptici delle fibre primarie afferenti del midollo spinale. Con queste premesse abbiamo studiato l'espressione della subunità nell'amigdala, nella corteccia prefrontale e nell'ippocampo in modelli di

ansia innata tramite esposizione dell'animale da esperimento alla TMT, la maggiore secrezione della ghiandola anale della volpe e abbiamo visto come in topi esposti a TMT che mostrano un comportamento ansioso che persiste fino a 24 ore dall'esposizione, l'iperespressione della subunità $\alpha_1\delta_1$ è riscontrabile già dopo 5 minuti mantenendosi significativa fino a 4 ore.

Quindi possiamo ipotizzare come questa modificazione contribuisca all'induzione dell'ansia ma non al suo mantenimento e l'aumento riscontrato dopo 5 minuti sia da attribuire non tanto ad una sintesi *de novo*, quanto ad un trasporto intracellulare o ad un aumento del riutilizzo della proteina all'interno della membrana plasmatica.

P253. Organizzazione di significato personale *inward-outward* e polimorfismi del gene SLC6A4

A. Marini¹, E. Arimatea¹, C. Turchi²

¹ Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Neuroscienze, ² Clinica di Medicina Legale, Dipartimento di Neuroscienze, Università Politecnica delle Marche, Ancona

La relazione di reciprocità con le figure accidenti orienta le potenzialità adattive alla costruzione dell'organizzazione di significato personale (OSP) più funzionale nel proprio ambiente di sviluppo.

I soggetti "inward" percepiscono il comportamento della figura accidenti come stabile e prevedibile, questo facilita la decodifica precoce delle attivazioni interne. Nello sviluppo dei soggetti "Outward" i comportamenti del caregiver vengono percepiti come più complessi e meno prevedibili, richiedendo, quindi, l'assimilazione di più variabili e la valutazione preliminare degli aspetti ambientali per riconoscere le attivazioni interne. Recentemente è stato mostrato come lo sviluppo della OSP possa avere basi genetiche correlate al sistema serotoninergico. Scopo di questo lavoro è verificare l'influenza dei polimorfismi del trasportatore della serotonina nello sviluppo della OSP attraverso uno studio di associazione caso-controllo.

102 soggetti sani italiani sono stati valutati attraverso un colloquio clinico post-razionalista e due questionari: il *Personal Meaning Questionnaire* e il *Mini Questionnaire of Personal Organization*.

Sono stati selezionati con metodi bioinformatici 17 SNPs del gene SLC6A4 e genotipizzati.

Non sono emerse associazioni statisticamente significative tra i SNPs presi in considerazione e i campioni *inward-outward*. Tale studio non esclude un possibile ruolo dei polimorfi del gene SLC6A4 non indagati e dei polimorfismi presenti su altri geni serotoninergici

P254. La psicoterapia dinamica breve nel trattamento dei disturbi depressivi unipolari

B. Martini, G. Rosso, F. Bogetto, G. Maina

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

Introduzione: negli ultimi anni è stata data un'importanza maggiore al ruolo della psicoterapia dinamica breve (BDT) nel trattamento dei disturbi depressivi¹⁻⁴. La BDT si caratterizza per specifici elementi tecnici: limite temporale stabilito in partenza, definizione di un *focus* e atteggiamento attivo del terapeuta.

Scopo del presente lavoro è confrontare l'efficacia della BDT

con un intervento psicoterapico supportivo (BSP) nel trattamento dei disturbi depressivi unipolari.

Metodi: il campione è formato da 90 pazienti ambulatoriali afferenti al Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia con diagnosi di disturbo depressivo maggiore, disturbo depressivo NAS, disturbo dell'adattamento con umore depresso, distimia (DSM-IV-TR).

Tutti i pazienti presentavano un quadro di depressione lieve o moderata (HAM-D \leq 24). All'interno di questo gruppo, sono stati confrontati i pazienti trattati con BDT a quelli trattati con BSP. A tutti i soggetti sono state somministrate le seguenti scale: *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*, *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*, *Clinical Global Impression (CGI)*, ad inizio trattamento (T1), a fine trattamento (T2) e al *follow-up* a 6 mesi (T3).

Risultati: al termine del trattamento (T2) i tassi di *responders* ai due tipi di psicoterapia sono simili (40% BDT, 59% BSP; $p = 0,376$). Al *follow-up* a sei mesi (T3) i pazienti trattati con BDT mostrano un ulteriore miglioramento rispetto a quelli trattati con BSP (63% BDT, 46% BSP; $p < 0,05$).

Conclusioni: dal nostro studio preliminare emerge come la BDT sia efficace nel trattamento dei disturbi depressivi unipolari e offra alcuni vantaggi rispetto alla BSP, in particolare per quanto riguarda il mantenimento del beneficio ottenuto anche dopo la fine del trattamento. Un possibile limite di questo studio è la breve durata del periodo di *follow-up*.

Bibliografia

- 1 Maina G, Forner F, Bogetto F. *Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders*. *Psychother Psychosom* 2005;74: 43-50.
- 2 Maina G, Rosso G, Crespi C, et al. *Combined brief dynamic therapy and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: a pilot study*. *Psychother Psychosom* 2007;76:298-305.
- 3 Maina G, Rosso G, Bogetto F. *Brief dynamic therapy combined with pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: long term results*. *JAD* 2009;114:200-7.
- 4 Hollon SD, Ponniah K. *A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults*. *Depress Anxiety* 2010;27:891-932.

P255. Aripiprazolo in bambini con sindrome di Gilles de la Tourette in comorbidità con ADHD: studio preliminare in aperto

G. Masi¹, A. Gagliano², R. Siracusano², S. Berloff¹, T. Calarese², G. Ilardo², C. Pfanner¹, C. Cedro³

¹IRCCS Stella Maris, Istituto scientifico di neuropsichiatria infantile, Calambrone, Pisa; ²Neuropsichiatria Infantile ³Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Psichiatriche e Anestesiologiche, Università di Messina

Introduzione: la sindrome di Gilles de la Tourette (SGT) si presenta spesso in comorbidità con altri disordini come il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)¹. Si discute sulla possibilità che l'uso di stimolanti in pazienti con ADHD possa aggravare o favorire la comparsa di tics². L'aripiprazolo è un antipsicotico che in condizioni ipodopaminergiche ha proprietà agoniste dopaminergiche. Il presente studio descrive l'uso di aripiprazolo in un gruppo di pazienti con diagnosi di SGT in comorbidità con

ADHD sottotipo combinato, per un periodo di 12 settimane.

Metodi: sono stati studiati 28 pazienti con la *Yale Global Tic Severity Scale* (YGTSS) e l'*ADHD-Rating Scale-IV*, la CGI-S e la CGI-I e la *Children's Global Assessment Scale* (C-GAS). Per gli effetti avversi extrapiramidali è stata usata l'*Abnormal Involuntary Movement Scale* (AIMS). A tutti è stato somministrato aripiprazolo alla posologia media di $10,0 \pm 4,8$ mg/die.

Risultati: il campione mostrava una marcata severità dei disturbi (CGI-S = $5,6 \pm 1,0$) e un importante impairment funzionale (C-GAS = $42,6 \pm 8,2$). La comorbidità più rilevante è stata riscontrata con il DOC (42,9%). Differenze statisticamente significative ($p < ,001$) sono emerse tra punteggi in basale e dopo trattamento alla YGTSS. Anche il punteggio all'ADHD-RS-IV è migliorato dopo il trattamento ($p < ,0,01$). Si descrive pertanto un miglioramento dei sintomi in entrambi i disturbi.

L'aripiprazolo è stato ben tollerato nella quasi totalità dei pazienti.

Conclusioni: l'aripiprazolo può rappresentare un'opzione terapeutica in monoterapia per il trattamento dei pazienti con comorbidità SGT e ADHD.

Bibliografia

- 1 Grados MA, Mathews CA. *Tourette syndrome Association International Consortium for Genetics*. Biol Psychiatry 2008;64:219-25.
- 2 Robertson MM, Eapen V. *Pharmacologic controversy of CNS stimulant in Gilles de la Tourette's syndrome*. Clin Neuropharmacol 1992;15:408-25.

P256. La condizione esistenziale dell'anziano. Studio osservazionale sulla qualità della vita

S. Massarenti, C. Da Ronch, E. Martino, L. Grassi, Gruppo Mentdis_ICF-65+

Clinica Psichiatrica, Dipartimento Discipline Medico-Chirurgiche della Comunicazione e del Comportamento, Università di Ferrara

Introduzione: l'indice di senilità nella provincia di Ferrara è circa due volte maggiore rispetto alla media nazionale, questo giustifica l'interesse che il presente studio ha rivolto alla relazione tra qualità della vita (QoL) e strategie di *coping* nella popolazione senile, per meglio comprendere la condizione esistenziale dell'anziano.

Metodi: sono stati somministrati a 503 soggetti i questionari WOHQoL, CES e una lista di sintomi fisici e psicosociali, nell'ambito del Progetto Europeo MentDis_ICF65+, volto alla valutazione della prevalenza, incidenza e gravità dei sintomi mentali nella fascia di età 65-84 anni ($M = 73$ $SD = 5,41$).

Risultati: il 62,3% ha una buona percezione della propria QoL. Di questi: il 75,7% riferisce un buon funzionamento nei diversi ruoli, l'81,4% ha contatti interpersonali soddisfacenti, il 63% nega la presenza di sintomatologia algica. Inoltre il 67,2% dei soggetti coniugati riferisce una buona QoL.

Conclusioni: le strategie di *coping* costituiscono una componente necessaria, ma non sufficiente al fine di determinare in senso positivo la QoL nell'anziano. Infatti anche chi valuta negativamente la propria QoL è in grado di utilizzare strategie funzionali. Emerge negli anziani del campione la consapevolezza di aver mantenuto un ruolo nella società e relazioni interpersonali significative, indici di modalità adattive, di apertura alla dimensione temporale presente e futura e di capacità di negoziazione della propria identità in relazione al trascorrere del tempo. Mancando in letteratura dati sulla popolazione anziana non clinica sarebbe interessante approfondire altri aspetti rilevanti sul piano biopsicosociale che influenzino la QoL.

Ringraziamo l'Unione Europea per il finanziamento al progetto MentDis_ICF65+ (Grant. 223105).

P257. Pronto soccorso e psichiatria: un anno di attività

M.G. Mazza, A. Filippo, F. Zottola, E. Becci, D. D'Epiro, S. Mammolenti, P. De Pasquali, D. Tocci, R. Pianini, E. Barrese, R. Miceli

Dipartimento di Salute Mentale, UOC SPDC, ASP Cosenza

È stata effettuata un'analisi descrittiva delle variabili cliniche e socio demografiche dei 700 pazienti visitati presso il PS nel periodo gennaio-dicembre 2010. La diagnosi è stata posta secondo i criteri della psicopatologia classica. Lo Psichiatra, chiamato in Pronto Soccorso, deve ridefinire la richiesta urgente (di per sé aspecifica), in termini medici o socio-ambientali o propriamente psichiatrici. L'analisi dell'attività svolta in un anno presso il PS ha permesso di intravedere uno spicchio di realtà in cui opera l'SPDC di Cosenza. Su due problematiche abbiamo concentrato la nostra riflessione. La 1° riflessione riguarda la fascia d'età maggiormente rappresentata al primo contatto (18-36 anni). È evidente come il PS e l'ospedale vengono ad essere individuati come filtro per il riconoscimento, la prevenzione e il trattamento del disturbo psichico. Per effetto della Legge 180, l'emergenza psichiatrica viene riconosciuta come un'emergenza medica, almeno in una prima fase. Il Pronto Soccorso, riesce a realizzare la propria "mission"? Cioè l'integrazione fra DSM, attraverso le sue strutture SPDC e CSM, e medicina. L'altra considerazione nasce dalla valutazione dell'elevato numero di consulenze per disturbi dello spettro ansioso-depressivo e riguarda i rapporti fra psichiatria e medicina generale. Nonostante le raccomandazioni dell'OMS di favorire i trattamenti psichiatrici nella medicina di base, la collaborazione tra DSM e MMG viene considerata ancora come un "optional" dal nostro sistema sanitario.

P258. Farmacoterapia dei disturbi di personalità: overview della letteratura sulle strategie di trattamento

G. Mircoli, C. Lucarelli, S. Bascioni, C. Bellantuono

Clinica Psichiatrica, Università Politecnica delle Marche, Ospedali Riuniti Ancona

Introduzione: i disturbi di personalità (DP) presentano tematiche in parte irrisolte e in continua evoluzione, soprattutto in relazione alle possibili strategie di trattamento psicofarmacologico e psicoterapico, nonché alle variabili di risposta clinica. L'intento di questo lavoro è di effettuare una revisione della letteratura sugli attuali orientamenti terapeutici nel trattamento dei pazienti con DP, evidenziandone anche alcune criticità.

Metodi: la ricerca è stata condotta dal 1980 a Settembre 2011 attraverso le principali banche dati. Sono stati presi in esame 151 RCT, consultate 14 revisioni della letteratura, 4 meta-analisi e 8 linee guida.

Risultati: gli studi si concentrano sulla gestione del paziente *borderline* e schizotipico, con qualche evidenza anche sul disturbo evitante e antisociale e l'intervento farmacologico è indicato soprattutto nel trattamento di impulsività, aggressività, instabilità affettiva e sintomi psicotici¹. Dal punto di vista farmacologico, gli SSRI sono molecole sicure ed efficaci nel modulare i sintomi della sfera affettiva anche se nella ricerca e nella pratica clinica l'attenzione è prevalentemente rivolta agli antipsicotici di seconda generazione (SGA) e agli stabilizzanti

dell'umore. Tra gli SGA, l'olanzapina è stata ampiamente sperimentata con buon controllo dei sintomi cognitivo-percettivi e del discontrollo degli impulsi². L'acido valproico e il topiramato, tra gli stabilizzanti, sono indicati nel trattamento di impulsività e disregolazione affettiva mentre il litio sembra avere anche un'importante azione preventiva nei confronti dei tentati suicidi. Nell'ambito di un approccio integrato, gli interventi psicoterapici a lungo termine sembrano essere quelli che mostrano i migliori risultati.

Conclusioni: Dall'analisi della letteratura emerge la difficoltà di effettuare RCT nei pazienti con DP e che i trattamenti standardizzati e *short-term* non sono sempre efficaci nel gestire una categoria così complessa e polimorfa di pazienti. È auspicabile intraprendere studi clinici che tengano maggiormente conto delle peculiarità dei DP e che abbiano *follow-up* a lungo termine³.

Bibliografia

- Ripoll LH, Triebwasser J, Siever LJ. *Evidence-based pharmacotherapy for personality disorders*. Int J Neuropsychopharmacol 2011;15:1-32.
- Mircoli G, Bascioni S, Lucarelli C, et al. *Atypical antipsychotic drugs in the drug treatment of borderline personality disorder: a systematic review*. Quaderni Italiani di Psichiatria 2010;29:51-8.
- Bender DS. *Treatment for borderline personality disorder: perils of the randomized controlled trial paradigm*. Acta Psychiatr Scand 2011;123:323-4.

P259. Gli stabilizzanti dell'umore nel management dell'impulsività nel paziente *borderline*

G. Mircoli, C. Lucarelli, S. Bascioni, C. Bellantuono
Clinica Psichiatrica, Università Politecnica delle Marche, Ospedali Riuniti Ancona

Introduzione: l'impulsività ha un ruolo sintomatologico centrale nel paziente con disturbo *borderline* di personalità (BPD) e rappresenta il tratto con la maggiore predittività nei confronti dei comportamenti suicidari e autodistruttivi.

Lo scopo di questo lavoro è di effettuare una revisione della letteratura sull'utilizzo degli stabilizzanti dell'umore nella gestione dei fenomeni impulsivi nell'ambito della patologia *borderline*.

Metodi: la ricerca è stata condotta dal 1980 a settembre 2011 attraverso le principali banche dati. Sono stati presi in esame 18 RCT placebo-controllati, consultate 14 revisioni della letteratura, 4 metanalisi e 8 linee guida.

Risultati: dall'analisi della letteratura è emerso che l'acido valproico è il farmaco più studiato ed efficace nel trattamento del discontrollo degli impulsi¹. Il topiramato è efficace e ben tollerato con miglioramento dell'ansia, delle somatizzazioni, dell'ostilità e del funzionamento globale senza tuttavia significative variazioni dei tratti ossessivo-compulsivi, della depressione e dei sintomi psicotici. La lamotrigina, nonostante il profilo di effetti collaterali, si è mostrata efficace nel controllo dell'aggressività. La carbamazepina e il litio migliorano il discontrollo impulsivo/comportamentale, l'instabilità affettiva, la rabbia e l'aggressività anche se un eventuale trattamento prolungato richiederebbe un attento monitoraggio dei livelli plasmatici spesso difficile da ottenere in questi soggetti².

Conclusioni: nonostante i miglioramenti ottenuti con tali farmaci, sono necessari ulteriori studi controllati, condotti su campioni più rappresentativi e per periodi di tempo più lunghi che permettano la raccolta di dati sistematici e possano condurre alla formulazione di linee guida più precise e affidabili.

Bibliografia

- Bellino S, Rinaldi C, Bozzatello P, et al. *Pharmacotherapy of borderline personality disorder: a systematic review for publication purpose*. Curr Med Chem 2011;18:3322-9.
- Ingenhoven T, Lafay P, Rinne T, et al. *Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials*. J Clin Psychiatry 2010;71:14-25.

P260. Potenziare l'acetilazione nel meccanismo di trascrizione: una nuova via epigenetica al trattamento della depressione maggiore

C. Nasca¹, D. Xenos¹, Y. Barone², A. Caruso¹, S. Scaccianoce¹, A.A. Mathé⁴, G. Di Lorenzo², C. Niolu², A. Siracusano², G. Battaglia³, F. Nicoletti³

¹ Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia, Sapienza Università di Roma ² Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università "Tor Vergata" di Roma; ³ INM Neuromed, Pozzilli; ⁴ Dipartimento di Neuroscienze, Karolinska Institutet, Stoccolma, Svezia

Un ruolo critico dell'epigenetica nella fisiopatologia della depressione è suggerito dall'evidenza che gli antidepressivi aumentano l'acetilazione degli istoni e gli inibitori delle istone-deacetilasi (HDAC) alleviano i sintomi depressivi in modelli animali. L-acetylcarnitina (LAC), farmaco utilizzato nel trattamento delle neuropatie dolorose, produce analgesia acetilando il fattore di trascrizione p65 (membro della famiglia "NFkB"), che attiva a sua volta l'espressione dei recettori metabotropici del glutammato mGlu2 nelle corna dorsali del midollo spinale. Nel presente studio abbiamo esaminato se la LAC fosse in grado di svolgere attività antidepressiva utilizzando ratti FSL (*Flinders-Sensitive-Line*), un modello genetico di depressione maggiore. Il trattamento con LAC (100 mg/kg, ip, una volta al giorno per 21 giorni) riduceva in modo significativo il tempo di immobilità al test del nuoto forzato dopo 3 giorni, e l'effetto persisteva nelle due settimane successive di trattamento. La sua azione era prevenuta da una singola somministrazione del composto LY341495 (1 mg/kg), antagonista preferenziale dei recettori mGlu2/3. Le analisi immunoblot e PCR *real-time* mostravano che il trattamento LAC aumentava in modo significativo l'espressione dei recettori mGlu2 nell'ippocampo e nella corteccia prefrontale di ratti FSL. Questi dati suggeriscono che la LAC esercita azione antidepressiva attraverso la regolazione epigenetica dell'espressione dei recettori mGlu2.

P261. Attività ippocampale e paraippocampale durante *encoding* e *retrieval* di stimoli verbali in memoria episodica

M.A. Nettis¹, A. Di Giorgio^{1,2}, M. Colizzi¹, L. Fazio¹, P. Taurisano¹, T. Quarto¹, M. Mancini¹, T. Papolizio², G. Blasi¹, M. Nardini¹, A. Bertolino^{1,2}

¹ Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Bari "Aldo Moro"; ² IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG)

Studi elettrofisiologici, lesionali e di *imaging* funzionale hanno dimostrato il ruolo cruciale dell'ippocampo (H) e del paraippocampo (PH) durante compiti di memoria episodica,

anche se la loro effettiva attività separata per *encoding* e *retrieval* rimane incerta. Scopo di questo studio è stato quello di valutare l'attività cerebrale in H-PH durante l'*encoding* e il *retrieval* di un compito di memoria episodica con un paradigma sperimentale di tipo *event-related*, che ovvia alle limitazioni dei paradigmi *block-design*. 19 soggetti sani (M/F = 10/9; età media \pm DS: $28 \pm 7,7$) sono stati sottoposti a fMRI con magneti a 3T durante lo svolgimento di un paradigma che consisteva di una fase di *encoding* "profondo" di stimoli verbali, e una di *retrieval*, con richiesta di giudizio di tipo "Vecchio/Nuovo".

I risultati comportamentali hanno dimostrato all'*encoding* e al *retrieval* un'accuratezza media pari rispettivamente a 97,05% e 87,3%, mentre il *t-test* dei dati di *imaging* effettuato in SPM8 (pFWE = 0,05, k = 3), ha dimostrato per la fase di *encoding* un'estesa attivazione bilaterale in H e PH, mentre per la fase di *retrieval* un'attivazione dell'H di sinistra. I dati di questo studio indicano che il complesso H-PH è attivo durante *encoding* e che l'H di sinistra è particolarmente coinvolto nel *retrieval* di stimoli verbali. Questo compito permetterà di esplorare l'attività di H e PH in pazienti con schizofrenia nei quali i deficit di memoria episodica costituiscono un'alterazione di tratto.

P262. La soddisfazione dei pazienti come indicatore dell'efficienza di un SPDC (risultati di una indagine)

L. Olivieri¹, N. Serroni¹, L. Serroni¹, A. D'Agostino, D. Campanella¹, D. De Berardis¹, A. Serroni, A.M. Pizzorno, T. Acciavatti², A. Carano, F.S. Moschetta¹, G. Di Iorio², M. Di Giannantonio²

¹ Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Ospedale Civile "G. Mazzini", Azienda Sanitaria Locale, Teramo; ² Dipartimento di Neuroscienze e Imaging, Cattedra di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" di Chieti

Introduzione: il problema dell'analisi che gli AA vogliono affrontare in questo lavoro si inserisce nel vasto filone di studi relativi alla qualità dei servizi sanitari. L'interesse verso la qualità del prodotto, nella fattispecie quello sanitario, appare un elemento irrinunciabile, in un processo di ripensamento dei servizi.

Obiettivo: in questo lavoro sono stati misurati i livelli di soddisfazione di pazienti ricoverati presso un SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura del PO di Teramo).

Metodi: prima della dimissione i pazienti ricoverati presso l'SPDC nell'anno 2010 hanno compilato un questionario di auto-valutazione sulla qualità dell'assistenza ricevuta. I dati raccolti sono stati correlati con alcune variabili demografiche, con dati clinici e con la tipologia di ricovero.

Risultati: il 69,2% dei pazienti con diagnosi di schizofrenia o altri disturbi psicotici (29,3% del campione), consiglierebbe il ricovero nella stessa struttura anche ad un proprio familiare, qualora ne avesse bisogno. La percentuale sale all'78,9% tra i pazienti affetti da disturbi dell'umore (47,3% del campione). Il 12,8% dei pazienti è stato ricoverato in regime di TSO e tra questi, il 62% ha espresso un giudizio positivo sulla propria degenza. Oltre il 75% degli intervistati ha espresso un giudizio di soddisfazione per tutte le dimensioni esaminate e la quantità di loro che giudicano in maniera negativa la qualità del servizio ("insoddisfacenti" e "pessimo") è inferiore al 5%. La dimensione rispetto alla quale gli intervistati indicano un giudizio di "ottimo" e la capacità di ascolto e

comprensione da parte degli operatori (33,6%) seguita dalle condizioni fisiche e psicopatologiche dopo la permanenza in reparto (24,3%).

Conclusioni: i risultati di questa indagine confermano l'importanza di considerare le opinioni dei pazienti alla stregua di indicatori primari dell'efficienza di una struttura sanitaria, la cui valutazione dovrebbe essere di stimolo e spingere gli operatori nel migliorare le loro modalità di comportamento lavorativo.

P263. Valutazione dell'efficacia degli antidepressivi e degli antipsicotici nel trattamento dei disturbi alimentari in adolescenza

M.G. Oriani², A. Simoncini¹, L. Orsolini¹, S. Giacomoni¹, C. Bellantuono¹

¹ Clinica Psichiatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ospedali Riuniti Ancona; ² Dipartimento Salute Mentale, ASUR Marche

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono al 3° posto tra le patologie croniche più frequenti nell'adolescenza dopo obesità e asma. L'anoressia nervosa (AN) è associata al più alto tasso di mortalità prematura tra tutti i disturbi psichiatrici. Appare pertanto fondamentale l'individuazione e l'attuazione di un precoce ed efficace progetto di cura che consideri, oltre agli aspetti nutrizionali e psicologici, la psicofarmacoterapia al fine di trattare le comorbidità spesso presenti, favorendo maggiore adesione all'intero trattamento e una più rapida ripresa psicofisica.

Abbiamo effettuato una revisione sistematica della letteratura pubblicata tra gennaio 1990-agosto 2011, riguardante l'uso di psicofarmaci in adolescenti (10-24 aa) affetti da AN. Escludendo *case report* e *case series* data la scarsa evidenza scientifica, solo 8 studi rientravano nei criteri: 2 RCT, 1 open trial, 4 studi retrospettivi e 1 *case-control*. Studi più accurati su questa popolazione risultano molto scarsi per motivi di ordine etico e problemi metodologici. D'altra parte l'età di esordio dell'AN è l'adolescenza e un trattamento tempestivo ed efficace ridurrebbe il rischio di cronicizzazione.

I clinici usano comunemente psicofarmaci per trattare bambini e adolescenti con DCA, ma la letteratura a riguardo è molto scarsa e pochi lavori supportano il loro uso in questa popolazione. Ulteriori ricerche sono necessarie per definire un trattamento farmacologico dei DCA basato sull'evidenza scientifica.

P264. Consapevolezza di malattia e funzioni cognitive in uno studio su pazienti ambulatoriali

S. Orlando, V. Preziosi, A. Fiengo, C. Elce, C. Mazza, D. Galletta, M. Casiello

AOU "Federico II" di Napoli, Dipartimento di Neuroscienze e Comportamento, Area Funzionale di Psichiatria

L'*insight* è una variabile clinica multidimensionale esplorabile con il test SAI-E. Gli *item* 1.2.3. esplorano la coscienza di malattia, come deficit fisico-mentale e come entità nosografica. Gli *item* 4.7.8. valutano le cause, i fenomeni, i sintomi e la possibilità di comprenderli e spiegarli. Gli *item* 5.6.9. esplorano le conseguenze socio-relazionali e le considerazioni sul trattamento. La mancanza di *insight* è messa in relazione a de-

ficit cognitivi (funzioni esecutive, *working memory*) da diversi studi in letteratura. Nel nostro lavoro sono esplorate le relazioni fra le dimensioni valutate con la SAI-E e i risultati della WAIS_R in un campione di 36 pz (psicosi, disturbi dell'umore, disturbi di personalità, disturbi del comportamento, DOC). Gli *item* 5.6.9. della SAI-E mostrano un trend di correlazione negativo con il sub test WAIS-R che esplora il versante esecutivo delle funzioni cognitive (riordinamento di storie figurate). Pazienti con *deficit* delle funzioni esecutive accetterebbero facilmente la storia clinica per introiettarla attraverso i resoconti di figure tecniche e dei familiari. Eviterebbero una personale analisi valutativa e troverebbero un equilibrio con la consapevolezza fornitagli dall'ambiente esterno e dalle dinamiche che la malattia innesca in esso. Un'altra spiegazione potrebbe essere data dall'ansia prestazionale, scaturita dalla consapevolezza di malattia, con riduzione delle *performance* al test. Per verificare le ipotesi bisogna valutare un campione più numeroso.

P265. Associazione tra varianti genetiche dei recettori D1 e D2 e sistema motorio

V. Paladini¹, L. Fazio¹, P. Taurisano¹, B. Gelao¹, M. Mancini¹, A. Porcelli¹, R. Romano¹, A. Incampo¹, G. Ursini¹, A. Rampino¹, A. Papazacharias¹, A. Di Giorgio^{1,2}, G. Caforio¹, G. Blasi¹, A. Bertolino^{1,2}

¹ Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Bari "Aldo Moro"; ² IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo, Foggia

Il *signaling* dopaminergico striatale svolge un ruolo cruciale nel controllo del movimento. Nel putamen, i recettori D1 e D2 per la dopamina sono in grado rispettivamente di eccitare o inibire le proiezioni talamiche in corteccia motoria. Sono state individuate diverse varianti nei geni che codificano per i recettori D1 e D2: un polimorfismo (rs1076560; G > T) del recettore D2 modula la risposta delle regioni motorie corticali e sotto-corticali, con l'allele minore T associato a maggiore attività. Una variante del gene che codifica per il D1 (rs686; A > G), inoltre, potrebbe influenzare la funzionalità del recettore, sebbene non siano stati ancora studiati i potenziali effetti sull'attività cerebrale. Obiettivo dello studio, condotto con fMRI, è stato valutare l'interazione tra le varianti geniche D1 rs686 e D2 rs1076560 nel modulare l'attività della corteccia motoria. 305 soggetti sani (D1 rs686: AA = 116, AG = 144, GG = 45; D2 rs1076560: GG = 240, GT = 65) sono stati sottoposti ad fMRI durante l'esecuzione di un compito visuo-motorio. L'analisi dei dati fMRI, condotta in SPM8 ($p < 0,05$), ha mostrato una significativa interazione tra le due varianti geniche in corteccia motoria primaria (l'area 4 di Brodmann): mentre l'effetto della variante D1 rs686 non sembra significativo nel contesto del genotipo D2 rs1076560 GG, per i soggetti GT, la presenza del genotipo D1 rs686 GG è associato ad una maggiore attività della corteccia motoria primaria rispetto ai soggetti con genotipo D1 rs686 AG. I risultati di questo lavoro mostrano quindi una interazione tra varianti geniche dei recettori D1 e D2 per la dopamina durante attività motoria e sottolineano l'importanza di indagare meccanismi poligenici nello studio del controllo del movimento.

P266. I trattamenti sanitari obbligatori dalla legge di riforma ad oggi: appropriatezza clinica e legale

M.F. Pantusa, N. Olivito, C. Scornaienchi
Dipartimento Salute Mentale ASP, Cosenza, CSM-Rogliano

Introduzione: l'obiettivo del presente lavoro è stato quello di esaminare le variabili socio-demografiche e cliniche dei pazienti ricoverati presso il SPDC di Cosenza in TSO e valutare la regolarità della procedura legale.

Metodi: sono stati presi in considerazione i soggetti ricoverati in TSO presso il SPDC nell'Ospedale Generale di Cosenza nel periodo che va dal 17.11.1978 al 31.12.2010.

Risultati: nell'arco di tempo considerato sono stati effettuati 11558 ricoveri, i TSO sono stati 2086 (18%). Il 68% dei ricoveri involontari riguarda pazienti maschi. Le due principali diagnosi rilevate sono i disturbi dello spettro schizofrenico e i disturbi comportamentali non meglio precisati. Le condizioni di non appropriatezza clinica riguardano lo 0,2% dei ricoveri. Sesso e diagnosi sono risultati significativamente associati. Nelle femmine sono più frequenti le psicosi affettive e le nevrosi e reazioni di adattamento. I maschi presentano un tasso significativamente più alto di dipendenza da sostanze. Nel corso del periodo considerato si registra un aumento delle psicosi affettive, disturbi di personalità e disturbi correlati all'abuso di sostanze. Diminuiscono, invece, le nevrosi e reazioni d'adattamento. Sostanzialmente stabili i disturbi dello spettro schizofrenico. La durata media di degenza, pari a $9,6 \pm 6,6$, è in linea con i dati nazionali. Un dato interessante per la sua numerosità è l'irregolarità della procedura, in tutte e tre le fasi previste dalla legge, che è registrabile nel 73,2% dei ricoveri nel corso dei primi 20 anni del dopo 180 e soltanto nell'ultimo decennio scende al 5% dei ricoveri.

Conclusioni: i risultati suggeriscono un profilo specifico per il paziente in ricovero involontario: maschio, età compresa tra 25-45 anni, inoccupato, celibe, livelli di scolarità medio-bassi e con diagnosi di schizofrenia. La procedura legale per l'ammissione involontaria risulta irregolare in un'alta percentuale di casi. Rare le condizioni di non appropriatezza clinica.

P267. Sintomi prodromici e schizofrenia in un campione di adolescenti del sud Italia: dati preliminari

M.F. Pantusa, S. Paparo, K. Porco, C. Scornaienchi
Dipartimento Salute Mentale ASP, Cosenza, CSM-Rogliano

Introduzione: nella maggior parte dei casi l'esordio della schizofrenia è preceduto da una fase di sintomi prodromici. Questo periodo è potenzialmente importante per promuovere interventi precoci.

Obiettivi: valutare la prevalenza e i correlati di sintomi prodromici auto-riportati in un campione di adolescenti.

Metodi: a un totale di 626 studenti di scuola secondaria (M/F 176/450, range d'età 16-20, età media $17,4 \pm 1,0$) è stato chiesto di compilare in forma anonima la versione italiana dello *Screening* per le Esperienze Psicotiche (SPE), un questionario a 20-item incentrato sui sintomi prodromici della schizofrenia. I partecipanti hanno, inoltre, completato un Questionario Socio-demografico, la Scala degli Eventi di vita, la SDA (*Self-Rating Anxiety Scale di Zung*) e la SDS (*Self-Rating Depression Scale di Zung*).

Risultati: la prevalenza di risposte positive ai singoli *item* oscilla tra il 10 e il 70%. È stata riscontrata una correlazio-

ne positiva tra il punteggio totale allo SPE e il punteggio alla SDA, alla SDS e al numero di Eventi di Vita ($p = ,000$). Inoltre, il punteggio totale allo SPE ha mostrato una significativa associazione con il sesso femminile e una storia di consumo di cannabis ($p < ,000$).

Conclusioni: i risultati sono in linea con la letteratura recente. I sintomi prodromici autoriporati sono molto comuni nel nostro campione, ma solo un piccolo gruppo di soggetti presenta contemporaneamente un alto punteggio allo SPE, ansia, depressione e uso di cannabis. Il dato può rappresentare un suggerimento per lo *screening* di campioni non selezionati e per l'attivazione d'interventi preventivi.

P268. Intervento di riabilitazione psichiatrica e prestazioni cognitive in pazienti con disturbi dell'umore

G. Perna, W. Micieli, F. Sacco, G. Borriello, D. Caldirola
Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Casa di Cura Villa S. Benedetto Menni, Albese con Cassano, Como

L'intervento di riabilitazione psichiatrica effettuato sui pazienti ricoverati presso il nostro dipartimento è costituito da percorsi riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, della cura del sé e del funzionamento psicosociale. Pochi studi hanno fino ad ora indagato il possibile effetto della riabilitazione psichiatrica sulle funzioni cognitive dei pazienti. Lo scopo del nostro studio è quello di valutare l'effetto di un intervento riabilitativo (4 settimane) sulle funzioni cognitive di un ampio gruppo di pazienti con depressione maggiore e disturbo bipolare (in episodio depressivo). I pazienti hanno effettuato una batteria testale neuropsicologica all'inizio e alla fine del ricovero. Nelle analisi sono stati inclusi solo i pazienti che hanno presentato prestazioni deficitarie/ai limiti di norma all'inizio del ricovero. Alla fine dell'intervento riabilitativo i pazienti hanno mostrato un miglioramento significativo delle prestazioni di memoria verbale, attenzione, fluency fonemica e semantica e della prassia costruttiva. Il miglioramento delle prestazioni di memoria, attenzione e fluency fonemica è risultato indipendente dall'entità del miglioramento dei sintomi clinici psicopatologici (misurati con scale psicometriche specifiche). I risultati suggeriscono che gli interventi di riabilitazione psichiatrica possano modificare alcuni *deficit* di elaborazione delle informazioni, di memoria o di attenzione nei pazienti con disturbi dell'umore.

P269. Polimorfismo HTR2A His452Tyr, spessore corticale e memoria di lavoro: uno studio di morfometria basata sulla superficie

V. Pierro¹, A. Di Giorgio^{1,2}, E. D'Ambrosio¹, A.M. Porcelli¹, L. Fazio¹, P. Taurisano¹, G. Ursini¹, T. Popolizi², M. Nardini¹, G. Caforio¹, G. Blasi¹, A. Bertolino^{1,2}

¹ *Psychiatric Neuroscience Group, Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Bari*; ² *Sezione di Neuroradiologia, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG)*

Diverse evidenze suggeriscono come il polimorfismo funzionale His452Tyr del gene HTR2A (rs6314, C > T) sia implicato nei processi di neuroplasticità. Scopo del presente studio è stato quello di valutare l'associazione di tale polimorfismo con lo spessore corticale cerebrale e l'eventuale relazione

con *performance* di *working memory*. 107 soggetti sani, 88 CC e 19 Tcar (16 CT e 3 TT), di comparabili caratteristiche socio-demografiche (età, sesso, QI) sono stati studiati mediante risonanza magnetica strutturale con magnetite a 3T. Lo spessore corticale è stato misurato con metodologia morfometrica basata sulla superficie. A tutti i soggetti, inoltre, è stato somministrato l'*N-Back* per valutare la memoria di lavoro. I risultati dell'analisi morfometrica indicano che i Tcar rispetto ai CC hanno uno spessore corticale aumentato in diverse aree cerebrali, tra cui il giro frontale medio e il cingolo anteriore. I dati neuropsicologici, invece, non evidenziano differenze statisticamente significative nelle *performance* all'*1-back* e al *2-back* (tutti i $p > 0,17$) tra CC e Tcar. Infine, è emersa una correlazione a livello di trend statistico ($r = 0,50$, $p = 0,06$) tra spessore corticale del giro frontale medio di sinistra e accuratezza al *2-back* nel gruppo dei Tcar. I risultati del nostro lavoro dimostrano che il polimorfismo HTR2A rs6314 influenza lo spessore corticale nei soggetti sani e suggeriscono che tramite questo meccanismo possa essere coinvolto nella modulazione dei processi cognitivi.

P270. 'QuiQ': Quick Instrument for Quality of Life. Un nuovo strumento per la valutazione rapida della qualità della vita generica

M. Piva Merli^{1,2}, A. Bianco¹, D. Scuticchio¹, M. Bertelli^{1,3,4}

¹ *CREA (Centro di Ricerca ed Evoluzione AMG), Firenze*; ² *DSNP (Dipartimento Scienze Neurologiche e Psichiatriche), Università di Firenze*; ³ *WPA-SPID (World Psychiatric Association - Section Psychiatry of Intellectual Disability)*; ⁴ *SIRM Società Italiana per lo Studio del Ritardo Mentale*

Introduzione: nella valutazione delle strategie e degli esiti degli interventi terapeutici sui problemi di salute mentale delle persone con disturbi dello sviluppo intellettivo (DSI) i parametri di normalità morfo-funzionale vengono progressivamente sostituiti da misure centrate sul sistema paziente-persona, come la qualità di vita (QdV). Nella forma più autentica, cioè quella generica (G), la QdV valuta la modulazione soggettiva di importanza attribuita e di soddisfazione provata negli ambienti di vita che hanno valore qualitativo per la vita di tutte le persone. La misurazione della QdV-G richiede che i questionari autocompilati vengano integrati con interviste rivolte ai *proxy*. Gli strumenti attuali sono troppo complessi e presentano tempi di utilizzo troppo lunghi.

Obiettivo: valutazione delle caratteristiche psicometriche di un nuovo strumento, denominato QuiQ, di facile e rapido utilizzo per la valutazione della QdV-G.

Metodi: il QuiQ, basato sulla Batteria di Strumenti per l'Indagine della Qualità di Vita (BASIQ), è stato applicato ad un campione di 105 persone con DSI, afferenti consecutivamente ai servizi di AMG (Firenze). Un sottogruppo di utenti è stato valutato anche col BASIQ.

Risultati e conclusioni: il QuiQ ha mostrato buone caratteristiche psicometriche: l' α di Cronbach è risultata pari a 0,92, la K di Cohen, utilizzata per calcolare la concordanza tra valutatori, è risultata > 0,7 e la rho di Spearman, applicata al calcolo della correlazione col BASIQ, > 0,8.

P271. La dimensione psicopatia nei disturbi di personalità di cluster B: correlati comportamentali e continuum con i disturbi narcisistico e antisociale di personalità

V. Politi, S. Costi, S. Antinori, A. Montali, M. Amore

Università di Parma, Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria

Nel DSM-IV-TR il disturbo antisociale di personalità (ASPD) è la categoria nosologica che più si accosta al concetto di psicopatia. Gli studi inerenti trattano soprattutto di popolazioni carcerarie, sebbene il crimine non debba essere considerato una componente essenziale del costrutto di psicopatia. Metodologia 48 soggetti con PD cluster B (SIDP-IV) valutati per variabili clinico-anamnestiche, livello totale di Psicopatia (PPI-R) e grado di Impulsività (BIS). Risultati I livelli di psicopatia risultano inferiori alla media di distribuzione nella popolazione generale. Da analisi correlazionali è emersa un'associazione tra punteggio PPI e Punteggi SIDP-IV di cluster B Totale Dimensionale e ASPD Categoriale e Dimensionale. Da analisi di tipo punto-biseriale si evince come la diagnosi categoriale di ASPD e/o disturbo narcisistico di personalità (NPD) si associ con un aumento del punteggio PPI. Ai livelli più elevati di PPI si associano minore gravità clinica, minor frequenza di tentativi di suicidio, maggiore comorbidità con abuso di sostanze e presenza di incarcerazioni.

Conclusioni: nonostante sia difficile riscontrare tratti psicopatici in un campione non carcerario, l'associazione con ASPD e NPD porta a considerarla come un *continuum*. La minore gravità clinica, la maggiore frequenza di incarcerazioni e la stretta associazione con ASPD nei pazienti a maggiore prevalenza di tratti psicopatici pone l'attenzione sul dibattito tuttora aperto della loro imputabilità giuridica

P272. Effetto della Integrated Psychological Therapy su abilità cognitive complesse in un gruppo di pazienti affetti da schizofrenia

E. Porcelli¹, A. Rampino^{1,2}, G. Ursini², D. Galetta¹, R. Romano², M. Mancini², D. De Rosa¹, E. Tragni Mattacchieri¹, A. Vacca^{1,2}, M. Nardini², A. Bertolino²

¹ Strutture riabilitative, Coop. Sociale Auxilium Altamura (BA);

² Università di Bari, Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche

I deficit cognitivi sono considerati uno degli aspetti "core", oltre che un importante fattore prognostico, della schizofrenia (scz). Ciò nonostante, scarse sono le conoscenze sull'effetto che la riabilitazione cognitiva può avere sul recupero di tali deficit.

Obiettivo del presente lavoro è quello di indagare l'impatto di un trattamento di riabilitazione cognitiva con approccio IPT (Metodo Brenner) sul recupero cognitivo in pazienti con scz. Tale trattamento ha lo scopo di consentire il riaddestramento di funzioni cognitive specifiche (percezione, attenzione e memoria) e di funzioni sociali. Abbiamo selezionato un campione (N = 25) di pazienti affetti da scz afferenti a strutture psichiatrico-riabilitative della Cooperativa Auxilium di Altamura (Bari). Il campione è stato suddiviso in due sottocampioni, uno di pazienti trattati con IPT (gruppo sperimentale) e uno di pazienti non trattati (controllo). L'impatto del trattamento è stato valutato nelle aree di Working Memory (WM), attenzione e flessibilità cognitiva attraverso la somministrazione di una batteria di task funzione-specifici prima

e dopo il trattamento della durata di 18 mesi (tempo T0 e T1). La nostra indagine mostra un effetto statisticamente significativo del metodo IPT sulle variazioni di performance di WM, flessibilità cognitiva e velocità di processamento (tutti i p < 0,05): mentre il gruppo di controllo peggiora, il gruppo sperimentale mantiene stabili le performance cognitive tra i tempi T0 e T1.

P273. L'aggressività come fenotipo complesso in interazione con cognitivtà, controllo emotivo e variazioni genetiche dei recettori D2 della dopamina

G. Punzi^{1,2}, G. Ursini^{1,3}, B. Gelao¹, L. Fazio¹, M. Mancini¹, A. Porcelli¹, F. Ferrante¹, R. Romano¹, P. Taurisano¹, L. Sinibaldi³, G. Blasi¹, R. Catanesi², A. Bertolino¹

¹ Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, ² Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, DiMIMP, Università "Aldo Moro", Bari; ³ Laboratorio Mendel, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG)

Geni che regolano la trasmissione dopaminergica sono stati correlati a fenotipi cerebrali associati a disregolazione emotiva e/o aggressività. Dati di brain imaging suggeriscono che un'eccessiva reattività dell'amigdala unita a un'inadeguata modulazione prefrontale aumenti la probabilità di agiti aggressivi. Lo SNP rs1076560 del gene *DRD2* ha effetti pleiotropici su cognizione ed elaborazione emotiva.

Obiettivo dello studio è analizzare la relazione tra aggressività, genotipo *DRD2* rs1076560 e controllo emotivo (Ce) e la loro interazione sulla Working Memory (WM). 78 soggetti sani, non offenders, sono stati genotipizzati per lo SNP citato (29M; età 25,9 ± 4,41; 51GG, 27GT), sottoposti a un'intervista sull'aggressività lifetime (Aggression History) e al Big Five Questionnaire; infine hanno eseguito un compito di WM, l'*N-Back*.

L'ANOVA evidenzia che i soggetti GG hanno maggiori punteggi di aggressività adulta rispetto ai GT (p < ,05). L'aggressività adulta, inoltre, aumenta con il diminuire del Ce (Spearman's Rho = -,30, p = ,019). La regressione multipla suggerisce che l'aggressività adulta sia modulata dallo SNP e dal Ce e interagisca con essi sulle performance di WM, specie a bassi carichi di lavoro (*1-back*) e inserendo i reaction time nel modello (F = 12,62; p < ,01).

Questi dati preliminari suggeriscono che il signaling dopaminergico D2 geneticamente determinato possa regolare elaborazione emotiva e tendenza all'aggressività in correlazione con processi cognitivi corticali.

P274. Effetto dell'umore indotto da stimoli uditivi sull'attività cerebrale durante elaborazione emotiva implicita

T. Quarto^{1,2,3}, G. Blasi³, L. Fazio³, P. Taurisano³, F. Ferrante³, M.A. Nettis³, M. Mancini³, B. Gelao³, A. Porcelli³, A. Bertolino³, E. Brattico^{1,2}

¹ Cognitive Brain Research Unit, Institute of Behavioral Science, University of Helsinki, Finland; ² Center of Excellence in Interdisciplinary Music Research, University of Jyväskylä, Finland; ³ Gruppo di Neuroscienze Psichiatriche, Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Bari "Aldo Moro"

Precedenti studi hanno dimostrato che lo stato affettivo influenza l'elaborazione conscia delle emozioni di base. In particola-

re, pazienti affetti da depressione hanno una spiccata sensibilità nella discriminazione di stimoli emotivi a valenza negativa e una scarsa capacità nel riconoscimento di uno stimolo emotivo positivo. Tuttavia nessuno studio ha finora indagato l'effetto di uno stato affettivo indotto in laboratorio sull'attività cerebrale durante elaborazione implicita delle emozioni di base. Lo scopo del presente studio è pertanto quello di investigare l'effetto di differenti stati affettivi associati alla percezione di stimoli uditi piacevoli e spiacevoli sull'attività cerebrale durante elaborazione emotiva implicita.

18 soggetti sani (6 M, età $26,8 \pm 3,8$) sono stati sottoposti a fMRI durante un compito di elaborazione implicita di facce dal differente contenuto emotivo (felice, arrabbiata, neutra). Il compito prevedeva 2 sessioni sperimentali che differivano per la valenza dello stimolo uditivo presentato: "musica" vs. "rumore". Tali sessioni sono state associate ad un cambio d'umore statisticamente significativo ($p < 0,001$), così come mostrato dai punteggi al questionario POMS.

L'analisi dei dati fMRI ha mostrato un effetto significativo della stimolazione uditiva durante elaborazione implicita di facce ($p < 0,005$) sulla corteccia prefrontale bilaterale (BA47), che risulta maggiormente attiva durante la condizione rumore rispetto alla condizione musica. L'analisi dell'interazione tra espressione facciale e stimolazione uditiva ha mostrato, invece, un effetto significativo ($p < 0,005$) sull'attività dell'insula di destra e della corteccia motoria di sinistra (BA6, 4). Tale interazione è spiegata da una maggiore attività dell'insula di destra durante la visione di facce con una valenza congrua allo stimolo uditivo presentato, e da una maggiore attività della corteccia motoria sinistra in risposta alla visione di facce felici durante la condizione musica e di facce neutre durante la condizione rumore. I risultati di questo studio suggeriscono che stimoli uditi sono in grado di indurre in laboratorio stati affettivi specifici modulando conseguentemente l'attivazione cerebrale durante elaborazione implicita di emozioni di base. Futuri studi potrebbero chiarire il ruolo di varianti genetiche individuali nella determinazione di tale fenotipo.

P275. Il ruolo dell'esperienza ottimale e della selezione psicologica nella costruzione dei progetti riabilitativi in psichiatria

F. Re¹, C. Viganò¹, M. Zabotto¹, A. Delle Fave², M. Bassi², G. Ba¹
Dipartimento di Scienze Cliniche "L. Sacco", Università di Milano, ¹ UO Psichiatria II; ² U Psicologia

La riabilitazione psichiatrica identifica, previene e riduce le cause dell'inabilità e aiuta il paziente a sviluppare le proprie risorse e capacità. La valutazione del processo riabilitativo tiene sempre più conto dell'esperienza soggettiva del paziente. Un'adeguata bilanciatura tra risorse, capacità e sfide percepite (costrutto dell'esperienza ottimale, EO) permette al soggetto di aderire meglio al proprio programma riabilitativo, cercando di ripetere le esperienze percepite positive e muovendosi verso una implementazione del processo evolutivo.

Promuovendo la coltivazione di obiettivi autoselezionati è possibile rendere il paziente protagonista del proprio percorso di cura e responsabile del proprio miglioramento.

Obiettivo del presente studio è verificare la presenza/ frequenza dell'EO nella vita del paziente, compreso il vissuto del percorso riabilitativo. Nello specifico del programma riabilitativo vengono analizzate le attività che favoriscono l'insorgenza della EO.

Materiali e metodi: sono stati reclutati 28 pazienti (17 in programmi residenziali e 11 semiresidenziali) cui sono stati somministrati il *Flow Questionnaire* (FQ) e il *Life Theme Questionnaire* (LT). I risultati mostrano che la maggior parte dei pazienti è in grado di identificare chiaramente situazioni nelle quali riconoscere l'EO e avere degli ambiti di progettualità (autonomia, relazioni interpersonali, salute). In quest'ottica il FQ/LT può diventare uno strumento utile per monitorare la personalizzazione del progetto riabilitativo.

P276. Psicoterapia interpersonale adattata al disturbo borderline di personalità: fattori predittivi di risposta

C. Rinaldi, P. Bozzatello, A. Blandamura, D. Paradiso, C. Brunetti, S. Bellino

Centro per i Disturbi di Personalità, Struttura Complessa di Psichiatria 1; Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Introduzione: in un precedente studio abbiamo confrontato l'efficacia della terapia combinata con fluoxetina e psicoterapia interpersonale adattata al *borderline* (IPT-DBP), proposta da Markowitz nel 2006, rispetto alla farmacoterapia singola in pazienti con DBP senza comorbidità attuale di Asse I o II. Il presente studio ha lo scopo di indagare i fattori predittivi di risposta al trattamento combinato che comprende l'IPT-BPD.

Metodi: è stato indagato il sottogruppo di pazienti arruolati nel precedente studio e trattati per 32 settimane con fluoxetina 20-40 mg/die + IPT-BPD. Sono state considerate le valutazioni al *baseline* (T0) e a 32 settimane (T1) con un'intervista clinica semistrutturata, SCID-I e II, CGI-S, BPDSI, HAM-D, HAM-A, SO-FAS e SAT-P.

Risultati: i dati sono sottoposti ad analisi statistica mediante regressione multipla, utilizzando come variabile dipendente il cambiamento T1-T0 del punteggio totale della BPDSI. I risultati attesi riguardano l'individuazione delle caratteristiche socio-demografiche e clinico-psicopatologiche che condizionano la risposta dei pazienti *borderline* ai trattamenti. L'identificazione di tali fattori predittivi potrà contribuire a mirare la scelta della terapia combinata.

I risultati sono descritti e discussi in riferimento alle implicazioni cliniche e ai dati di letteratura.

Bibliografia

Markowitz et al. *Interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder: possible mechanism of change.* J Clin Psychol 2006;62:431-44.

Bellino et al. *Adaptation of interpersonal psychotherapy to borderline personality disorder: a comparison of combined therapy and single pharmacotherapy.* Can J Psychiatry 2010;55:74-81.

P277. Il ruolo della riabilitazione cognitiva nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo e dei disturbi depressivi

A. Riva, G. Salomoni, V. Di Chiaro, S. Daccò, P. Cavedini, G. Perna

Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Casa di Cura Villa San Benedetto, Suore Ospedaliere, Albese con Cassano (CO)

La letteratura conferma l'efficacia di trattamenti integrati nella cura del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e dei disturbi de-

pressivi (DD). Tuttavia una percentuale di questi pazienti non trae beneficio da tali interventi. Individuare alternative terapeutiche richiede la determinazione di target di intervento, come le funzioni cognitive, su cui indirizzare le strategie di potenziamento. La specificità dei deficit cognitivi nel DOC e nei DD è nota. I pazienti DOC presentano deficit in abilità come *planning* e *decision making*, possibili tratti endofenotipici del disturbo. I soggetti DD presentano deficit nelle funzioni esecutive, attenzione e memoria anche in normotimia.

Interventi di potenziamento delle abilità cognitive possono incrementare la risposta terapeutica. L'efficacia della riabilitazione cognitiva (RC) è stata studiata nelle psicosi. Questo studio vuole studiare l'effetto della RC in soggetti con DOC e DD.

Scopo dello studio è valutare l'efficacia di un trattamento di RC in un campione di 20 soggetti DOC e DD nel ridurre la sintomatologia. I soggetti hanno effettuato sedute di RC (*Rehacom*) come potenziamento del trattamento farmacologico convenzionale e confrontati con relativo campione di controllo. Per l'*outcome* clinico sono state somministrate scale psicometriche (Y-BOCS, Ham-D, BDI).

I dati preliminari mostrano una significativa efficacia della RC nella riduzione della sintomatologia in entrambe le popolazioni rispetto al gruppo di controllo. Ulteriori approfondimenti sono necessari per valutare la specificità di tale intervento.

P278. Ruolo di varianti polimorfiche del gene *DRD2* nella risposta neuroendocrina allo stress acuto fMRI-correlato e loro impatto sulla *working memory*

G. Rizzo¹, A. Rampino¹, G. Ursini¹, L. Fazio¹, M. Mancini¹, B. Gelao¹, A. Porcelli¹, P. Taurisano¹, G. Maddalena¹, L. Colagiorgio¹, M. Attrotto¹, I. Andriola¹, M. Depalma¹, R. Masellis¹, G. Caforio¹, G. Blasi¹, M. Nardini¹, A. Bertolino^{1,2}

¹ Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Bari "Aldo Moro"; ² IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo, Foggia

L'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, i recettori D2 della dopamina e la *working memory* (WM) interagiscono nella risposta dell'organismo a situazioni stressogene. Nel presente lavoro, abbiamo utilizzato la fMRI come evento stressogeno acuto e quantificata la risposta allo stress mediante misurazione del cortisolo salivare ad una condizione di *baseline* (finestra temporale 10.30/11.30) e prima e dopo fMRI. Al fine di investigare l'impatto di varianti genetiche del gene dei D2 (*DRD2*) sull'andamento della curva cortisolemica e sulla WM, abbiamo poi valutato la relazione tra il genotipo *DRD2* rs1076560 (G > T), i livelli di cortisolo nei tre momenti descritti e le *performance* di WM (valutate con *N-Back*) in 21 soggetti sani (11 M; età media: 29,04 ± DS 10,39). Il picco cortisolemico pre-fMRI riportato nel nostro campione dimostra che la fMRI costituisce un evento stressogeno. I risultati mostrano che nei soggetti con genotipo GG per lo SNP rs1076560, il cortisolo salivare pre-fMRI correla in maniera statisticamente significativa sia con l'*accuracy* all'1 *Back* (Rho = 0,78; p = 0,02) e al 3 *Back* (Rho = 0,71; p = 0,02), sia con il tempo di reazione all'1 *Back* (Rho = -0,6; p = 0,03) e al 2 *Back* (Rho = -0,6; p = 0,03). La stessa correlazione esplorata nei GT mostra che il cortisolo pre-fMRI è correlato con il tempo di reazione al 3 *Back* (Rho = 0,88; p = 0,001). Questo lavoro dimostra che la WM è correlata allo stress acuto e alla variabilità interindividuale genetica del *signaling* dopaminergico dei recettori D2.

P279. Funzionamento nel paziente schizofrenico: risultati di un'indagine condotta in Italia ed EMEA (Europa, Middle East & Africa)

A. Rossi¹, M.G. Giustra²

¹ Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università de L'Aquila;

² Medical Affairs, Janssen-Cilag SpA, Cologno Monzese (MI)

Introduzione: due terzi dei pazienti con schizofrenia non è in grado di esercitare ruoli elementari nei domini essenziali della vita sociale. Il DSM-IV richiede che la valutazione del funzionamento sia parte integrante nella scelta della terapia.

Metodi: survey condotta in 39 Paesi EMEA (3610 psichiatri, 95 italiani). Il questionario (17 domande) indagava: importanza clinica, valutazione e gestione del funzionamento personale e sociale nei pazienti schizofrenici.

Risultati: in Italia ed EMEA 3 pazienti su 4 mostrano un funzionamento compromesso o molto basso. La maggioranza degli psichiatri italiani concorda che il funzionamento sia un importante obiettivo di trattamento per il paziente (Italia 97%, EMEA 91%) e per la famiglia (Italia 91%, EMEA 90%). Molti clinici concordano con l'importanza di un monitoraggio regolare del livello di funzionamento (Italia 86%, EMEA 84%) e in Italia il 73% lo effettua ad ogni visita mediante l'intervista clinica (EMEA 55%), solo il 7% utilizza delle scale di valutazione (EMEA 6%). Per migliorare il livello di funzionamento dei pazienti il 14% degli psichiatri italiani preferisce intervenire con un trattamento farmacologico (EMEA 26%), il 67% è orientato ad attuare interventi psicosociali (EMEA 47%).

Conclusioni: sebbene gli psichiatri riconoscano che i pazienti schizofrenici hanno uno scarso funzionamento, rimane tuttora la necessità di una sua strutturata valutazione affinché possa diventare uno degli obiettivi principali di trattamento.

P280. Perdersi in un bicchiere

G. Rossi¹, G.L. Pulcino²

¹ UO Salute Mentale ASL Caserta; ² MMG ASL Caserta

Modalità di monitoraggio: è stato sottoposto un questionario in forma anonima agli alunni delle classi seconde (14-16anni) di un Istituto Scolastico di Caserta che ha coinvolto ben 16 classi di diversa formazione.

Gli alunni coinvolti sono stati in numero di 341 di cui 95 maschi (28%) e 246 femmine (72%).

Il questionario somministrato contiene 10 quesiti a risposta chiusa che riguardano le diverse forme di associazionismo giovanile e le abitudini individuali riferite al consumo di bevande alcoliche. Da precisare che la popolazione studentesca indagata è stata preliminarmente suddivisa in due gruppi (maschi e femmine), per cui le risposte fornite sono state rapportate percentualmente e confrontate per evidenziare eventuali differenze fra i due sessi.

Conclusioni: i dati raccolti dal questionario hanno evidenziato come i ragazzi trascorrono la maggior parte del tempo libero con gli amici (71% M; 87% F), purtroppo poco attratti dagli ambienti culturali (4%).

Le bevande alcoliche sono consumate con gli amici (63% M; 48% F) e l'età in cui è stata consumata la "prima" bevanda alcolica è di 13 anni per i maschi (21%) e di 14 per le femmine (30%) e che tale abitudine si ripete "almeno" 1 volta a settimana. Infatti se si sommano le risposte sulla frequenza e le abitudini sull'assunzione di bevande alcoliche nei due sessi, compare un'allarmante maggioranza di ragazzi che ne fa uso anche 2-3

volte a settimana. Tornando alle abitudini, i luoghi che favoriscono l'assunzione incontrollata delle bevande alcoliche sono soprattutto le feste tra gli amici (67% M; 69% F), ma il dato interessa anche l'ambiente familiare (36% M; 24% F) e, caratteristica non di poco conto, l'assunzione avviene "non" durante i pasti (74% M; 85% F).

Attraverso il questionario si evidenzia che l'età in cui è avvenuta la "prima ubriacatura" è stata di 14 anni sia per i maschi che per le femmine.

Sono state inoltre confermate consuetudini negative sulla modalità delle bevute nei ragazzi quali il *binge drinking*, cioè quel bere in modo compulsivo diverse unità (6) alcoliche miscelando varie sostanze (birra, vino, superalcolici) anche con sostanze stimolanti.

P281. Non tutti furono creati uguali: antipsicotici antagonisti del recettore D2R, atipicità e modulazione genica precoce

R. Rossi, E.F. Buonaguro, F. Marmo, L. Avvisati, G. Latte, C. Tomasetti, F. Iasevoli, A. de Bartolomeis

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

L'atipicità di un antipsicotico è stata a lungo correlata allo spettro recettoriale pleiotropico o alla ridotta affinità per i recettori dopaminergici D2. Questo concetto è tuttavia messo in crisi dall'osservazione che le benzamidi, il cui effetto antipsicotico e la minore incidenza di eventi avversi di tipo extrapiramidale (EPS) è ben documentata in clinica, presentano esclusivamente azione sui recettori D2R-like per i quali mostrano una rilevante affinità. L'analisi topografica dell'induzione di geni precoci (ovvero trascritti rapidamente) rappresenta un potente "bisturi molecolare" per sondare gli effetti differenziali del meccanismo d'azione di farmaci psicotropi. Sono stati quindi comparati in questo studio, mediante imaging molecolare in un modello animale, gli effetti di due bloccanti D2 strutturalmente diversi, alogiperidolo (Alo, 0,8 mg/kg) e amisulpride (Ams, 10 mg/kg; 35 mg/kg), sui trascritti di geni precoci con multiple, ma distinte, funzioni trasduzionali: *Homer1a*, *Arc* e *c-Fos*.

Ams induce *Homer1a*, *Arc* e *c-Fos* nelle aree mediali del Caudato-Putamen (CP, $p < 0,05$), correlate con funzioni prevalentemente comportamentali; Alo induce i medesimi geni nelle aree laterali del CP, correlate con funzioni motorie e insorgenza di EPS.

I risultati mostrano che Ams, sebbene possieda un profilo molecolare simile a quello di un antipsicotico tipico, mostra un *pattern* topografico di induzione genica significativamente diverso, contraddicendo la differenziazione comunemente accettata tra antipsicotici tipici e atipici.

P282. Disturbi dell'alimentazione: studio di prevalenza su un campione di adolescenti delle scuole secondarie di Napoli

G. Russo; MF. Buonocore; G. Di Pietro

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione Psichiatria, Università "Federico II" di Napoli

Introduzione: gli studi epidemiologici sui DA sono ormai numerosi. I risultati sono spesso diversificati o addirittura contrastanti, indicando necessariamente delle linee di tendenza, piuttosto che

dati certi. In Campania tale approccio è scarsamente utilizzato per ricercare popolazioni a rischio di DA, probabilmente perché alla popolazione sintomatica vengono dedicate le maggiori risorse della ricerca scientifica.

Obiettivo: questo studio si propone di rilevare la prevalenza dei DA in un campione di studenti delle scuole superiori di Napoli (250 alunni/e di età compresa tra i 14 e 19 anni).

Metodi: lo strumento dell'indagine è costituito da: questionario anagrafico anamnestico; test sull'influenza dei fattori socioculturali; *Rosenberg Self-Esteem Scale*; *Eating Disorders Examination Questionnaire*.

Risultati: è emerso che le femmine danno un'importanza maggiore alla ricerca della migliore forma fisica, con maggior frequenza di regimi alimentari controllati; sono apparse inoltre molto più preoccupate per la propria immagine e vulnerabili all'influenza dei Media rispetto ai maschi e hanno totalizzato punteggi più alti nella scala che valuta il rischio di sviluppo dei DA.

Conclusioni: pur con i limiti legati alla grandezza del campione, abbiamo ottenuto un quadro contestualizzato nel territorio napoletano riguardante le tendenze degli adolescenti nel comportamento alimentare. Una prospettiva di lavoro futuro potrà essere di seguire nel tempo l'evoluzione degli studenti considerati a rischio.

P283. Valutazione dei genitori di pazienti affetti da ADHD: comorbilità psichiatrica

S. Ruta, F. Magnano, G. Crisafulli, E. Aguglia

AOU Policlinico "G. Rodolico", Vittorio Emanuele II, Catania, UOPI di Psichiatria

Introduzione: la sindrome da ADHD è un disturbo dall'eziopatogenesi multifattoriale. Studi di tipo familiare e di genetica molecolare sostengono che l'ADHD comporti un ipofunzionamento dei sistemi catecolaminergici, evidenziando il ruolo fisiopatologico dei circuiti dopaminergici fronto-striatali. È stato stimato che nel 50% dei bambini affetti persiste tale quadro nell'età adulta e presenta un'elevata comorbilità per il disturbo bipolare e di personalità.

Materiali e metodi: l'obiettivo primario è valutare la presenza di ADHD e di disturbi psichiatrici, con riferimento al DB e ai DP, nei genitori di bambini affetti da ADHD in trattamento presso l'ambulatorio di NPI del nostro nosocomio. Ai genitori sono state sottoposte le seguenti valutazioni cliniche: ASRS v. 1.1, SCID II-SV, SCID I-CV, MDQ, WURS. L'obiettivo ulteriore sarà quello di valutare la concordanza di alterazioni genetiche tra bambini e genitori mediante la ricerca di specifici polimorfismi (VNTR e SNPs) dei geni DAT1 e DRD4.

Risultati: si evidenzia nei genitori positività del *test* di *screening* per ADHD circa nel 60% dei casi in associazione con disturbo ipomaniacale nel 18% dei casi, di tratti antisociali rilevati tramite la SCID II-SV. Risultano negativi i *test* somministrati ai genitori adottivi. Lo studio della componente genetica è da considerarsi nelle fasi iniziali.

Conclusioni: dalle prime indagini effettuate possiamo confermare la presenza di disturbi psichiatrici, con particolare riferimento al DB e ai DP, nei genitori di bambini affetti da ADHD.

Bibliografia

Tamam L, Karaku G, Ozpoyraz N. *Comorbidity of adult attention deficit Hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008;258:385-93.

Klassen, Katzman, Chokka. *Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder*. Canada 2009.

Sharp SI, McQuillin A, Gurling HM. *Genetics of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. *Neuropharmacology* 2009;57:590-600.

P284. Valutazione degli esiti di un intervento cognitivo-comportamentale negli utenti affetti da episodio depressivo maggiore o disturbo bipolare in fase depressiva afferenti al servizio psichiatrico universitario di diagnosi e cura di L'Aquila

A. Salza, R. Ortenzi, V. Marola, M.G. Marinangeli, D. Ussorio

Corso di Laurea in Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica; Servizio Psichiatrico Universitario Diagnosi e Cura, Università de L'Aquila

Scopo: verificare l'efficacia di un intervento cognitivo - comportamentale in un gruppo sperimentale (G1) rispetto ad uno di controllo (G2) su: psicopatologia, *compliance* farmacologica, abilità di *coping* e qualità di vita in pazienti afferenti al Servizio Psichiatrico Universitario di Diagnosi e Cura o al *Day-Hospital*, Ospedale San Salvatore di L'Aquila dal dicembre 2010 a luglio 2011 con diagnosi di episodio depressivo maggiore o disturbo bipolare, fase depressiva

Materiali e metodi: dei 29 pazienti, 19 (G1) hanno partecipato a tutti gli incontri e 10 a meno di 3 (G2). I moduli trattati durante gli incontri sono stati:

- *che cosa è accaduto prima del ricovero?*
- *disturbi dell'umore --> tristezza e gioia*
- *che cosa è la depressione?*
- *depressione e psicofarmaci.*

Tutti i soggetti sono stati valutati all'ingresso (t0), alla dimissione (t1) e dopo 3 mesi (t2) con i seguenti strumenti:

- *Brief Psychiatric Rating Scale 4.0 (BPRS 4.0);*
- *Drug Attitude Inventory (DAI);*
- *Hamilton Depression Rating Scale (HAM-d);*
- *Beck Depression Inventory (BDI);*
- *Cope;*
- *World Health Organization Quality of Life-bref (WHOQOL-bref) (1998).*

Risultati: i risultati ottenuti hanno mostrato miglioramenti statisticamente significativi nella BPRS ($p = 0,04$), nell'HAM-D ($p = 0,04$), nella BDI ($p = 0,04$) e nella WHOQOL-BREF ($p = 0,05$) nel G1 rispetto al G2. Mentre non ci sono differenze statisticamente significative per quanto riguarda le abilità di *coping* e la *compliance* farmacologica.

Conclusioni: un intervento strutturato di gruppo all'interno di un SPUDC se svolto con continuità può risultare efficace nel ridurre la sintomatologia e migliorare la qualità di vita nei pazienti con diagnosi di depressione maggiore.

Bibliografia

Vendittelli N, Veltro F, Oricchio I, et al. *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*. Torino: Centro Scientifico Editore 2008.

P285. Stigma e discriminazione negli studenti dei CdL in professioni sanitarie: uno studio con lo *Stigmaquest*

L. Starace, M. Altamura, A. Petito, A. Bellomo

Dipartimento Scienze Mediche e del Lavoro, Università di Foggia

Lo Stigma è uno dei principali ostacoli al reinserimento sociale dei pazienti con malattia mentale. Il nostro studio ha indagato lo stigma legato alla malattia mentale in una popolazione di studenti dei corsi di laurea (CdL) delle professioni sanitarie. 236 studenti hanno risposto alle domande di un questionario autosomministrato (*Stigmaquest*). Il questionario è composto da quattro parti per la valutazione della distanza sociale, del sistema di credenze e degli stereotipi verso la malattia mentale e le figure medico-professionali che se ne occupano. L'analisi fattoriale ha consentito di individuare 5 fattori di stigma (var. tot. 65%) nei confronti dei pazienti con malattia mentale fondati su atteggiamenti discriminatori: 1) pericolosità da contenere in ospedale 2) desocializzazione intenzionale 3) inettitudine lavorativa 4) inutilità culturale 5) debolezza morale. Per quanto riguarda gli atteggiamenti nei confronti delle figure mediche-professionali il 33% degli intervistati ritiene che essi agiscano sulla base di elevate qualità morali, il 16,3% che svolgano un lavoro di pubblica utilità, il 7,2% ritiene che essi siano contaminati dalla stessa malattia che curano, il 6,5% li ritiene dei guardiani. Nella terza e quarta parte emergono gli stereotipi (*cluster analysis*). Lo stigma verso i malati mentali è un fenomeno radicato e ubiquitario nonostante le politiche di contrasto allo stigma. Lo *stigmaquest* è utile per la valutazione dello stigma in ambito formativo.

P286. Relazione fra variazione genetica del recettore D2 e dimensione schizotipica nella modulazione della disponibilità dei recettori D2 e dell'attività cerebrale durante controllo attentivo

P. Taurisano¹, M. Mancini¹, R. Romano¹, M. Colizzi¹, G. Ursini¹, A. Niccoli Asabella², B. Gelao¹, L. Fazio¹, L. Lo Bianco^{1,3}, A. Di Giorgio^{1,4}, I. Andriola¹, R. Masellis¹, G. Caforio¹, L. Sinibaldi⁴, M. Nardini¹, T. Popolizio⁴, G. Blasi¹, G. Rubini², A. Bertolino¹

¹ *Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso*, ² *Unità di Medicina Nucleare, Dipartimento di medicina interna e medicina pubblica, Università di Bari "Aldo Moro"*; ³ *Dipartimento di Neuroscienze, Università politecnica delle Marche, Ancona*; ⁴ *IRCCS Casa Sollievo della sofferenza, San Giovanni Rotondo*

Studi precedenti hanno implicato la schizotipia come fattore di rischio per schizofrenia. Altri studi hanno riportato alterazioni delle funzioni cognitive e della densità dei recettori D2 della dopamina in soggetti schizotipici. Un polimorfismo di un singolo nucleotide (SNP) intronico del gene per i D2 (*DRD2 rs1076560*) modula il rapporto di espressione fra isoforme *short* e *long* del recettore D2, maggiore per l'allele G rispetto all'allele T. L'allele T è associato a bassa disponibilità di recettori D2 nello striato e inefficienza prefrontale durante elaborazione cognitiva. Scopo del nostro studio è indagare possibili interazioni fra *DRD2 rs1076560* e schizotipia, misurata con lo *Schizotypal Personality Questionnaire* (SPQ), sull'attività cerebrale durante compiti di attenzione e sul *binding* dei recettori D2. 67 soggetti sani sono stati genotipizzati per *DRD2 rs1076560* e sottoposti al CPT (*Continuous Performance Test*) e al VAC (*Variale Attentional Control*) durante fMRI. 25 soggetti hanno eseguito una

SPECT con $^{123}\text{IBZM}$, che si lega ai recettori D2. Tutti i soggetti hanno compilato l'SPQ. I risultati mostrano che i soggetti GG avevano punteggi più bassi all'SPQ rispetto ai soggetti GT ($p = 0,008$). In questi ultimi era presente una correlazione negativa tra punteggi all'SPQ e le *performance* al CPT ($r = -0,45$) e al VAC ($r = -0,68$). L'attività in corteccia prefrontale (BA9) durante il VAC correlava positivamente con i punteggi all'SPQ. Infine, era presente una correlazione positiva tra la disponibilità di recettori D2 e punteggi all'SPQ ($r = 0,78$). Questi risultati suggeriscono che il segnale dopaminergico geneticamente determinato è associato a livelli differenziali di schizotopia e che tale effetto modula in maniera differenziale la relazione esistente tra questo tratto di personalità e fenotipi cerebrali rilevanti per la schizofrenia.

P287. Screening e PTSD in Nord Uganda

C. Terribili, R. Kasujja, M. Maganzini, G. Giaimis
GRUPPO ACCADEMIA di Ricerca e Formazione Clinico-pedagogica e Psicosociale

Il Nord Uganda ha sperimentato un lungo e doloroso conflitto interno che ha lasciato non pochi segni nella popolazione. Abbiamo effettuato uno *screening* utilizzando il test SDQ, per evidenziare eventuali psicopatologie, agli studenti di alcune scuole pubbliche della regione di Agago, nel distretto di Pader. Il questionario è stato consegnato anche agli insegnanti e ai tutori dei ragazzi coinvolti. Condividiamo questo lavoro perché il test SDQ si è confermato uno strumento di facile implementazione e che permette una prima analisi della condizione psicopatologica del bambino. I risultati dello *screening*, ci hanno permesso di indirizzare futuri progetti rivolti a bambini e insegnanti.

P288. Interazione funzionale tra varianti geniche che regolano la dopamina in corteccia prefrontale

A. Tomasicchio, L. Fazio, P. Taurisano, B. Gelao, M. Mancini, A. Porcelli, T. Quarto, L. Ursini, A. Rampino, A. Di Giorgio, G. Caforio, G. Blasi, A. Bertolino
Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso, Università di Bari "Aldo Moro"

Un fenotipo intermedio cognitivo che risulta compromesso nei pazienti con schizofrenia, è rappresentato dalla *working memory* (WM). Molteplici studi mostrano come il *signaling* dopaminergico in corteccia prefrontale dorso laterale (DLPFC) sia cruciale durante l'esecuzione di compiti di WM, essendo in grado di modulare la risposta funzionale della DLPFC e le *performance*. Differenti varianti geniche possono influire sul tono dopaminergico in DLPFC, tra queste, alcuni polimorfismi di un singolo nucleotide (SNP) dei geni che codificano per i recettori dopaminergici D1 (*rs686 A/G*) e D2 (*rs1076560 G/T*) e dell'enzima che inattiva la dopamina sinaptica COMT (*rs4680 Val¹⁵⁸Met*). Obiettivo di questo studio è stato valutare l'interazione tra i SNP D1 *rs686*, D2 *rs1076560* e COMT *rs4680*, sull'attività cerebrale durante WM. 260 soggetti (108 M, età media $26 \pm 6,8$, QI $110,04 \pm 12,99$) sono stati sottoposti a fMRI durante l'esecuzione di un compito di WM. L'analisi dei dati fMRI (SPM8, $p < 0,005$) ha mostrato un'interazione significativa dei tre SNP in DLPFC di sinistra. In particolare, i soggetti portatori del genotipo *Val/Val* per COMT *rs4680*, mostravano

una maggiore attività in DLPFC associata all'allele D1 *rs686 A* in presenza del genotipo *DRD2 rs1076560 GG*, rispetto ai D1 *rs686 GG* e un opposto effetto del D1 *rs686* in presenza del genotipo *DRD2 rs1076560 GT*. Tali risultati mostrano come varianti geniche in grado di modulare i livelli di dopamina possano avere effetti interattivi sulla attività della DLPFC, suggerendo l'importanza di valutare le interazioni tra più geni nello studio della schizofrenia.

P289. Disagio adolescenziale, prodromi ed esordi precoci: ipotesi di intervento

A. Tridente, M. Petrosino, G. Napoli, G. Fiore
UO Salute Mentale DS67, Dipartimento Salute Mentale, ASL Salerno

Crescenti evidenze suggeriscono la necessità di interventi precoci sul disagio psichico adolescenziale per influenzarne positivamente il decorso e la prognosi. La UOSM DS67 ha elaborato ad hoc un progetto per la identificazione di tratti patologici di personalità in studenti degli istituti superiori che insistono nel territorio di competenza. È documentata, infatti, l'associazione *long-life* tra assetto personologico, abuso di sostanze, rischio suicidario e disturbi in asse I. Lo studio consta di una fase di *screening* e una fase operativa: la prima prevede la somministrazione del *Personality Diagnostic Questionnaire-4th Edition* (PDQ-4) a 321 studenti (età 16-21 anni), la seconda di sottoporre i soggetti positivi al test a un colloquio clinico e a scale di valutazione al fine di perfezionare la diagnosi, predisporre una presa in carico e monitorare tramite *follow-up*. I risultati evidenziano che il 43,9% degli adolescenti presenta almeno 1 tratto patologico di personalità con una prevalenza del paranoide e dell'ossessivo, mentre i tratti schizoide e dipendente appaiono i meno rappresentati. Elevata è inoltre la copresenza di molteplici tratti associati, segno di un significativo disagio. Nel corso del progetto sono emerse come criticità le resistenze delle famiglie, dei ragazzi e delle istituzioni scolastiche rispetto alla fase operativa, indice della ineludibile necessità di campagne di sensibilizzazione relative alla prevenzione delle patologie psichiatriche.

P290. Psicopatologia e transessualismo: analisi di un campione di 100 soggetti mediante MMPI-2

M. Tyropani, C. Palumbo, V. Pace, O. Todarello
Dipartimento di psichiatria, Università di Bari

I disturbi dell'identità di genere fanno parte del capitolo dei disturbi sessuali e dell'identità di genere. Sono caratterizzati da persistente disagio per il proprio sesso biologico e dal desiderio di perdere le proprie caratteristiche sessuali (APA, 2000). Il presente lavoro propone uno studio esplorativo atto ad individuare eventuali caratteristiche personologiche e psicopatologiche nei pazienti transessuali. Il test che abbiamo somministrato è l'(MMPI-2). Analisi preliminari del nostro campione ha confermato che non è stata trovata nessuna differenza significativa nel gruppo DIG, rispetto ai dati normativi raccolti in soggetti sani, in termini di caratteristiche sia cliniche che di personalità. Questi risultati sostengono l'idea che la condizione di transessualismo, pur causando sentimenti negativi e *stress* psicologico, potrebbe non essere considerato un disturbo psichiatrico. Inoltre si evince che la necessità di

sviluppare un insieme di strumenti specifici e standardizzati per la valutazione per DIG.

P291. L'utenza di un servizio di identità di genere: studio epidemiologico

M. Tyropani, C. Palumbo, V. Pace, L. Quagliarella, S. Scarano, A. Loiacono, L. Lacarbonara, O. Todarello

Dipartimento di Neuroscienze e degli Organi di Senso, Università "Aldo Moro" di Bari

Il transessualismo (APA, 2000) ha attirato una sempre maggiore attenzione a causa dell'aumento della sua incidenza nella popolazione mondiale. Tale disturbo si manifesta con una discordanza tra il sesso biologico e il vissuto soggettivo di appartenenza al corrispondente genere sessuale, in assenza di una chiara e definita anomalia genetica o biologica. Nell'ultimo decennio, questo disturbo rappresenta uno degli argomenti di maggiore interesse sia nell'ambito della ricerca, sia nell'organizzazione di servizi che prendano in carico quest'utenza, dato l'incremento di domande per l'intervento di RCS. Scopo del presente studio è quello di proporre un'indagine epidemiologica su 206 utenti che dal 1997 ad oggi sono afferiti presso il nostro servizio, al fine di evidenziare le caratteristiche demografiche, il livello di scolarizzazione e il numero degli accessi. È stata utilizzata un'analisi descrittiva, per le variabili sesso, età, livello di scolarizzazione. È stato effettuato il *test T di Student*, per il confronto delle medie fra il gruppo di M to F e il gruppo F to M. L'utenza del servizio di DH è costituita in larga prevalenza da 159 maschi (75%) con una età media di 25,9 (ds \pm 6,25) anni e da 47 donne (25%) di età media 26,6 (\pm 7,2); (t-test $p <$,0. 46). La scolarità media per entrambi i sessi è intorno ai dieci anni (media \pm DS; M = 10,9 \pm 3,1; F = 10,7 \pm 3,4; t-test, $p <$ 0,51). Non si sono riscontrate differenze statisticamente significative tra i due sessi per questa variabile.

P292. Aderenza alla terapia e sue implicazioni nel paziente con schizofrenia: risultati di una indagine condotta in Italia ed EMEA (Europe, Middle East & Africa) sugli infermieri

M. Vaggi¹, M.G. Giustra²

¹ Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASL 3 "Genovese";

² Medical Affairs, Janssen-Cilag SpA, Cologno Monzese (MI)

Introduzione: i pazienti affetti da schizofrenia presentano un'elevata percentuale di parziale/mancata aderenza alla terapia (fino al 72%)¹.

Metodi: survey condotta in 29 paesi EMEA con interviste a 4120 infermieri professionali. Il campione italiano (150 infermieri) ha dato la propria opinione relativa a: importanza di parziale/mancata aderenza alla terapia, potenziali cause, attività per migliorarla compreso il ruolo dei familiari/operatori sanitari e uso di antipsicotici iniettabili a rilascio prolungato (LAI).

Risultati: in Italia solo 1/3 dei pazienti visti nell'ultimo mese è considerato parzialmente/non aderente alla terapia rispetto al 53% per EMEA. Il 28% dei pazienti è giudicato a disagio nell'assumere giornalmente la terapia (35% per EMEA). Migliorare l'aderenza ha un impatto considerevole sugli outcome della schizofrenia (79% per Italia e 85% per EMEA). Quasi la metà dei pazienti necessita di familiari/operatori sanitari che ricor-

dino loro di prendere la terapia (49/46% per l'Italia e 52/49% per EMEA). L'attività considerata più rilevante per migliorare l'aderenza è costruire una relazione di fiducia con il paziente (63% per l'Italia e 48% per EMEA). Il 91% ritiene che l'uso dei LAI abbia benefici a lungo termine.

Conclusioni: gli infermieri riconoscono l'importanza di una parziale/mancata aderenza alla terapia e ritengono che una buona relazione terapeutica, il coinvolgimento di familiari/operatori sanitari e trattamenti con LAI siano fattori importanti.

Bibliografia

¹ Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, et al. *Prevalence of and risk factors for medication non-adherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature.* J Clin Psychiatry 2002;63:892-909.

P293. Il lato nascosto del trauma: lo stress, il coping e la crescita post-traumatica negli operatori dell'emergenza

R. Valsavoia, C.M. Parrinello, D. La Barbera

Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Sezione di Psichiatria, Università di Palermo

Introduzione: in letteratura esiste una mole di studi sui traumi e sulle loro conseguenze in termini psicopatologici. Negli ultimi anni, però, si va diffondendo un'area di ricerca che va ad indagare gli aspetti positivi del trauma, o, in altri termini, la crescita post-traumatica o *post-traumatic growth*. Una categoria di soggetti particolarmente esposta ad eventi critici è costituita dagli operatori dell'emergenza, figure professionali che agendo in condizioni di urgenza vanno spesso incontro a stati di stress, ansia e paura.

Obiettivo della ricerca è valutare l'esistenza di cambiamenti positivi che si possono sviluppare in seguito a situazioni vissute come emotivamente stressanti da parte degli operatori dell'emergenza e le loro relazioni con altre variabili tra cui le strategie di coping e i sintomi causati dallo stress.

Metodi: Campione: 60 Vigili del Fuoco suddivisi in tre sottogruppi: a) 20 Vigili del Fuoco permanenti; b) 20 Vigili del Fuoco volontari; c) 20 Vigili del Fuoco sommozzatori. Strumenti: *General Health Questionnaire* per misurare il benessere psicologico e rilevare la presenza di sintomi di stress; *Brief Cope* per valutare le varie strategie di coping; *Post-Traumatic Growth Inventory* per rilevare l'esistenza di cambiamenti positivi in risposta agli eventi stressanti.

Risultati: in generale si rileva una bassa frequenza dei sintomi di stress (M = 37,32, DS = 3,1). La strategia di coping più utilizzata dal campione sembra essere il coping attivo (M = 16,45, DS = 4,8), seguita dalla strategia di coping focalizzata sulle emozioni (M = 13,07, DS = 3,9) e dal disimpegno (M = 10, DS = 3,2). Più del 50% del campione, inoltre, ha riportato cambiamenti positivi in risposta ad eventi traumatici. In particolare, i cambiamenti più indicati risultano essere: "sentire una maggiore fiducia nella propria persona e accettare più facilmente il modo in cui vanno le cose" (68,3%), "apprezzare di più ogni nuovo giorno e fare cose migliori nella vita" (66,7%) ed "esprimere le emozioni in maniera più spontanea" (61,7%). Dal confronto tra i tre sottogruppi, infine, sembrerebbe che i cambiamenti positivi siano prevalenti nei Vigili del Fuoco Volontari.

Conclusioni: dai risultati ottenuti emerge che una buona percentuale di soggetti emotivamente coinvolti in eventi critici

mostrano cambiamenti positivi che testimoniano un'avvenuta crescita post-traumatica. Ovvero, gli esiti di un trauma non sono necessariamente psicopatologici, ma strategie di *coping* valide possono favorire un arricchimento in termini personali attraverso la trasformazione di un evento negativo di vita in una fonte di beneficio.

Bibliografia

Tedeschi R, Calhoun L. *Trauma and transformation: growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage 1995.

Linley PA, Joseph S. *Positive change following trauma and adversity: a review*. J Trauma Stress 2004;17:11-21.

Prati G, Pietrantonio L. *Crescita post-traumatica: un'opportunità dopo il trauma?* Psicoterapia Cognitiva 2006;12:133-44.

P294. Efficacia della terapia combinata gammidrossibutirrato di sodio + naltrexone vs. terapia singola nel mantenimento dell'astinenza in pazienti alcolodipendenti: un'esperienza su 60 casi

T. Vannucchi, P. Gai, S. Garcia, A. Manfredi

UF Farmacotossicodipendenze, Azienda USL 4, Prato

Introduzione: la terapia anticraving rimane uno dei principali capisaldi nel trattamento dell'alcolismo al fine di prevenire le ricadute; vari trattamenti farmacologici sono stati utilizzati per mantenere l'astinenza alcolica, per ridurre il consumo alcolico o di ritardare l'assunzione di alcol al fine di ridurre l'"effetto della prima bevuta". Fra i farmaci a disposizione abbiamo il gammidrossibutirrato di sodio (GHB) un acido a catena corta che esercita un effetto alcolmimetico sul SNC e il naltrexone (NTX), un antagonista dei recettori mu, efficace nel ridurre le ricadute da *binge* (5 bevute in un'occasione per l'uomo e quattro per la donna). Scopo di questo studio è stato di valutare la combinazione GHB + NTX a confronto alla sola terapia con GHB e con NTX

Metodi: studio «aperto», reclutati 60 pazienti (45 M + 15 F; età media 42 ± 10) alcolodipendenti in accordo con il DSM-IV-TR, consumo alcolico medio giornaliero: 120 gr, anni di abuso: 7,5 ± 4 anni. I pz. dopo disintossicazione acuta (7 giorni in regime ambulatoriale o in ospedale) sono stati divisi in tre gruppi di 20 pazienti e trattati per 4 mesi: un gruppo è stato trattato con GHB (50 mg/kg/die), un gruppo con NTX (50 mg die) e un Gruppo con GHB + NTX (50 mg/kg/die+50mg die). Il craving è stato valutato mediante VAS (*Visual Analogic Scale*) all'inizio del trattamento e ogni 10 giorni, l'abuso di alcolici è stato monitorato mediante esami ematochimici (MCV, AST, ALT, GGT, Transferrina Decarbossilata) e tramite le testimonianze dei familiari a cui era affidata la somministrazione della terapia

Risultati: alla fine del trattamento i pz che hanno mantenuto l'astinenza sono stati: 16 (80%) nel gruppo (GHB + NTX), 12 (60%) nel gruppo (GHB) e 6 (30%) nel gruppo (NTX); le ricadute alcoliche con interruzione del trattamento si sono verificate nel 20% (4 pz) nel gruppo (GHB + NTX), nel 30% (6 pz) nel gruppo (GHB) e nel 50% (10 pz) nel gruppo (NTX); il 20% (4 pz) del gruppo (NTX) e il 10% (2 pz) del gruppo (GHB) hanno interrotto l'astinenza da alcol ma hanno mantenuto un consumo alcolico giornaliero ≤ 30g. La tollerabilità al trattamento è stata buona in tutti i gruppi

Conclusioni: sebbene il numero del campione e il metodo di studio aperto pongano dei limiti, il trattamento GHB+NTX, come osservato in precedenti esperienze¹, si è dimostrato superiore ai singoli trattamenti con GHB o con NTX nel mantenere l'astinenza alcolica e nel prevenire le recidive. Il motivo dell'efficacia di tale associazione potrebbe ricercarsi nei diversi meccanismi d'azione dei farmaci infatti il GHB² agisce sui recettori GABA_B, incrementando il rilascio di dopamina con un conseguente effetto di "rinforzo", mentre il NTX³ eserciterebbe un effetto "anti reward" per un'inibizione della dopamina a livello de nucleo accumbens in seguito ad un'assunzione di alcolica.

Bibliografia

¹ Caputo F, Addolorato G. *Comparing and combining gamma-hydroxybutyric acid (GHB) and naltrexone in maintaining abstinence from alcohol: an open randomised comparative study*. Eur Neuropsychopharmacol 2007;17:781-9.

² Snead III OC, Gibson KM. *Gamma-hydroxybutyric acid*. N Engl J Med 2005;352:2721-32.

³ Sinclair JD. *Evidence about the use of naltrexone and for different ways of using it in the treatment of alcoholism*. Alcohol Alcohol 2001;36:2-10.

P295. Associazione del polimorfismo GSK-3β rs12630592 con il comportamento e l'attività cerebrale durante elaborazione attentiva

R. Vitale¹, P. Taurisano¹, A. Papazacharias¹, L. Antonucci¹, G. Ursini¹, R. Romano¹, B. Gelao¹, L. Fazio¹, T. Quarto¹, A. Di Giorgio^{1,2}, A. Rampino¹, G. Caforio¹, R. Masellis¹, M. Nardini¹, T. Popolizio², G. Blasi¹, A. Bertolino¹

¹ Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari; ² IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo (FG)

Studi precedenti indicano che la proteina GSK-3β contribuisce alla trasduzione intraneuronale del segnale D2 in maniera cAMP indipendente. Altri dati mostrano che la variazione genetica nell'ambito di questa via intraneuronale modula fenotipi di imaging associati a controllo attentivo. Scopo di questo studio è la valutazione in umani sani dell'impatto di una variante nel gene che codifica per GSK-3β (*GSK-3β rs12630592*, G > T), precedentemente associata a variazione del volume della sostanza grigia cerebrale, sul comportamento e l'attività corticale durante elaborazione attentiva. 267 soggetti sani (149 F, età 25,1±5,3) sono stati caratterizzati per il suddetto genotipo (*GSK-3β* N = 83 G/G; 137 G/T; 47 T/T) e hanno eseguito il *Continuous Performance Test*, che valuta l'attenzione sostenuta. Inoltre, 150 soggetti sani (92 F, età 25,1 ± 4,3, N = 27 G/G; 74 G/T; 49 T/T), hanno svolto durante fMRI il compito *Variable Attentional Control*, che elicitava carichi crescenti di controllo attentivo. L'ANOVA ha mostrato un effetto del genotipo sui dati comportamentali e di imaging, tale che i soggetti TT, rispetto ai GG, erano associati a: 1. ridotta accuratezza al CPT e 2. ridotta attività della corteccia prefrontale dorso-laterale (BA46) durante il VAC in assenza di differenze comportamentali. Questi dati suggeriscono un effetto del polimorfismo *GSK-3β rs12630592* sulla fisiologia e sul comportamento durante elaborazione attentiva.

- Abbate Daga G. S120, S186, S211, S214
 Abelli M. S74, S84
 Abenavoli E. S208
 Accardi V. S183
 Acciavatti T. S177, S216, S221, S250
 Aceti F. S184
 Affaticati A. S143
 Agrimi E. S171
 Aguglia A. S31, S97, S173, S184, S185
 Aguglia E. S33, S79, S80, S118, S135, S155, S162, S166, S186, S199, S216, S222, S256
 Aiello A.E. S25
 Alabastro V. S174
 Alaimo G. S210
 Alamia A. S202
 Albert U. S31, S65, S97, S184, S185
 Alboni S. S124
 Aletti V. S219
 Alfano V. S162
 Alimonti F. S58
 Allegri F. S140, S224
 Aloe M. S163
 Alpigiano G. S206
 Altamura A.C. S22, S155, S159, S168, S169, S192, S203, S214, S235
 Altamura M. S151, S185, S224, S257
 Amati A. S68, S110
 Amato C. S186
 Amerio A. S183
 Amianto F. S186, S120
 Ammendola S. S152
 Amore M. S118, S188, S200, S253
 Anastasia A. S158, S198
 Andreoli V. S219
 Andriola I. S152, S159, S166, S180, S224, S230, S231, S244, S245, S255, S257
 Andrisano C. S152, S186
 Andronico F. S116
 Anneschini L. S232
 Anselmetti S. S157, S229
 Anson M. S212
 Antinori S. S253
 Antonucci C. S188
 Antonucci L. S225, S260
 Apicella E. S186
 Apicella F. S54
 Apuzzo M. S152, S191, S225
 Aquilano P. S185
 Arafa Ali F.Y. S75
 Arboleda-Florez J. S40
 Arcidiacono E. S222
 Arduo R. S215
 Ardizio E. S170
 Ariatti R. S74
 Arici C. S192, S203, S214, S235
 Arimatea E. S239, S247
 Arosio B. S159
 Arturo E. S155
 Ashour S. S112
 Aspesi F. S202
 Asquini M. S153
 Atti A.R. S200
 Attili T. S186
 Attrotto M. S152, S166, S230, S231, S255
 Attrotto M.T. S224, S244, S245
 Auditore R. S231
 Auteri C. S240
 Avelli N. S80
 Aveni F. S184
 Averna M. S167
 Avignone S. S168
 Avvisati L. S225, S256
 Azzi M. S187
 Baglioni V. S184
 Baglivo V. S215
 Bailer U.F. S119
 Baimonte E. S163
 Balbi A. S116
 Baldwin D. S28
 Balestrieri C. S217
 Balestrieri M. S136
 Ballerini A. S44, S48, S60, S93, S143
 Ballerini A.C. S47
 Balletta R. S164
 Ballone E. S236
 Balottin U. S54
 Balzarro B. S152, S186
 Balzotti A. S151
 Bandecchi C. S171, S217
 Bandieri V. S186
 Bandinelli P.L. S114
 Bandini F. S204
 Bandini T. S64
 Banti S. S19, S188
 Baratta S. S118
 Barbaro F. S184
 Barbu C. S172
 Barbuto E. S196
 Barioglio M. S193
 Barone Y. S246, S249
 Baroni S. S127, S209, S210
 Barrese E. S248
 Bartoli F. S57, S111, S226
 Bartolommei N. S164
 Baruffaldi F. Preis
 Barulli M.R. S131
 Bascioni S. S248, S249
 Basilico F. S232, S241
 Bassetto F. S187
 Bassi M. S254
 Battaglia C. S178
 Battaglia E. S155
 Battaglia F. S186
 Battaglia G. S249
 Battaglia M. S26
 Battellocchi E. S221
 Bava I. S154, S183
 Bazzichi L. S213
 Becci E. S248
 Bechon E. S173
 Bédard K. S34
 Belati F. S194
 Belatti F. S193, S202
 Bellantuono C. S106, S223, S244, S248, S249, S250
 Belletti S. S153, S167
 Belli S. S188
 Bellicanta A. S186
 Bellino S. S92, S133, S228, S254
 Bellomo A. S151, S185, S186, S224, S257
 Beltrami M. S198
 Belvederi M. S186
 Benatti B. S159, S192, S235
 Benatti C. S124
 Benedetti F. S30
 Benni L. S243, S244
 Benussi L. S212
 Benvenuti M. S160, S201, S234
 Berardi D. S53, S140, S165, S178, S224
 Berardo F. S154, S183
 Bergamaschi S. S189
 Bergamaschini L. S159
 Berlincioni V. S109
 Berloffia S. S247
 Bernabei V. S200
 Berrios G.E. S23
 Bersani F.S. S158, S198
 Bersani G. S130, S158, S194, S198
 Bertelli M. S40, S77, S252
 Bertelli S. S138
 Bertetto N. S174
 Bertolino A. S18, S151, S152, S159, S163, S166, S180, S224, S225, S230, S231, S237, S241, S244, S245, S249, S251, S252, S253, S255, S257, S258, S260
 Bertossi C. S153, S220
 Bertossi F. S153, S220
 Bettini E. S188
 Bianchi A. S74
 Bianchini O. S155
 Bianchini V. S125, S153, S205, S227, S245
 Bianco A. S252
 Binetti G. S212
 Bini M. S71
 Biondi M. S35, S68, S100, S115, S184
 Birindelli N. S154
 Bitetto A. S189
 Bitossi A. S170
 Blanchard J.J. S27
 Blandamura A. S254
 Blasi G. S82, S151, S152, S159, S163, S166, S180, S224, S225, S230, S231, S237, S241, S244, S245, S249, S251, S252, S253, S255, S257, S258, S260
 Boccadamo A. S154, S189
 Bocchetta A. S215
 Bogetto F. S31, S65, S92, S97, S131, S133, S173, S174, S184, S185, S247
 Boldrini P. S246
 Bolla E. S109
 Bollati V. S245
 Bolognesi A. S209, S246
 Bolton D. S9
 Bommarito G. S20
 Bonaccorso S. S237
 Bonanno B. S167, S213
 Bonavigo T. S200
 Bonomo C. S196
 Boracchia L. S188
 Bordone A. S216
 Borgioli F. S204
 Borlido C. S160
 Borrelli P. S111
 Borri C. S19, S188
 Borriello A. S116
 Borriello G. S191, S252
 Bortot L. S200
 Bosello R. S20
 Bosi M.F. S198
 Bosia M. S83
 Bossini L. S128, S130
 Bozzao A. S117
 Bozzatello P. S92, S133, S228, S254
 Braca M. S53, S165
 Brammer M. S20
 Brattico E. S253
 Bravatà I. S213
 Breen G. S123
 Breier A. S35
 Bresolin N. S159
 Bressi C. S189, S190
 Brignolo E. S228
 Broglia D. S55
 Brooks S. S20
 Broome M. S7
 Brouil R. S170
 Brugnoli R. S89, S142, S201, S221
 Brüne M. S9
 Brunello N. S124
 Brunetti C. S228, S254
 Brunì A. S196
 Bruno A. S175, S190, S208, S213, S242
 Bruno D. S109
 Bruschi A. S178, S228
 Brustolin A. S211
 Bucci P. S191
 Buchignani A.F. S178
 Buffa B. S242, S243
 Buoli M. S155
 Buonaguro E.F. S164, S225, S256
 Buonocore M.F. S256
 Burgalassi A. S139
 Burns T. S18
 Buzzichelli S. S211
 Caffo E. S26, S134
 Caforio G. S151, S152, S159, S163, S166, S180, S224, S225, S230, S231, S241, S244, S245, S251, S252, S255, S257, S258, S260
 Calandra C. S209
 Calarese T. S247
 Caldeo G. S189
 Calderoni S. S54
 Caldirola D. S84, S97, S158, S181, S191, S206, S252
 Caldiroli A. S169, S215
 Calento A. S152, S191, S225
 Caletti E. S169, S215
 Calò S. S169
 Caloro M. S176
 Calugi S. S171
 Camardese G. S206
 Camilleri V. S19, S188
 Caminiti M. S190, S213
 Cammisuli D.M. S192
 Campana T. S170
 Campanella D. S177, S216, S221, S250
 Campbell I.C. S20
 Campisi S. S211
 Campus L. S171
 Camuri G. S192, S235
 Candeletti S. S159
 Canestrelli B. S120
 Cangialosi F. S242
 Cannavò D. S155, S199
 Cantisani A. S25, S55
 Capanna C. S129, S201, S202
 Capezzuto S. S221
 Caponnetto P. S231
 Cappello M. S213
 Caprara G.V. S49
 Capriotti G. S201
 Capuano M. S202
 Carabellese F. S80
 Carano A. S155, S156, S157, S177, S192, S193, S216, S221, S250
 Carbone S. S160
 Carbonetti P. S221
 Carchia G. S152
 Cardì M. S244
 Cardile A. S202
 Cardini A. S74, S84, S171
 Cardoso P. S127
 Caretti V. S88
 Caretto V. S200
 Cargioli C. S19, S188
 Carigi T. S54
 Carli V. S105, S232, S241
 Carlino D. S200
 Carmassi C. S65, S193, S194, S201, S202
 Carminati C. S191
 Carnevale S. S116
 Caroleo M. S196
 Caroti E. S194
 Carpi niello B. S19, S171, S181, S217, S235
 Carrà G. S111
 Carta G. S197
 Carta M. S195
 Carta R. S171
 Caruso A. S249
 Casacchia M. S104, S111, S119, S140, S179
 Casalini F. S153, S157, S158, S160, S166, S167, S201, S205, S229, S234
 Casamassima F. S164
 Caserta A. S195
 Casiello M. S152, S240, S250
 Casillas M. S170
 Caslini M. S228
 Casolla B. S176
 Castagna F. S154
 Castaldo E. S102
 Castellani V. S49
 Castellano F. S203, S233, S235
 Castellini G. S103, S195, S204, S206, S208, S243, S244
 Castignoli G. S77
 Castrogiovanni P. S15, S59, S84, S110, S128, S131
 Catalano C. S61, S62, S208
 Catalfo G. S79
 Catanesi R. S63, S253
 Catapano F. S53, S65
 Catellani S. S86
 Cattaneo A. S123
 Cattaneo E. S159
 Cauli G. S157, S229
 Cava L. S242
 Cavallari B. S204
 Cavallaro R. S83
 Cavallotti G. S196
 Cavedini P. S56, S254
 Caverzasi E. S55
 Cazzaniga G. S240
 Cecchini M. S181, S182, S213
 Cecro C. S229, S247
 Ceraudo G. S153, S157, S160, S229
 Ceresoli D. S209
 Cerino S. S158
 Cerlini C. S181, S182, S213
 Cerminara G. S218
 Cerveri G. S72, S78
 Cervino A. S102
 Cervone A. S152
 Cestari L. S204
 Chamberlain S.R. S31
 Chan S.C. S25
 Cherkas L. S212
 Chessa L. S217
 Chetta A. S188
 Chiaia E. S116
 Chiarle A. S185
 Chiolli C. S160
 Chiodelli D.F. S173
 Chiodo D. S196
 Chiri L. S140, S165, S178
 Ciambrone P. S196
 Ciapponi B. S158, S166, S205
 Ciarrocchi M. S238
 Cicolari F. S233
 Cigliobianco M. S169, S203
 Cimino L. S230
 Cimmarosa S. S204
 Cimolai V. S233
 Cinnante C. S168
 Cioni F. S156
 Cirri C. S19, S188
 Cirulli F. S158
 Citterio A. S158
 Cizza G. S37
 Clarkin J. S38
 Clerici C.A. S196
 Clerici M. S57, S111, S202, S226, S228, S233
 Cloutier S. S231
 Coccanari de' Fomari M.A. S136
 Cocchi A. S51
 Cogliandro N. S190, S213
 Colagiorio L. S152, S224, S230, S245, S255
 Colatei M. S197
 Coli E. S139
 Colicchio S. S204
 Colizzi F. S165
 Colizzi M. S152, S159, S166, S231, S249, S257
 Colletti C. S158, S198
 Colom F. S167
 Colombini E. S192
 Colombo A. S198
 Colombo F. S235
 Colombo M. S199
 Comparelli A. S117, S161, S201
 Concerto C. S199
 Condinì A. S199
 Conforti Donati M. S140
 Congiu D. S160
 Conte G. S228
 Copercini B. S171
 Coraci G. S242
 Corbetta E. S157, S229

- Cordano C. S204
 Corigliano V. S117
 Corrigan P.W. S85
 Corsi M. S181, S182, S193, S194, S201, S210
 Corso M. S218
 Cortini E. S111
 Cortini F. S159
 Cortopassi S. S19, S188
 Cosentino L. S164
 Cosso F. S217
 Costa M. S160
 Costi S. S200, S253
 Cotugno B. S19, S188
 Cova F. S233
 Cozzolino M.M. S240
 Craxi A. S213
 Crea L. S79, S135
 Cremaschi L. S168
 Crimi N. S79
 Crisafulli G. S256
 Cristina D. S208, S231
 Cristofaro D. S196
 Cristoffanini M. S168
 Crosby R.D. S6
 Cucinotta C. S204
 Cuoco V. S194
 Cuomo A. S147
 Curto M. S176
 Cuzzolaro M. S246
- d'Adamo A. S189
 D'Addario C. S159
 D'Addio M. S240
 D'Agostino A. S177, S216, S221, S250
 D'Alessandro G. S246
 D'Alfonso A. S197
 D'Amato F. S116
 D'Ambrosio A. S236
 D'Ambrosio E. S159, S180, S224, S252
 D'Ambrosio V. S127
 D'Andrea F. S199
 D'Antuono L. S231
 D'Aulerio M. S232, S241
 D'Epiro D. S178, S248
 D'Offizi S. S200
 D'Onghia A. S224
 D'Onofrio S. S205, S232
 D'Orta I. S233
 D'Ostilio M. S200
 D'Urso N. S233, S235
 Da Ronch C. 211
 Daccò S. S158, S254
 Dagan J. S52, S112
 Dakanalis A. S234
 Dalle Grave R. S138
 Dalle Luche R. S47, S93
 Dambrosio E. S166
 Damiani T. S156
 Danese A. S49
 Danesi L. S215
 Daniele G. S153, S220
 Danti S. S192
 Daprati E. S102
 David A. S237
 David A.S. S140
 Dazzan P. S140, S180, S237
 Dazzo M. S163, S240
 De Angelis A. S228
 De Bacco C. 211
 de Bartolomeis A. S16, S35, S73, S82, S118, S164, S169, S204, S225, S256
 De Berardis D. S87, S155, S156, S157, S177, S192, S193, S216, S221, S250
 De Caro M.F. S61, S62, S208
 De Carolis A. S117, 201
 De Cori D. S185
 De Fazio P. S177, S218
 De Giacomo P. S114
 De Girolamo G. S52, S112
 de Gregorio M. S140, S165, S178
 De Lauretis I. S168, S175, S176, S205, S245
- De Luca V. S160
 de Notaris E.B. S204
 de Palma M. S152, S166
 De Pasquali P. S248
 De Riso F. S191
 De Ronchi D. S33, S152, S186, S230
 De Rosa C. S53, S65, S86, S111, S125, S141, S172, S220, S235, S241, S245
 De Rosa D. S253
 De Salvia M. S151
 De Santo R.M. S234
 De Simone S. S170, S191, S240
 De Stefano F. S63
 De Tommaso M. S61, S62, S208
 De Vanna M. S200
 De Vidovich G.Z. S55
 De Vita O. S57, S178
 De Vivo E. S207, S234
 De Vivo S. S162
 Deberdt W. S170
 Degortes D. S102
 Deiana V. S160, S215
 Del Carlo A. S157, S160, S167, S201, S234
 Del Casale A. S176, S201, S221
 Del Corno F. S69
 Del Gaudio L. S172, S220, S235, S241, S245
 Del Vecchio V. S53, S65, S86, S111, S125, S141, S172, S220, S235, S241, S245
 Del Zompo M. S160, S215
 Dell'Acqua V. S189, S190
 Dell'Osso B. S64, S155, S159, S168, S192, S203, S214, S235
 Dell'Osso L. S65, S127, S153, S157, S158, S160, S166, S167, S193, S194, S195, S201, S202, S205, S209, S210, S229, S234
 Delle Fave A. S254
 Delsedime N. S214
 Delussi M. S61
 Depalma M. S230, S255
 Di Bella G. S165
 Di Benedetto M.
 Di Ceglie D. S71
 Di Cerbo A. S161
 Di Chiaro V. S56, S254
 Di Domenico A. S151, S232, S241
 Di Emidio G. S197
 Di Filippo C. S223
 Di Fiore M. S163
 Di Fiorino M. S161
 Di Fonso A. S197
 Di Forti M. S140, S180, S224, S237
 Di Fresco C. S163
 Di Genio M. S220
 di Giacomo E. S202
 Di Giannantonio M. S42, S135, S156, S157, S177, S216, S221, S250
 Di Giorgio A. S152, S159, S163, S166, S180, S224, S225, S230, S231, S237, S241, S244, S245, S249, S251, S252, S257, S258, S260
 Di Giorgio V. S163, S174, S175, S240
 Di Iorio G. S156, S157, S177, S193, S216, S221, S250
 Di Lorenzo F. S184
 Di Lorenzo G. S218, S246, S249
 Di Loreto A.L. S176
 Di Luca A. S153
 Di Maria E. S103
 Di Maso V. S102
 Di Mattei V.E. S234
 Di Mauro S. S111, S227
 Di Nardo F. S242
 Di Nicola M. S57, S87, S178
 Di Noi I. S181
 Di Paolo L. S171
 Di Petta G. S48
- Di Pietro E. S215
 Di Pietro G. S256
 Di Rollo F. S25
 Di Salle F. S20
 Di Sciascio G. S78, S108, S169
 Di Simplicio M. S59
 Di Venanzio C. S179
 Di Vittorio C. S118, S183
 Dima F. S160, S234
 Dimitri G. S161
 Dipasquale S. S162
 Distefano I. S162
 Dobrea C. S168, S192, S203, S235
 Drago A. S152, S186
 Drago F. S99
 Ducci G. S100, S114
 Dyachkova Y. S170
- Elce C. S250
 Eramo A. S41
 Erfurth A. S36
 Ermoli E. S157, S229
 Errichiello L. S203
 Escelsior A. S204
 Evangelista P. S205
- Fabbri C. S152, S186
 Fabbro F. S54
 Fabiani D. S192
 Fagiolini A. S29, S73, S147
 Fagiolo D. S136
 Faiella F. S155, S192
 Fairfield B. S151
 Falaschi V. S201, S234
 Falcone A. S140
 Falcone M. S178
 Falcone M.A. S237
 Fallon J.H. S26
 Famulari R. S172
 Fanara C. S236
 Fanara G. S204
 Fanelli F. S194
 Farano M. S236
 Fararoni S. S19, S188
 Faravelli C. S103, S195, S204, S206, S208, S219, S243, S244
 Farina B. S30
 Fassino S. S186, S211, S214
 Fastame M.C. S114
 Fava G.A. S14
 Favaro A. S20, S102
 Fazio I. S210
 Fazio L. S132, S151, S159, S163, S166, S180, S224, S225, S237, S241, S244, S245, S249, S251, S252, S253, S255, S257, S258, S260
 Federici A. S61, S62, S208
 Feinberg T.E. S5
 Fenoglio C. S159
 Fensore C. S221
 Ferilli E. S165
 Fermo F. S228
 Ferracuti S. S80, S101, S117, S161, S201
 Ferrannini L. S162
 Ferrante F. S237, S244, S253
 Ferranti L. S163
 Ferrara R. S161
 Ferrari L. S143
 Ferrari S. S53, S86, S121
 Ferraro L. S218, S237
 Ferretti M. S165
 Ferri G. S148
 Ferro F.M. S13, S23
 Festa G.M. S237, S238, S239
 Ficociello R. S163
 Fiengo A. S250
 Fiengo A.L.C. S204
 Filippi L.S. S113
 Filippo A. S178, S248
 Fineberg N.A. S31
 Fink M. S23
 Fink P. S14
 Fiocchi A.M. S114
 Fioravanti G. S103, S204, S208, S244
- Fiore G. S180, S258
 Fiorentini A. S58, S88
 Fiorillo A. S53, S65, S86, S111, S125, S141, S172, S220, S235, S241, S245
 Fioroni F. S137
 Fisher H.L. S180
 Folliero E. S181
 Fontana R. S190
 Fonzi L. S115
 Forlani M. S200
 Formisano P. S203
 Fornarelli S.S. S62
 Fornaro M. S157, S160, S167, S201, S204, S234
 Fornasiero O. S202
 Fragassi A. S204
 Francato F. S246
 Francesconi G. S239
 Francoman A. S163
 Francomano A. S240
 Frank E. S28, S91
 Franzoni E. S215
 Fratta S. S158, S166, S205
 Frenda M. S213
 Friederich H.C. S20
 Frisullo E. S151
 Fuchs T. S43
 Fugère R. S34
 Fulford K.W.M. S9, S43
 Fumagalli F. S240
 Fusco V. S152
- Gadda S. S55
 Gaetano R. S177
 Gagliano A. S247
 Gai P. S260
 Gala C. S157, S229
 Galderisi S. S17, S21, S27, S98, S170, S182, S191, S234
 Galea S. S25
 Galeazzi G.M. S124
 Galetta D. S253
 Galì A. S204
 Galimberti D. S159
 Galletta D. S152, S240, S250
 Gambarana C. S28
 Gambini F. S55
 Gambino S. S163
 Garcia S. S260
 Gatti A. S190
 Gaudi S. S26
 Gazzarrini D. S139
 Gelao B. S151, S159, S163, S166, S180, S224, S225, S231, S237, S241, S244, S251, S253, S255, S257, S258, S260
 Gennarelli M. S98, S123
 Gentile A. S186
 Gentile P. S177
 Gentile S. S107
 Gerbino M. S49
 Gervasoni F. S239
 Gesi C. S74, S84
 Ghaemi S.N. S6
 Ghidoni A. S53
 Ghidoni R. S212
 Giacchetti N. S184
 Giacco D. S53, S65, S86, S111, S125, S141, S172, S220, S235, S236, S241, S245
 Giacomoni S. S223, S250
 Giannis G. S258
 Giammona A. S163
 Giampieri S. S156, S193
 Giampietro V. S20
 Gianetti S. S203
 Giannini F. S177
 Gibiino S. S152
 Gilardi V. S164
 Gillath O. S29
 Giordani Paesani N. S205, S227, S245
 Giordano S. S164
 Giorgi M.G. S156, S192
 Giovannone M.C. S214
 Girardi N. S176
- Girardi P. S117, S161, S176, S201, S221
 Giralda F. S172
 Girolamo F. S61
 Giugliano R. S191
 Giusti L. S164
 Giustra M.G. S255, S259
 Gogliani A. S147
 Goldmann E. S25
 Gon T. S153
 Goodwin F.K. S16
 Gorini S. Amede
 Gottlieb J. S96
 Graffino M. S154
 Gramaglia C. S211
 Grandinetti P. S228
 Grassi G. S25, S55
 Grassi L. S211, S248
 Grassi M. S181, S191, S206, S228
 Grassi R. S174
 Green M.F. S8
 Grillo G. S174
 Gualandi S. S215
 Guarcello A. S163
 Guarda-Nardini L. S199
 Guarneri T. S240
 Gueli D. Alletti
 Guerra C. S158
 Guerriero G. S97, S206
 Guerriero L. S58
 Guffanti S26
- Handest P. S170
 Handley H. S140
 Hartmann D. S70
 Heinz A. S7
 Herzog W. S20
 Hoffman R. S8
 Hoven C.W. S232, S241
 Howes O. S17
- Iacobucci P. S231
 Iacovelli L. S230
 Iannone A. S180
 Iapichino E. S157
 Iasevoli F. S225, S256
 Iero L. S215
 Iervolino A.C. S212
 Ilardo G. S247
 Imperatori F. S147
 Incampo A. S163, S241, S251
 Iodice D. S207, S234
 Iommetti E. S155
 Iosue M. S232, S241
 Iurillo A. S131
 Iyegbe C. S140
- Jaafari N. S56
 Janiri L. S57, S58, S178, S206, S228, S237, S238, S239
 Jeste D.V. S32
- Kasujja R. S258
 Kessler R.C. S26
 Khan R. S233
 Khazaal Y. S233
 Kirkpatrick B. S8
 Klosterkötter J. S13
 Koenen K.C. S25
 Kolliakou A. S140
 Kotzialis G.D. S176, S201, S221
 Koukoula D. S147
 Koukopoulos A. S129
 Koukouna D. S73
 Kusmann F. S152
- La Barbera D. S50, S134, S163, S167, S174, S175, S180, S207, S210, S212, S213, S218, S219, S237, S240, S242, S243, S259
 La Cascia C. S140, S174, S175, S180, S207, S237, S242, S243
 La Ciura G. S242
 La Foresta S. S172
 La Paglia F. S207, S242, S243

- La Placa M. S163, S175, S240
 La Rocca A. S180
 La Tegola D. S80
 La Volpe V. S61
 Labate A. S218
 Lacarbonara L. S243, S259
 Lai M.E. S217
 Lambert M. S19
 Lancerotto L. S187
 Lancia S.J. S237
 Lanfranchi L. S234
 Lanza G. S199
 Lari L. S74, S84, S171
 Laroi F. S24
 Lasnford J. S49
 Lattanzi L. S164
 Latte G. S164, S225, S256
 Lavagnino L. S120
 Lax A. S111
 Lazzari M. S202
 Lazzaretti L. S208, S243, S244
 Leggero C. S54
 Legrand D. S20
 Lelli L. S103, S208, S244
 Leonardi L. S244
 Leonardi V. S208
 Leone V. S214
 Leonetti D. S116
 Lepori T. S171, S217
 Leucci V. S152
 Lia L. S152
 Licata I. S115
 Lietti L. S159, S192, S203, S235
 Ligas F. S215
 Lio F. S155
 Liotti G. S30
 Lisi G. S218
 Litta A. S164, S165
 Lo Bianco L. S152, S166, S224, S237, S244, S257
 Lo Castro T. S79
 Lo Duca N. S163
 Lo Russo T. S185
 Lo Sauro C. S103, S195, S208, S243, S244
 Logroscino G. S131
 Loi A.C. S171
 Loiacono A. S61, S62, S208, S259
 Longobardi N. S102
 Loparco N. S189
 Loretto L. S71
 Lorusso S. S190, S213
 Losmargiasso V. S215
 Lostia S. di
 Luca M. S209
 Lucarelli C. S248, S249
 Lucchese M. S206
 Luchini F. S164
 Luciano M. S53, S65, S86, S111, S125, S141, S172, S220, S235, S241, S245
 Luisi S. S19, S188
 Luoni A. S240
 Lupi G. S178
 Lupo O. S210
 Lysaker P. S38
- Maccarrone M. S159
 Macciardi F. S26
 Maddalena G. S152, S224, S230, S245, S255
 Maestro S. S54
 Maffei C. S69
 Maganzini M. S258
 Maggi L. S91
 Maggini C. S13, S24, S37, S58, S87, S94
 Maglio G. S136
 Magnano F. S256
 Magnano S. S155
 Magnano San F. Lio S80
 Magni V. S41, S218
 Magno C. S204
 Maina G. S31, S65, S73, S97, S127, S142, S173, S174, S184, S185, S247
- Maj M. S21, S53, S65, S86, S102, S120, S161, S170, S182, S191, S220, S223, S234
 Malangone C. S111
 Malavolta M. S205, S245
 Mammarella N. S151
 Mammolenti S. S248
 Manara R. S20
 Manchia M. S160
 Mancini L. S156, S192
 Mancini M. S151, S163, S166, S224, S231, S237, S241, S244, S249, S251, S253, S255, S257, S258
 Mancuso F. S234
 Mancuso M. S162
 Mandarelli G. S161
 Manfredi A. S260
 Manfredi G. S161
 Manfredi V. S218
 Mangiapane D. S207
 Mangiarotti G. S170
 Mangifesta R. S236
 Mannina M. S121
 Mannucci E. S195, S204, S219, S243
 Mantovani R. S72
 Manzo E. S209, S246
 Manzutto S. S202
 Marasco D.D. S151
 Marazziti D. S99, S127, S193, S195, S201, S209, S210
 Marcacci T. S140, S165, S178
 Marchesi C. S143
 Marchiafava M. S246
 Marconi M. S194, S228
 Maremmani I. S121, S144, S229
 Margari F. S243
 Mari D. S159
 Mariani G. S155, S156, S157, S192, S193
 Mariani R. S228
 Marinaccio P.M. S189, S190
 Marinangeli M.G. S257
 Marinaro A.M. S210
 Marini A. S247
 Marini I. S184
 Marini M. S187, S199
 Marini S. S236
 Marino M. S166
 Marino V. S41
 Marmo F. S256
 Marola V. S257
 Marozzi O. S192
 Marques T.R. S140
 Marrazzo G. S210
 Marseglia M. S53, S165, S178
 Marsella L.T. S41
 Martini B. S247
 Martino E. S211, S248
 Martino M. S204
 Martinotti G. S57, S87, S178, S236
 Martire L. S53
 Marzola E. S211
 Masala C. S170
 Mascaro V. S196
 Mascia M.L. S114
 Masellis R. S152, S166, S224, S230, S231, S245, S255, S257, S260
 Masetti S. S204
 Masi G. S89, S247
 Masotti E. S212
 Massarenti S. S211, S248
 Massihnia E. S212, S213, S219
 Massimetti E. S193, S194, S202
 Massimetti G. S210
 Matria V. S153, S167
 Mastrola A. S240
 Mastromo D. S220
 Matacchieri B. S154, S189
 Mataix-Cols D. S212
 Mathé A.A. S249
 Mattei A. S205
 Matteo L. S202
 Matteo V. S74
- Mattia M. S108, S132
 Mauri M. S19, S158, S166, S171, S188, S205
 Mauri S. S233
 Mazza C. S250
 Mazza M. S95, S164, S224
 Mazza M.G. S248
 Mazza U. S233
 Mazzarini L. S221
 Mazzi F. S121
 Mazzi M.A. S172
 McClung C.A. S16
 McGuffin P. S123
 Medda P. S158, S166, S205
 Medusa D. S210
 Meli A. S240
 Mencacci C. S72, S78
 Menchetti M. S52, S200
 Mendolia S. S186
 Mendolicchio L. S185, S186
 Meneghelli A. S51
 Menichincheri R. S116
 Menotti R. S84, S97
 Mereghetti M. S198
 Merlotti E. S182
 Messina M. S163, S240
 Meuti V. S184
 Mezzatesta E. S204
 Miccolis G. S152, S159, S166, S224, S230, S231, S245
 Miccolis T. S165
 Miceli R. S248
 Micieli W. S252
 Micò U. S190, S208, S213, S242
 Migliore F., S186
 Mignella Calvoa F. S67
 Milanese A.E. S189
 Milani S. S189
 Minenna G. S140
 Minetti C. S203
 Mingrone C. S154
 Minutolo G. S79, S166
 Mirabella A. S180
 Mircoli G. S248, S249
 Mistretta R. S19, S188
 Mocchi S. S114
 Moliterno D. S203
 Monami M. S219
 Monda M. S160
 Mondelli V. S140, S237
 Monici A. S143
 Montagnani G. S161, S162, S195
 Montagnani M.S. S19, S188
 Montalbano M. S218
 Montali A. S183, S188, S200, S253
 Montefusco V. S182
 Monteleone A.M. S220
 Monteleone F. S223
 Monteleone P. S102, S120, S161, S220, S223
 Montemagni C. S183
 Montgomery S. S21
 Montomoli C. S111
 Monzani B.A. S212
 Morana B. S29, S73, S147
 Morandotti N. S55
 Moret V. S200
 Moretti F. S200
 Morgan C. S140, S180, S237
 Morgante M.C. S167, S212, S213
 Morlino M. S191, S225
 Mormino A. S242
 Moroni I. S181, S182, S193, S194, S201, S202, S213
 Morreale M. S165
 Mortillaro R. S163
 Moscati F.M. S221
 Moschetta F.S. S177, S216, S221, S250
 Moschetta S. S157
 Mosti N. S153, S167, S229, S234
 Motta P. S184
 Mucci A. S21, S170, S182, S191, S234
- Mucciardi G. S204
 Mugnaini E. S206
 Mula M. S171
 Mulè A. S174, S175, S180, S237
 Mumoli L. S218
 Muratori F. S54
 Murray R. S224
 Murray R.M. S140, S180, S237
 Murru A. S167
 Muscatello C.F. S44
 Muscatello M.R.A. S190, S208, S213, S242
 Muscettola G. S37. S160, S169
 Mussini G. S75
 Myin-Germeys I. S24
- Nacci M. S154, S189
 Nacinovich R. S55
 Nahum E. Sembira
 Napoli G. S258
 Napolitano F. S230
 Nardini M. S131, S152, S159, S166, S169, S180, S224, S230, S231, S245, S249, S252, S253, S255, S257, S260
 Narzisi A. S54
 Nasca C. S194, S246, S249
 Nastro L. S167, S213
 Nelson B. S76
 Nencioni E. S19, S188
 Neri F. S55
 Neri M. S121
 Nespeca C. S152
 Nettis M.A. S159, S249, S253
 Neviani F. S121
 Newcorn J. S66
 Newcorn J.H. S67
 Niccoli A. Asabella
 Nicoletti F. S176, S194, S246, S249
 Nicolò G. S38, S101
 Nicotra B. S214
 Niolu C. S96, S218, S246, S249
 Nisita C. S195
 Nitti M. S29, S73, S147
 Nivoli A. S167
 Nivoli G.C. S63, S72
 Nocito E.P. S189, S190
 Nolet M. S53
 Nordentoft M. S43
 Nosè M. S172
 Nuvoli G. S170
- O'Connor J. S237
 Ogliastro C. S204
 Oldani L. S192, S214, S235
 Olivieri L. S177, S216, S221, S250
 Olivito N. S251
 Oppo A. S19, S188
 Oriani M.G. S223, S250
 Orlando R. S246
 Orlando S. S250
 Orso L. S100
 Orsolini L. S223, S250
 Ortenzi R. S168, S175, S197, S232, S257
- Pacchiarotti I. S167
 Pace V. S61, S62, S208, S243, S258, S259
 Pacifico G. S116
 Pacini M. S144
 Padalino F.A. S151, S224
 Paganelli L. S169, S215
 Pagano G. Mariano
 Pagliaro G. S120
 Paladini V. S251
 Palazzo M. S235
 Palazzo M.C. S159, S168
 Palladino O. S169
 Pallagrosi M. S115
 Pallanti S. S25, S55, S66, S103, S110, S126, S132
 Palma A. S234
 Palumbo C. S131, S169, S258, S259
- Panaccione I. S176
 Panarello S. S200
 Panariello F. S160
 Pandolfo G. S190, S208, S213, S242
 Panepinto C. S214
 Panero M. S211
 Pani P.P. S144
 Panigada S. S53
 Panksepp J. S231
 Pantusa M.F. S251
 Paoli R.A. S169, S215
 Papanti D. S153, S220
 Paparelli A. S140
 Paparo S. S251
 Papazacharias A. S131, S152, S159, S166, S237, S241, S244, S251, S260
 Pappatà S. S21
 Paradiso D. S254
 Pariante C. S140, S180
 Pariante C.M. S123
 Parisse V. S197
 Parker G. S6
 Parnas J. S5
 Parrinello C.M. S259
 Pascarella A. S203
 Pasucci M. S228
 Pastore A. S243
 Pastorelli C. S49
 Paterniti R. S75
 Pavan C. S187, S199
 Pecenak J. S170
 Pellegrini F. S73, S147
 Pellicciari A. S215
 Penna M.P. S114
 Pennelli M. S61, S62, S208
 Pennisi M. S199
 Penzo B. S215, S235
 Pergentini I. S181, S182, S193, S194, S201, S210
 Perillo D. S161
 Perini G. S84, S97, S147, S148, S158, S181, S191, S206, S252, S254
 Peroni F. S228
 Perruolo G. S203
 Perugi G. S89, S145, S153, S157, S158, S160, S166, S167, S194, S201, S204, S205, S229, S234
 Pessa E. S114
 Petersen R.C. S32
 Petito A. S151, S257
 Petralia A. S216
 Petralia R. S209
 Petrerà V. S241
 Petrone A. S185
 Petrosino M. S180, S258
 Peuskens J. S170
 Planner C. S247
 Pianini R. S248
 Piazzini A. S206
 Picardi A. S68, S115
 Picchetti M. S209, S210
 Piccinni A. S181, S182, S213
 Piccinni M. S84
 Piccirilli E. S116
 Pierari G. S170, S234
 Pierro V. S252
 Pietrini F. S103
 Pietronilla Penna M. S114
 Pigato G. S147
 Pingani L. S86
 Pini S. S74, S84, S171, S228
 Pinna F. S19
 Pinna M. S160, S215
 Pioli R. S212
 Piselli M. S34
 Pitruzzella S. S163
 Pitto C. S170
 Piva M. Merli
 Pizzagalli D.A. S27
 Pizzorno A.M. S177, S216, S221, S250
 Plebani M. S177
 Plescia G. S182

- Poletti F. S156
 Poli R. S171
 Politi V. S253
 Polito A. S199
 Pollak S. S49
 Polli N. S215
 Pollice R. S104, S111, S119, S125, S140, S153, S164, S168, S175, S176, S179, S181, S205, S227, S232
 Pollutri G. S140
 Poloni N. S108
 Polselli G.M. S100
 Polesnelli G. S160
 Pomar M. S174
 Pompili M. S42, S105
 Ponton S. S169
 Popa I. S111
 Popolizi T. S252
 Popolizio T. S159, S180, S225, S249, S257, S260
 Popolo R. S116
 Porcelli A. S151, S163, S166, S224, S231, S241, S244, S251, S253, S255, S258
 Porcelli A.M. S252
 Porcelli E. S253
 Porcelli S. S186
 Porco K. S251
 Porsdal V. S170
 Potkin S.G. S26
 Powell J. S140
 Pozzi G. S57, S178, S206, S228
 Preti A. S51
 Preve M. S171
 Previti G. S216
 Preziosi V. S204, S250
 Primavera D. S171, S181, S217, S235
 Prinster A. S21, S169
 Prinzivalli E. S158, S198
 Prisco V. S172, S220, S235, S241, S245
 Provenzi M. S202, S233
 Prunas A. S70, S217, S234
 Prunas C. S215
 Pulcino G.L. S255
 Punzi G. S237, S253
 Pupi A. S103
 Quagliarella L. S259
 Quaranta M. S211
 Quarantelli M. S169
 Quartesan R. S34
 Quartieri M. Bollani
 Quartini A. S158, S194, S198
 Quarto T. S180, S225, S237, S241, S244, S249, S253, S258, S260
 Quattropiani M.C. S172
 Raballo A. S51, S76
 Racagni G. S240
 Rago S. S202
 Ramacciotti C.E. S139
 Ramacciotti D. S19, S188
 Rambelli C. S19, S188
 Rampino A. S152, S163, S224, S230, S241, S245, S251, S253, S255, S258, S260
 Rapagnani M.P. S172
 Rapinesi C. S176, S201, S221
 Ratti F. S198
 Ravaldi C. S195, S204, S208, S243
 Re F. S254
 Reale M. S177
 Recchi L. S232
 Recchia L. S241
 Reichenberg A. S237
 Resnick P.J. S41
 Restuccia D. S206
 Rezzonico G. S189
 Riboldi G. S202
 Ribolisi M. S41, S102, S218
 Ricca V. S103, S195, S204, S206, S208, S219, S243, S244
 Riccardi I. S201, S202
 Riccardi S. S200
 Ricciardulli S. S19, S188
 Riedel M. S162
 Rigardetto S. S173
 Rigatelli M. S53, S86
 Rigucci S. S117, S161
 Rijsdijk F. S212
 Rinaldi C. S228, S254
 Riozzi B. S176
 Riva A. S56, S254
 Riva M.A. S123, S240
 Rizza A. S163
 Rizza P. S177, S218
 Rizzato S. S153, S157, S158, S160, S166, S167, S201, S205, S229, S234
 Rizzo G. S152, S230, S255
 Rizzo R. S207, S210, S218, S243
 Roaro A. S198
 Rocca G. S63, S64
 Rocca P. S82, S154, S183
 Rocchi G. S204
 Rocco M. S182
 Romano P. S182
 Romano R. S151, S163, S166, S231, S241, S244, S251, S253, S257, S260
 Romano S. S117, S176
 Romeo V.M. S190, S208, S213, S242
 Romualdi P. S159
 Roncarati E. S246
 Roncone R. S38, S85, S96, S111, S119, S125, S140, S164, S176, S179, S181, S197, S205, S227, S232, S245
 Rossetti M. S185, S227
 Rossi A. S24, S29, S65, S129, S133, S201, S202, S255
 Rossi E. S55
 Rossi Espagnet M.C. S117
 Rossi G. S54, S185, S255
 Rossi Montini M. S47, S60
 Rossi R. S256
 Rosso G. S73, S173, S174, S247
 Rotella C.M. S195, S206, S243
 Rotella F. S103, S179, S208, S219, S244
 Rubelli P. S233
 Ruberto S. S218
 Rubini G. S257
 Rubino I.A. S218
 Rubino M.A. S218
 Ruggiero G. S58
 Ruggiero S. S62
 Rumeo M.V. S174, S175, S213
 Russo D. S234
 Russo G. S256
 Russo M. S237
 Ruta S. S256
 Sabatello U. S75, S113
 Sacco F. S252
 Saitta A. S212, S219
 Salerno A. S231
 Salerno R.M. S236
 Sallis H. S140, S237
 Salomoni G. S56, S254
 Salvador E. S228
 Salvatore M. S21, S169
 Salvi V. S173
 Salvioi B. S215
 Salza A. S257
 Sampogna G. S172, S220, S235, S241, S245
 Sandei L. S183
 Sandri F. S220
 Sani G. S221
 Sanna L. S171, S217
 Santacroce R. S236
 Santambrogio J. S57
 Santini I. S175, S176, S205
 Santonastaso P. S20, S102
 Santone G. S107
 Santoro R. S236
 Sarappa C. S240
 Sarchiapone M. S105, S232, S241
 Sarno L. S234
 Sartini L. S206
 Sartorio C. S175, S210
 Savoia E.M. S186
 Savoia V. S176
 Scaccianoce S. S249
 Scalvini C. S212
 Scanu I. S217
 Scapati F. S154, S189
 Scapicchio P.L. S156, S157
 Scarano S. S259
 Scarpini E. S159
 Scatena P. S221
 Schelling G. S36
 Schiavi E. S210
 Schiavone V. S169
 Schlagenauf P. S246
 Schultze-Lutter F. S13
 Sciacca M. S231
 Sciarini P. S111, S228
 Simeca G. S208, S242
 Sciortino F. S240
 Sciuto A. S231
 Scocco P. S92
 Scognamiglio P. S220
 Scopinaro F. S201
 Scornaienchi C. S251
 Scudellari P. S44
 Scuticchio D. S252
 Sechi C. S114
 Sechi C.A. S114
 Segagni Lusignani G. S111
 Segura Garcia C. S196
 Selvaggi P. S225
 Seminerio F. S175, S242, S243
 Senatore I. S137, S207
 Sepede G. S236
 Serata D. S176, S201, S221
 Serati M. S203, S214, S235
 Sergio M.R. S233
 Seripa S. S158
 Serra G. S217
 Serretti A. S152, S186
 Serroni A. S177, S216, S221, S250
 Serroni L. S177, S216, S221, S250
 Serroni N. S177, S216, S221, S250
 Serroni S. S221
 Severino G. S160
 Sica G. S240
 Siciliano A. S180
 Sigaudo M. S82, S183
 Signorelli M.S. S222
 Sillani A. S168
 Silvestri S. S209, S210
 Simoncini A. S223, S250
 Simoni M. S209
 Sina C. S168
 Sinatra S. S135
 Sinibaldi L. S152, S225, S231, S245, S253, S257
 Sinopoli F. S196
 Siracusano A. S22, S30, S41, S69, S102, S218, S246, S249
 Siracusano R. S247
 Siriani M. S140
 Sirri L. S14
 Siscaro G. S79
 Sistoapaoli P. S116
 Skuse D. S39
 Smeriglio E. S229
 Soggi C. S193, S194, S201, S210
 Solaroli S. S228
 Sonni I. S201
 Spaziani D. S133
 Squassina A. S160
 Staffa P. S177
 Stagi P. S122
 Stanghellini G. S40, S59, S76
 Stanghellini V. S215
 Starace L. S257
 Steardo L. S223
 Steffen K.J. S6
 Stella E. S151
 Stilo S.A. S140
 Storto M. S176
 Strati A. S178
 Strati M. S178
 Stratta P. S24, S65, S113, S129, S133, S201, S202
 Strepparava G. M. S70
 Striano P. S203
 Striano S. S203
 Struglia F. S133
 Suardi N. S215
 Tarantino L. S70
 Tarricone I. S53, S140, S165, S178, S224
 Tarsitani L. S35, S100
 Tascetta F. S124
 Tassinari S. S246
 Tatarelli R. S117, S176, S201, S221
 Taurisano P. S159, S163, S166, S180, S224, S225, S237, S241, S244, S245, S249, S251, S252, S253, S255, S257, S258, S260
 Tedeschi D. S57, S178, S228
 Teggi R. S191
 Teli M. S196
 Tenconi E. S20, S102
 Terrana R. S200
 Terribili C. S258
 Testa A. S155
 Testai M. S231
 Timpano Sportiello M. S192
 Tiseo A. S235
 Tocci D. S248
 Todarello G. S152, S230
 Todarello O. S61, S62, S208, S243, S258, S259
 Todisco P. S138
 Tomasetti C. S204, S256
 Tomasicchio A. S163, S258
 Tomassini A. S104, S133, S179, S181, S232
 Tomba E. S14
 Toni C. S157, S205, S229
 Tonioni F. S135
 Tonna M. S143
 Tonti L. S53
 Torre E. S146, S147, S199
 Torri F. S26
 Torti T. S56
 Tortorella A. S102, S120, S161, S223
 Tortorella A.V. S220
 Tosone A. S179, S205, S232
 Togni Mattacchieri E. S253
 Treasure J. S20
 Trespi G. S161, S162, S195
 Trevarthen C. S39
 Tridente A. S180, S258
 Tripoli G. S174, S242
 Triulzi F.M. S168
 Trizio S. S152, S166, S180
 Troisi A. S78, S85
 Trotta A. S175, S180
 Trovato I.D. S167
 Tundo A. S97
 Turchi C. S247
 Turecki G. S42
 Tursi M. S131
 Tusiano M. S185
 Tyroni M. S169, S243, S258, S259
 Uddin M. S25
 Uher R. S20, S123
 Ullo A. S222
 Urgesi C. S54
 Ursini G. S152, S163, S166, S224, S225, S230, S231, S241, S244, S245, S251, S252, S253, S255, S257, S260
 Ursini L. S258
 Usiello A. S230
 Ussorio D. S140, S168, S175, S197, S257
 Vacca A. S253
 Vaccargiu N. S181
 Vaggi M. S259
 Valerio P. S70
 Valsavoia R. S259
 Vampini C. S90
 Van Os J. S17
 Vanella F. S213
 Vannacci A. S204
 Vanni G. S181
 Vannucchi G. S229
 Vannucchi T. S260
 Varsellona N. S218
 Vatteroni E. S209
 Vatteroni I.E. S210
 Vecchio E. S61
 Vela A. S218
 Veltri A. S181, S182, S213
 Veltri M. S206
 Vender S. S145
 Veneroni L. S196
 Veneziani F. S131
 Ventimiglia A. S162
 Verni L. S125, S153, S181, S205, S227, S245
 Vicari S. S66
 Vieta E. S167
 Viganò C. S198, S254
 Viganoni R. S157, S229
 Vignapiano A. S182
 Vinci G. S116
 Vinci V. S86
 Vindigni V. S187
 Virzi A. S155
 Visca V. S41
 Vitale R. S225, S260
 Vivenzio N. Loparco
 Vizza M. S155, S156, S157, S192, S193
 Vizzaccaro C. S181, S182, S213
 Volpe U. S21, S182
 Volterra V. S41, S81, S93, S136
 Walitz S. S66
 Wasserman C. S232, S241
 Wasserman D. S232, S241
 Weber L. S95
 Weisz F. S194
 Wiffen B. S237
 Wildman D.E. S25
 Williams S.C. S20
 Wise T.N. S14
 Wonderlich S.A. S6
 Xenos D. S194, S249
 Young A. S22
 Zabotto M. S254
 Zaccagni M. S184
 Zaccagnino M. S54
 Zaccheddu A. S19
 Zaccheddu E. S217
 Zammataro D. S242
 Zampini M. S60
 Zanetti T. S209
 Zangrando A. S200
 Zanoni S. S235
 Zappa L.E. S228
 Zappia S. S183
 Zara F. S203
 Zaytseva Y. S155
 Zeppegno P. S146, S147, S199
 Ziosi G. S86
 Zoccali R.A. S190, S208, S213, S242
 Zohar J. S31
 Zottola F. S248
 Zuccarini M. S227
 Zugno E. S169, S215
 Zullino D. S233
 Zurlo F. S246